

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ÍNDICE

I.	ENQUADRAMENTO	3
II.	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES EPE	4
	A. Apresentação	4
	B. Missão, valores e princípios	5
	C. Código de Conduta Ética	5
	D. Orgânica	6
III.	EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	7
IV.	ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	11
	A. Identificação dos riscos e medidas preventivas	11
	B. Monitorização do plano e aferição da efetividade das medidas propostas	19
V.	ANEXOS	20
	Anexo I	20
	Anexo II	45

I. ENQUADRAMENTO

Criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 setembro, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) é uma *entidade administrativa independente, a funcionar junto do Tribunal de Contas, que desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas*. O CPC emite recomendações no sentido das entidades da Administração Pública ou do setor público empresarial tomarem medidas corretivas que mitiguem os riscos de corrupção.

Na sua Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho de 2009, o CPC recomenda que *os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar Planos de gestão de risco de corrupção e infrações conexas*. De modo a dar cumprimento a esta recomendação, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAA)¹ aprovou o seu Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em 10 de maio de 2010. O documento foi remetido para conhecimento às entidades de superintendência, tutela e controlo, nomeadamente, Administração Regional de Saúde do Norte, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Direção Geral do Tesouro e Finanças e Secretaria Geral do Ministério da Saúde. Desde então, o Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas tem sido objeto de sucessivas revisões de, aproximadamente, um ano. Devem fazer parte do mesmo os seguintes elementos, à luz da referida Recomendação:

- Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas relativamente a cada área ou departamento;
- Indicação das medidas adotadas que previnam a ocorrência desses mesmos riscos
- Definição e identificação dos vários responsáveis, envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
- Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.

Assim, no presente plano identificam-se as principais áreas de risco a que a instituição está sujeita, bem como as respetivas medidas preventivas em curso ou a implementar. Pretende-se, igualmente, espelhar o grau de evolução das medidas adotadas face à realidade evidenciada no Plano anterior.

A Recomendação n.º 1/2010, de 7 de abril, indica que devem as instituições publicitar *no sítio da respetiva entidade na internet o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*. O Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães EPE (HSO)² publicita o seu plano após a devida homologação.

Na sua Recomendação de 7 de novembro de 2012, o CPC afirma a obrigatoriedade das instituições de *incluir no seu relatório sobre a execução dos planos de prevenção de riscos uma referência sobre a gestão de conflitos de interesses*. Esta matéria foi considerada neste documento, sendo a abordagem efetuada numa nova área de risco.

O Plano é composto por este capítulo inicial de apresentação e concordância com a legislação em vigor e objetivos genéricos. No segundo capítulo é apresentada de forma sucinta a entidade, nomeadamente em termos de regime jurídico, a sua orgânica, missão, valores e princípios que orientam a sua atuação e menção ao código de ética. No

¹ Atualmente denominado Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE

² Denominação atual que sucedeu ao CHAA.

terceiro capítulo do documento é efetuado um balanço do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas homologado em janeiro de 2015, nomeadamente das medidas preventivas então indicadas face aos principais riscos identificados, de modo a aferir a atuação ao longo do seu período de abrangência. Pretende-se deste modo dar cumprimento à determinação do CPC, de acordo com a Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, de elaboração de um relatório anual de execução. No capítulo seguinte são apresentadas as áreas objeto de análise e escrutínio, pelos atuais gestores, diretores ou responsáveis, em termos de identificação de fatores de risco, medidas preventivas, probabilidade de ocorrência e impacto esperado. Pretendeu-se focar os eventos com maior probabilidade de risco e maior impacto; o conjunto da informação, pelo seu detalhe, é apresentado em anexo em quadros que refletem a situação do HSO. Esta autoavaliação tem em conta o sistema de controlo interno implementado em cada um dos setores.

Foram observadas as mais recentes recomendações do CPC, de 2015 – Recomendação de 7 de janeiro de 2015 sobre prevenção de riscos de corrupção na contratação pública e Recomendação de 1 de julho de 2015 (Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas). Neste sentido, acrescentou-se informação no tocante ao estipulado no número 2. da segunda Recomendação: “Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados...incluindo...as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos;”.

No tocante ao número 4. da mesma Recomendação³ - “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;” - será objeto de análise e estudo, dado que implicará a devida programação e alocação de recursos.

II. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES, EPE

A. Apresentação

O HSO é uma pessoa coletiva de direito público, com natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, e dos artigos 2.º e 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. O Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, estabelece o regime jurídico do setor público empresarial e a Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, aprova o regime jurídico da gestão hospitalar.

O HSO rege-se ainda pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, que alterou o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 50-A/2007, de 28 de fevereiro, 18/2008, de 29 de janeiro, 176/2009, de 4 de agosto, e 136/2010, de 27 de dezembro, no tocante ao regime jurídico e aos estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. O Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, aprova os Estatutos das entidades públicas empresariais nele estipuladas.

³ Número 4 da Recomendação de 1 de julho de 2015: “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;”

No âmbito do processo de devolução dos hospitais pertencentes às misericórdias, realizado nos termos do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, o CHAA passou a integrar apenas o Hospital de Guimarães. Assim, de acordo com o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 177/2015, de 25 de agosto, "O Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, passa a denominar-se Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E. P. E., por desafetação do estabelecimento correspondente ao Hospital de São José — Fafe, que foi objeto de devolução à Misericórdia de Fafe, mediante acordo de cooperação celebrado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro."

Em 2010, foi atribuída à Instituição a responsabilidade pela gestão da nova Unidade de Convalescença de Cabeceiras de Basto, por decisão da Ministra da Saúde, conforme despacho de 18 de Março de 2010.⁴

O HSO tem por área de influência os concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto. Esta área compreende um universo de 252.365 residentes⁵. O HSO está dotado por um vasto conjunto de serviços de prestação de cuidados, complementados por serviços de suporte, nomeadamente serviços de gestão e logística. O HSO contabilizava, no total, 1624 colaboradores em 31-01-2016. O CHAA foi acreditado pela *Joint Commission International (JCI)* em Dezembro de 2008, tendo obtido a reacreditação, pela mesma entidade, em 2012. Atualmente, o HSO encontra-se em novo processo de reacreditação.

B. Missão, valores e princípios

A missão do HSO é a de *prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentado a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.*⁶

Na sua atuação, o HSO observa os seguintes valores: competência; humanismo; paixão; rigor; transparência; união; solidariedade; ambição e dedicação. Orienta-se pelos seguintes princípios: reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa; centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade; postura e prática com elevados padrões éticos; respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

C. Código de Conduta Ética

O HSO dispõe de um Código de Conduta Ética, aprovado pelo CA em 13 de maio de 2015, que estabelece "o conjunto de princípios e valores em matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores do CHAA, sob a égide do Ministério da Saúde, na prossecução do interesse público multiprofissional, sem prejuízo e no respeito, quando aplicável, das regras deontológicas aprovadas pelas Ordens profissionais correspondentes."

⁴ Informação no Portal da Saúde.

⁵ Informação do Centro Integrado Controlo do Negócio / Anuário Estatístico da Região Norte 2014 publicado a 18 de dezembro de 2015 (INE,IP).

⁶ Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Alto Ave.

A adoção do Código de Conduta Ética visa contribuir para o correto, digno e adequado desempenho de funções por parte de todos os colaboradores.⁷

Este documento preconiza uma série de valores e princípios que constituem em si mesmo um forte elo de ligação entre a visão, missão e valores da administração pública / setor público empresarial: prossecução do interesse público, competência e responsabilidade, profissionalismo e eficiência, isenção e imparcialidade, justiça e igualdade, transparência, respeito e boa-fé, colaboração e participação e lealdade e integridade.⁸

Preconiza ainda boas práticas, quer ao nível do relacionamento dos colaboradores entre si e com os cidadãos, quer ao nível da organização e funcionamento.

O Código de Conduta Ética aplica-se a todos os profissionais do HSO, independentemente do vínculo contratual que estabelecem com a Instituição e da posição hierárquica.

D. Orgânica

No Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro, que transformou os hospitais SA em EPE, é referido no artigo 9º que os hospitais EPE organizam-se de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela em função das suas atribuições e áreas de atuação específicas, devendo os respetivos regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais.

