

CA: Aprova - x o Relatório. 07.12.2022
Aos Serviços para implementação
das Recomendações.



Aprovam-se as propostas de
formação expressas no presente
relatório.

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

Relatório Intercalar de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas Outubro 2022



Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Serviço de Auditoria Interna

Novembro de 2022

RESUMO

Identificação	Relatório Intercalar de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2022
Entidade	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, 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	▪ As áreas dos 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 contêm riscos altos.
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 e a implementar.
Metodologia	Para a aferição da implementação dos riscos de níveis altos estabelecidos no PGRCIC, foi submetido a 6 Serviços/Unidades uma matriz de verificação, elaborada pelo SAI, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e/ou corretivas, prazos previstos de execução e reclassificação do nível de risco constantes do plano em vigor, anteriormente referido, bem como, a fundamentação para a não implementação ou implementação parcial das medidas previstas na 2ª edição do PGRCIC.
Auditor Interno	Etelvino Moucho Craveiro
Técnica	Marta Mendes e Margarida Medeiros
Superior	

ÍNDICE

RESUMO	2
ÍNDICE.....	3
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO	5
3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO	7
3.2Qualificação do Risco.....	7
3.3Identificação das áreas e atividades	8
4. CONTROLO E AVALIAÇÃO	10
4.2Metodologia Adotada.....	10
5. RESULTADOS	10
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	12
7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO.....	13
8. Anexos.....	14
Anexo I – Conselho de Administração.....	15
Anexo II – Serviço de Auditoria Interna	16
Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira	17
Anexo IV – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	19
Anexo V – Serviço Financeiro	20
Anexo VI – Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente	21

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

SGH - Serviço de Gestão Hoteleira

SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

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

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

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 de um relatório intercalar dos riscos de grau elevado ou máximo, identificados como altos no PGRIC do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), aprovado a 30 de julho de 2014 (2ª revisão em 15 de dezembro de 2021).

Com base na avaliação na execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas e mecanismos de mitigação) referentes aos riscos de corrupção e infrações conexas de grau alto dos serviços constantes no PGRIC do CHLO, 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

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 52/2022, de 4 de agosto 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.

O CHLO, de acordo com a sua estrutura orgânica¹, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis

¹ Organograma que integra o novo Regulamento Interno do CHLO, promulgado a 17 de janeiro de 2022, substitui o organograma que consta do PGRIC do CHLO.

3. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

O PGRIC do CHLO 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 do CHLO seja conhecido por todos os colaboradores da instituição de forma a garantir uma abordagem homogénea 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

Matriz de Risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto	Alto	Alto	Alto	Médio
	Médio	Alto	Médio	Baixo
	Baixo	Médio	Baixo	Baixo

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 do CHLO 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 Hoteleira²
- 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 Doente³;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Comunicação e Imagem⁴ Secretaria- Geral
- Serviços Farmacêuticos

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

- ² A Unidade Funcional de Gestão de Transporte e Parques de Estacionamento foi integrada no Serviço de Gestão Hoteleira.
- ³ Serviço de Gestão de Doentes passou a designar-se por Serviço de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente.
- ⁴ A Secretaria- Geral passou a designar-se por Serviço de Comunicação em Imagem.

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 CHLO aferiu a implementação das medidas estabelecidas no PGRIC para mitigar os riscos de grau alto.

O SAI submeteu uma matriz de verificação a 6 Serviços/Unidade (Conselho de Administração, Serviço de Auditoria Interna, Serviço de Gestão Hoteleira, Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação, Unidade de Gestão de Acesso e Suporte Clínico ao Doente e Serviço Financeiro) para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e/ou 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 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 6 Serviços/áreas em análise foram identificados um total de 35 riscos de grau elevado, 42 medidas das quais 35 (83%) se encontram implementadas e em execução, 4 (10%) parcialmente implementadas ou em curso e 3 (7%) não implementadas.