O Regulamento Interno do CHAA, cuja denominação foi alterada para HSO em 2015, foi aprovado em 27 de março de 2013 pelo Conselho de Administração e homologado pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte em 14 de agosto de 2013. O documento define a natureza, a missão, os valores e princípios que orientam a atividade da Instituição e estabelece a sua estrutura orgânica e funcional, as atribuições e competência das respetivas direções, bem como o modo e as normas internas de funcionamento. (Artigo 1.º do Regulamento Interno)

O Conselho de Administração do HSO foi nomeado pela Resolução n.º 14/2015, do Primeiro-ministro, de 19 de Fevereiro, sendo composto pelo presidente e quatro vogais executivos, sendo um deles o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor:

Órgão social	Constituição / Nomeação	Cargo
Conselho de Administração	Delfim Pereira Neto Rodrigues	Presidente
	Maria José Teixeira Cabral Costeira Paulo	Diretora Clínica
	Ana Maria da Ponte Fravica	Enfermeira Diretora
	Agostinho Xavier Dourado Barreto	Vogal Executivo
	Filipe Miguel Neves Ribeiro	Vogal Executivo

⁷ Capítulo I do Código de Conduta Ética.

⁸ Capítulo IV do Código de Conduta Ética.

Constituem órgãos do HSO o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

Compete ao Conselho de Administração garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos. As competências do Conselho de Administração estão previstas no artigo 7.º dos Estatutos, Anexo II do Decreto-lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, e as dos seus membros nos artigos seguintes.

O Fiscal Único é o órgão social responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HSO. É nomeado por despacho do Ministro das Finanças obrigatoriamente de entre Revisores Oficiais de Contas ou Sociedades de Revisores Oficiais de Contas. As suas competências estão previstas no artigo 16.º dos referidos Estatutos.

O Conselho Consultivo é o órgão social a quem compete apreciar os planos de atividade de natureza anual e plurianual, acompanhar a atividade do HSO, bem como emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.

O HSO dispõe de um Serviço de Auditoria Interna, ao qual *competem a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.* (artigo 17.º dos Estatutos)

O Serviço de Auditoria Interna é constituído por um Auditor Interno com qualificação técnica, competências e experiência em auditoria, apoiado tecnicamente nas suas funções por um máximo de três técnicos auditores, de acordo com o expresso nos Estatutos. O Serviço de Auditoria Interna do HSO é composto por um elemento – auditor interno.

O HSO dispõe também de comissões de apoio técnico, que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido, nas matérias da sua competência. As comissões são órgãos com carácter consultivo, estando previstas as seguintes no seu Regulamento Interno: Comissão da Qualidade e Segurança do Doente; Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar; Comissão de Ética para a Saúde; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez; Comissão Médica; Comissão de Enfermagem; Comissão de Normalização de Equipamento, Serviços e Material de Consumo; Comissão de Estudo e Acompanhamento de Crianças e Jovens em Risco; Comissão de Promoção do Aleitamento Materno; Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

A estrutura orgânica atual do HSO encontra-se no Anexo II.

III. EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Decorrido cerca de um ano após a implementação do último Plano, foi efetuado um balanço pelos responsáveis dos Serviços com impacto nas diversas áreas de risco, com a finalidade de ser efetuada uma apreciação às medidas anteriormente definidas - se foram suficientes e adequadas ou se foram tomadas medidas adicionais, se

não foram implementadas por algum motivo e quais foram as alternativas, etc. - e no que concerne à obtenção de resultados.

Apresentam-se algumas das principais conclusões por área:

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica**

– a classificação de risco “alto” é a mais frequente, associada aos eventos nesta área. Os eventos *registo de atos sem a respetiva execução, informação de gestão insuficiente e apuramento moroso dos valores de produção* são eventos de baixo risco. É de mencionar o balanço efetuado a algumas medidas associadas a eventos fator de risco alto:

- Atos clínicos não registados, registados incorretamente ou em períodos incorretos – o risco associado aos registos dos médicos e enfermeiros minimizou (através do Sclínico), contudo manteve-se para outros profissionais;
- Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação – é efetuado diariamente um controlo rigoroso das atividades dos assistentes técnicos, a par da emissão de orientações para alguns procedimentos; mensalmente é efetuado o controlo dos episódios com informação insuficiente para faturação;
- Sistema de suporte à produção inexistente, desadequado ou desatualizado – conclui-se pela existência de vários sistemas de suporte à produção, que carecem de garantias de interoperabilidade.

Para outros eventos com risco alto, as medidas previstas no Plano anterior não foram implementadas – não tiveram os resultados pretendidos ou são desconhecidos.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Consultas e Hospital de Dia**

– nesta área de produção predominam os eventos classificados com risco alto no Plano anterior – foram concretizados algumas medidas, como contratualização interna com base no modelo BSC⁹, para fazer face ao fator de risco *informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna*, e alterações de postos de trabalho, para fazer face ao fator de risco *quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado*. Constata-se a existência de vários sistemas de suporte à produção que continuam a carecer de garantias de interoperabilidade. Ao nível de risco médio, é de salientar a solicitação de planos de atividade para a consulta externa, para fazer face ao fator de risco *baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de MCDT*, e a elaboração de questionários aos utentes, face à insatisfação dos utentes. Para o fator de risco *custos e margens por utente não apurados* constata-se que os sistemas de informação são ainda muito deficitários.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Bloco Central e Unidade**

Cirúrgica de Ambulatório – são vários os eventos (quase todos) com classificação de risco alto no Plano anterior que são agora revistos para uma classificação de risco inferior – médio ou mesmo baixo. À semelhança do ponto anterior, o balanço é globalmente positivo, sendo de realçar a implementação e

⁹ *Balanced Scorecard*.

prossecução duma política institucional de consolidação das diferentes bases de dados. Algumas medidas previstas no Plano anterior não foram todavia implementadas – proposta de contratualização interna e BSC.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Cirurgia e Mulher e Criança** – globalmente o balanço é muito positivo nesta área, estando implementadas as medidas previstas no Plano anterior. Assinala-se a evolução de alguns eventos fatores de risco:
 - Atos clínicos não registados/ registados incorretamente ou em períodos incorretos – conforme refere o gestor da área “foi prosseguida e implementada uma política institucional de adesão e mesmo de obrigatoriedade de realização dos registos clínicos em suporte informático nas várias aplicações existentes. Ao nível da gestão de produção, é permanentemente efetuado o cruzamento de dados entre as várias aplicações de forma a detetar possíveis erros e/ou incongruências. A análise dos dados é reportada aos serviços e analisada com os responsáveis. “
 - Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico) – também aqui “Realça-se a instalação dos armazéns avançados em todos os serviços. Persistem no entanto problemas relacionados com a imputação dos custos com material de armazém, que decorre de não existir correspondência absoluta entre os serviços físicos e responsáveis e na medida em que o critério aplicável é o de imputação dos custos por serviço físico”.
- **Produção – Serviços de prestação de cuidados – Medicina e Urgência** – nos três tipos de classificação de risco (baixo-médio-alto), o risco alto é o preponderante no Plano anterior. Em treze situações classificadas com risco médio a alto, cinco reduziram o nível de risco (de médio para baixo e de alto para médio). Constata-se assim uma melhoria global nesta área. Em termos de balanço, são várias as situações que efetivamente apresentam resultados satisfatórios, sendo exemplos:
 - Atos clínicos não registados/ registados incorretamente ou em períodos incorretos, que tem como medidas preventivas o reforço da monitorização periódica por parte do gestor da área e a sensibilização dos diretores de Serviço;
 - Desempenho inadequado, que tem por medida preventiva a monitorização semanal e mensal da contratualização interna;
 - Sistema de suporte à produção inexistente, desadequado ou desatualizado – que tem por medidas a implementação do processo clínico eletrónico, centralização de marcação de exames e agendamentos cirúrgicos.
- **Faturação** – foram identificados nesta área vários eventos cuja aferição de risco teve como resultado risco alto. Todos tiveram medidas associadas, sendo de indicar a sua apreciação, findo o ano 2015:
 - Pagamentos fora de prazo pelos clientes – a medida prevista consistia na insistência no pagamento, através de cartas aos intervenientes no processo, que foi reforçada pela adoção de um sistema de interpelação judicial através da assessoria jurídica (plataforma GREI): efetivamente o risco baixou de alto para médio;