Tabela 1. Estado das medidas previstas

Serviços	Riscos	Medidas previstas	Implementadas	Parcialmente implementadas/ em curso	Não implementadas
CA	1	1	1	-	-
SAI	3	3	3	-	-
SGH	16	19	16	2	1
SSTI	2	3	3	-	-
SF	7	7	3	4	-
SGASCD	6	9	9	-	-
Total	35	42	35	6	1
%	-	-	83%	14%	2%

Conselho de Administração

Foi identificado 1 risco de grau elevado e 1 medida implementada e em execução resultando na alteração do grau de risco. (Ver anexo I)

Serviço de Auditoria interna

Dos 3 riscos de grau elevado foram identificadas 3 medidas no PGRIC, das quais se encontram implementadas e em execução na sua totalidade, resultando na alteração do grau de risco em todas as medidas. (Ver anexo II)

Serviço de Gestão Hoteleira

Foram identificados 16 riscos de grau elevado e 19 medidas no PGRIC, das quais 16 estão implementadas e em execução, 2 encontram-se em implementação parcial ou em curso e 1 não implementada, resultando na alteração de grau de risco em 17 das 19 medidas. (Ver anexo III)

Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Foram identificados 2 riscos de grau elevado e 3 medidas no PGRIC, das quais se encontram implementadas e em execução na sua totalidade, resultando na alteração do grau de risco nas 3 medidas. (Ver anexo IV)

Serviço Financeiro

Foram identificados 7 riscos de grau elevado e 7 medidas no PGRIC, das quais 3 estão implementadas e em execução e 4 encontra-se em implementação parcial ou em curso, resultando na alteração do grau de risco em 5 das 7 medidas. (Ver anexo V)

Serviço de Gestão do Acesso e Suporte Clínico do Doente

Foram identificados 6 riscos de grau elevado e 9 medidas no PGRIC, das quais se encontram implementadas e em execução na sua totalidade, resultando na alteração do grau de risco. (Ver anexo VI)

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Dos 35 riscos de grau elevado/alto e das 42 medidas preventivas constantes no PGRIC, em avaliação aos 6 serviços/áreas, foram implementadas 35 medidas, 6 estão implementadas parcialmente ou em execução parcial e 1 não foi implementada.

Foi redefinido ou alterado o grau em 30 risco identificados no PGRIC.

Assim, recomenda-se:

- O desenvolvimento, implementação e melhoria dos mecanismos necessários ao cumprimento da execução das respetivas medidas preventivas/corretivas de acordo com o estipulado no PGRIC de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis que delas possam surgir;
- Assegurar a permanente monitorização dos processos de gestão de risco e redefinição das medidas preventivas a implementar;
- 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 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 a todos os colaboradores com o objetivo de sensibilização para este tema;
- Melhorar os controlos de segurança face aos riscos identificados;
- Que sejam encetados esforços pelos serviços na aplicabilidade das medidas preventivas não implementadas ou implementadas parcialmente, com a maior brevidade.

7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

De acordo com n.º 14, do art.º 86 do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e do n.º 7 do art.º 6 do anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro o presente relatório deve ser enviado 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;
- Divulgação na internet e intranet do CHLO.
- MENAC⁵ – geral.menac@gmail.com

E ainda de acordo com o art.º 12 da Lei n.º 20/2015, de 9 de março que define a Lei da Organização e Processo do Tribunal de Contas:

- Tribunal de Contas em representação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC);

30 de novembro de 2022



Auditor Interno

⁵ Contato de email provisório

8. Anexos

Anexo I – Conselho de Administração

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
CA	Organizacional	Risco de perda de funcionários chave e de designação inapropriada de pessoas para cargos de direção e chefia	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. Obrigatoriedade de abertura de procedimento para cargos de direção.	IMPLEMENTADA	Desencadeamento 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

Anexo II – Serviço de Auditoria Interna

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						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 metodologia e mecanismos nas ações desenvolvidas pelo SAI.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
	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 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.	IMPLEMENTADA	Frequência de formação profissional contínua e adequada às funções e desenvolvimento de técnicas e metodologias individuais e coletivas.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio

Anexo III – Serviço de Gestão Hoteleira

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SGH	Rouparia e Lavandaria	Furtos/desaparecimento de roupa	1- Realização de auditorias internas com inquéritos de satisfação.	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	Foram realizadas ações de controlo apenas no Hospital de Santa Cruz	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
			2- Realização de vistorias /visitas à lavandaria de forma aleatória.	IMPLEMENTADA	São realizadas vistorias periódicas às lavandarias das 3 unidades hospitalares e à lavandaria central da SUCH.	Alta	Alto	Alto	Baixa	Baixo	Baixo
			3- Elaborar lista de entidades recetoras de doentes transferidos, contactá-las trimestralmente para recuperação de roupa do CHLO que indevidamente aí tenha ficado retida.	NÃO	Está previsto a implementação de um plano de recuperação de roupa com as Entidades recetoras de doentes para o 1º trimestre de 2023.	Alta	Alto	Alto	Alta	Alto	Alto
			4- Implementação de sistema de rastreio de roupa hospitalar	EM CURSO	Já se encontra aberto o concurso público para aquisição de equipamento de rastreamento de roupa.	Alta	Alto	Alto	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	Média	Médio	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 como intuito de avaliar o cumprimento do estipulado no caderno de encargos	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	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	Alto	Média	Médio	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	Alto	Baixa	Média	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.C	IMPLEMENTADA	Está contemplado no Plano de formação do CHLO ações de formação para sensibilização para o cumprimento das normas estabelecidas.	Alta	Alto	Alto	Baixa	Média	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 ocorrido e efetuadas as respetivas correções.	Alta	Alto	Alto	Baixa	Média	Baixo

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						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 avaliação periódicas das condições estruturais e de higiene de instalações e cumprimento do Caderno de Encargos.	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		Incumprimento da quantidade e qualidade da palamenta envolvida em todo o processo de confeção e consumo das refeições.	2 - Análise das reclamações ao Gabinete do Cidadão e/ou dos serviços , sendo pedido responsabilidade à prestadora.	IMPLEMENTADA		Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		Má higienização e não cumprimento das regras HACCP (Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos) do espaço e equipamento hoteleiros.	3 - Implementação de registo biométrico, por unidade	IMPLEMENTADA	Existe Um controlo biométrico para os colaboradores da SUCH	Alta	Média	Alto	Média	Médio	Médio
	Segurança e Vigilância	Captação ilícita 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 de camaras 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 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	A escolha dos agentes funerários é única e exclusivamente da responsabilidade da família.	IMPLEMENTADA	O SGH monitoriza e acompanha os colaboradores no cumprimento do manual de procedimento "Confidencialidade e Rastreabilidade da Informação Clínica", elaborado pelo Departamento de Qualidade, não existindo qualquer queixa/reclamação que indicié 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	Ações/sessões de formação contemplado no Plano de Formação de 2022 do CHLO para esclarecimentos e sensibilização para o cumprimento do manual de procedimentos.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
		Acesso a Dados sensíveis	Atribuição de Acessos muito reduzidos	IMPLEMENTADA	Mecanismos implementados e atualização permanente	Média	Alto	Alto	Baixa	Alto	Médio

Anexo IV – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SSTI	Acesso	Perda/Roubo de Informação	Backup de segurança em caso de ataques de Cibersegurança	IMPLEMENTADA	As medidas preventivas e mecanismos de mitigação implementados durante o primeiro semestre de 2022.	Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
			Planos de Contingência	IMPLEMENTADA		Média	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
	Equipamentos	Falhas na proteção contra <i>software</i> maliciosos	Verificar se estão implementados controlos de deteção, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos (utilização de antivírus atualizados)	IMPLEMENTADA	Evidências das medidas preventivas e mecanismos de mitigação implementados durante o primeiro semestre de 2022.	Alto	Alto	Alto	Média	Alto	Alto