- Taxas moderadoras não cobradas oportunamente – a disponibilização do CHAA/HSO no projeto piloto SITAM¹⁰ e a subsequente implementação do sistema de cobranças coercivas permitiu também aqui reduzir o nível de risco de alto para médio;
 - Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente/ não faturados oportunamente – a medida prevista consistia no acompanhamento periódico do processo de faturação e registos dos atos clínico, mantendo-se o mesmo nível de risco após o balanço desta medida, o qual constata que os *timings* de faturação dependem do exterior (ACSS/ARS Norte) e, a faturação, dos registos;
 - Faturas por cobrar há muito tempo – Constatou-se uma melhoria ao nível da faturação com seguradoras (pela implementação de plataforma para gestão de processo de injunções – GREI), contudo, mantiveram-se situações relacionadas com a ARS e o mesmo nível de risco;
 - Saldos incorretos de clientes - no plano anterior estava prevista a circularização anual dos principais devedores pelo ROC, contudo, em termos de balanço, reconhece-se incapacidade interna para efetuar cruzamento de dados de forma célere e atempada. Ainda assim, o risco diminuiu de alto para médio.
- **Recursos Humanos** – nesta área, cerca de metade dos eventos identificados representa risco baixo (dez situações) e a restante risco médio-alto (nove situações). Destes, destacam-se dois eventos de risco alto: não reconhecimento do mérito e desempenho do pessoal e o registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados. Em termos de medidas e sua apreciação, é de referir que mantém-se em curso a medida definida em Plano, que consiste na instrução de serviço para todos os profissionais, no sentido do cumprimento da obrigação do registo biométrico. Também está em curso a implementação integral do Sistema de Avaliação e Desempenho Adaptado a todas as carreiras e categorias, embora se reconheça “na presente fase, sem efeitos de reconhecimento de mérito designadamente ao nível da evolução na carreira”:
 - **Compras** – em termos de balanço, salientam-se as melhorias ocorridas durante o ano, decorrentes do apoio do novo sistema informático *GooPortal*, referidas pelo Serviço de Gestão de Compras, tais como: rastrear tarefas, reduzir tempos e minimizar o extravio de faturas.

Ao nível dos fornecedores, é de referir a maior rapidez na resolução de problemas relacionados com desempenho inadequado e não satisfação de encomendas devido à sua monitorização.

Salienta-se ainda o sucesso de medidas adotadas pelo Serviço de Contabilidade e Reporte decorrente da implementação do *GooPortal* que permitiram: a redução de débito de juros de mora por atrasos no pagamento, pela agilização dos processos; a redução de faturas com conferência morosa, pelo controlo semanal dos documentos.
 - **Existências** – a maior parte dos riscos associados a esta área são baixos, de acordo com a classificação indicada e sensibilidade/conhecimento dos responsáveis pela área. Assinalam-se contudo alguns eventos fatores com risco médio-alto nos Serviços Farmacêuticos, cujas medidas preventivas se mantêm atuais - informação de gestão insuficiente e /ou inoportuna; quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado; movimentos de existências não registadas e/ou contabilizadas incorretamente; instalações de armazenagem

¹⁰ Sistema de Informação de Taxas Moderadoras.

inadequadas. Ao nível do Armazém Geral, o balanço é positivo, realçando-se a diminuição do *stock* médio, a redução do desperdício e o seguimento de procedimentos implementados.

- **Imobilizado** – esta área regista melhorias, tendo em conta o resultado satisfatório de algumas medidas. É ainda de referir a persistência de alguns constrangimentos, como as transferências de local não registadas oportunamente e dados-mestre de imobilizado em falta/ incorretos/ desatualizados (Serviços pouco sensibilizados para estas matérias), a obsolescência dos bens e o elevado nível de manutenção dos mesmos. É de realçar a melhoria relativa ao fator de risco *adições de imobilizado não registado/ registado por valores errados*, refletida na diminuição do risco, que implicou a adoção de medidas, como registar todas as situações verificadas nessas condições e mudar a atitude dos Serviços através da sensibilização.
- **Tesouraria** – o balanço nesta área é bastante positivo, o que permite manter o risco baixo em vários eventos identificados. Realçam-se auditorias realizadas ao Serviço sem deteção de falhas para alguns eventos assinalados, o sistema de suporte que cumpre os requisitos necessários e a descrição de procedimentos e de funções atualizada. O único evento com classificação de risco médio corresponde a Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado, que apela à formação de colaboradores, sendo de referir que a função de tesoureira está a ser desempenhada por uma assistente operacional, com experiência no cargo superior a seis anos.
- **Contabilidade e Reporte** – A maior parte das medidas adotadas tiveram sucesso. Algumas medidas necessitam de reforço, como o incentivo à formação contínua de todos os colaboradores, para fazer face ao fator de risco *Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado*. Apenas para o fator de risco *Contas não refletem os valores de realização dos ativos* foi aferido risco médio (para os restantes, risco baixo), concluindo-se igualmente pela necessidade de reforço de medidas.