Anexo V – Serviço Financeiro

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SF	Rendimentos e Contas a Receber	Recebimentos diferentes da dívida em conta corrente	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	Foram apresentados relatórios da intervenção de vários elementos ao longo dos vários processos com os diferentes intervenientes	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		Prescrição da Faturação	Segregação de funções; Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas	IMPLEMENTADA PARCIALMENTE	Foram apresentados relatórios da intervenção de vários elementos ao longo dos vários processos com os diferentes intervenientes	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		Atos Clínicos não faturados	Assegurar a implementação de procedimentos de obtenção automática de informação que identifique atos não faturados	IMPLEMENTADA	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	Alto	Média	Médio	Médio
		Envio atempado da faturação à ACSS	Assegurar a que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS	IMPLEMENTADA	Verificou-se que são realizadas diligências no sentido de assegurar o envio atempado de faturação à ACSS	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	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 PARCIALMENTE	Foi apresentado o procedimento do circuito final de responsabilidade do roubo de equipamento e os tramites precedentes ao ocorrido. Não foram apresentadas evidências.	Média	Alto	Alto	Média	Alto	Alto
	Meios Financeiros Líquidos	Desvio de Valores	Contagem de caixa e confronto com a folha de caixa e saldo contabilístico	IMPLEMENTADA	Verificou-se que é efetuada a conferência <u>diária</u> de caixas físicas com as folhas de caixa e com o saldo contabilístico.	Baixa	Alto	Médio	Baixa	Médio	Baixo
	Organização e sistemas de Informação	Ausência de integração de dados entre aplicações	Procedimentos instituídos de análise de relatórios de erros de interfaces entre aplicações e se é feito o cruzamento de duas fontes de informação distantes	EM CURSO	Está em fase de conclusão o interface entre o CPC/SICC. Início previsto para janeiro de 2023 (por conveniência do CHLO por se tratar do início do ano)	Alta	Alto	Alto	Alta	Alto	Alto

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

Serviços	Área	Riscos	Medidas previstas	Estado das medidas	Evidências apresentadas pelos serviços e analisadas pelo SAI	Grau de Risco Inicial			Nova Escala de Risco		
						Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto	Grau do Risco
SGASCD	Urgência/SO, Consulta Externa e Serviço de Internamento	Entrega de Valores: não entrega atempada de valores e/ou incorreta.	1 - Obrigatoriedade de conferência em cada mudança de turno, 2 - Obrigatoriedade de cada turno entregar os valores nos SF se aberto ou no cofre com ranhura existente no SGD sob responsabilidade dos próprios;	IMPLEMENTADA	- Risco em processo de revisão em virtude da publicação do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio a alterar o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde; - Apesar de o risco não se desvanecer por completo a probabilidade de ocorrência e o risco inerente reduz-se significativamente.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
		Favorecimento de familiares e amigos na realização de atos médicos sem recurso a registo.	Implementação das normas constantes no Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADA	- Risco em processo de revisão uma vez que com a informatização clínica na generalidade dos processos, o risco de prestações de saúde sem registo no Sistema de Informação torna-se muito reduzido.	Alta	Médio	Alto	Baixa	Médio	Baixo
		Anulação indevida de taxas moderadoras / Recibos	1 - Todos os recibos anulados devem ser entregues com registo do motivo da anulação 2 - Os pedidos de reembolso devem estar devidamente documentados	IMPLEMENTADA	- Risco em processo de revisão em virtude da publicação do Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio a alterar o regime de cobrança de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde; - Apesar de o risco não desvanecer por completo a probabilidade de ocorrência e o risco inerente reduz-se significativamente.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
		Prestar informação privilegiada a agentes funerários ou outros prestadores de Serviço	1 - Cumprimento das normas de boas práticas existentes no Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADA	- Manual de procedimentos em processo de atualização; - O contacto com agentes funerários encontra-se vedado aos Assistentes Técnicos do SGASCD.	Média	Alto	Alto	Baixa	Médio	Baixo
	Unidade Local de Gestão de Acesso - ULGA	Duplicação e/ou fornecimento de dados incorretos faturação.	1 - Conferência de dados reportados para faturação é realizada por mais de um elemento. 2 - Implementação de do Cumprimento das normas do Manual de Procedimentos	IMPLEMENTADA	- Com as medidas e mecanismos que têm vindo sendo implementados, em articulação com o Serviço Financeiro, tem sido possível mitigar o risco, sendo que se verifica a existência de vários momentos de validação, não apenas administrativa mas também clínica no que respeita às alterações de propostas cirúrgicas iniciais.	Alta	Alto	Alto	Média	Médio	Médio
		Utilização/Manuseamento indevido de dados pessoais e clínicos não justificado/legitimados pelos fins a que se destinam	Implementação de Código de Conduta Ético, a acrescentar aos Manuais dos Secretariados Clínicos e não clínicos.	IMPLEMENTADA	- Código de conduta elaborado e aprovado pelo CA em Junho de 2022; - Divulgado por todos os colaboradores do SGASCD.	Alta	Médio	Alta	Média	Médio	Médio