IV. ATUALIZAÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

A. Identificação dos riscos e medidas preventivas

O presente plano é um instrumento de gestão de risco, no sentido em que identifica os principais pontos críticos para as diferentes áreas de atividade, associando as medidas preventivas correspondentes por forma a mitigar os riscos inerentes.

Na avaliação do risco, deverão ser avaliados os riscos associados a objetivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos. (Manual de Auditoria Interna – Parte II, ACSS)

A probabilidade de ocorrência representa a possibilidade de um dado evento se verificar e o impacto representa a o efeito do evento ocorrer, o qual deverá ser medido utilizando a mesma unidade definida para o objetivo respetivo. (Manual de Auditoria Interna – Parte II, ACSS)

A aferição do risco teve por base estes dois fatores, probabilidade de ocorrência e impacte (ou impacto), sendo o resultado enquadrado na seguinte matriz de risco:

		Matriz de Risco		
Impacto	Elevado	Médio	Alto	Alto
	Moderado	Baixo	Médio	Alto
	Reduzido	Baixo	Baixo	Médio
		Reduzido	Moderado	Elevado
		Probabilidade		

O modelo de elaboração do Plano tem por base a auscultação direta de cada um dos responsáveis pelas áreas de risco, que identificaram a probabilidade de ocorrência, impacto previsto, bem como as medidas a implementar ou em execução. Esta informação é apresentada no Anexo I, disposta de acordo com a área em causa e os Serviços envolvidos. O próximo quadro identifica os responsáveis por área e Serviço, apresentando-se de seguida as principais conclusões por área.

No âmbito da Gestão de Meios Físicos, assinala-se a mudança de responsáveis do ano 2015 para 2016, pelo que as medidas agora propostas resultam da avaliação de dois responsáveis, relativamente aos quais esta gestão ficou adstrita, com a separação em: Consultas e Hospital de Dia, por um lado, e Bloco Central e Cirurgia de Ambulatório, por outro.

Áreas	Serviços		Responsáveis
Produção (e gestão de utentes)	Serviços de prestação de cuidados – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)		Carla Duarte
	Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos	Consultas e Hospital de Dia	Carla Duarte
		Bloco Central e Unidade Cirúrgica de Ambulatório	Joaquim Barbosa
	Serviços de prestação de cuidados - Cirurgia e Mulher e Criança		Joaquim Barbosa
	Serviços de prestação de cuidados - Medicina e Urgência		Marco Silva
Faturação (Clientes e contas a receber)	Faturação e Cobranças		Filipe Coimbra
Recursos Humanos	Gestão de Recursos Humanos		Fernanda Andrade
Compras (e contas a pagar)	Serviços Farmacêuticos		Ariana Araújo
	Central de Marcação de Exames e Transportes e Operações Hoteleiras		Eliseu Carvalho
	Contabilidade e Tesouraria e Central de Validação de Documentos		Filipe Coimbra
	Gestão de Compras		Olívia Lopes
Existências	Serviços Farmacêuticos		Ariana Araújo
	Gestão de Stocks e Aprovisionamento		Isabel Sampaio
Imobilizado	Gestão do Património e Investimento		Filipe Coimbra
Tesouraria	Contabilidade e Tesouraria		Filipe Coimbra
Contabilidade e Reporte	Contabilidade e Tesouraria		Filipe Coimbra

Principais conclusões por área:

- Produção – Serviços de prestação de cuidados – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica**
 - à semelhança do Plano anterior, vários eventos foram classificados de risco alto, assistindo-se inclusive a um maior número de eventos com este nível de risco. *Organização da função indefinida e quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado* são eventos cuja classificação aumentou de nível - de risco médio para alto. As medidas identificadas para estas situações consistem na elaboração de manuais de procedimentos, para a primeira, e promover formações adequadas a cada grupo de profissional, para a segunda. Para os restantes eventos que mantêm o mesmo nível alto, as medidas pautam-se pela continuidade e pela implementação das seguintes novas medidas:
 - Insatisfação de utentes – adequar o questionário aos utentes aos serviços de apoio clínico;
 - Supervisão clínica inadequada – solicitar colaboração às chefias intermédias dos serviços clínicos;
 - Sistema de suporte à produção inexistente, desadequado ou desatualizado – garantir interoperabilidade entre os sistemas;

- Sobreocupação de serviços clínico e serviços de MCDT – adequar recursos humanos às necessidades e promover alternativas (recurso ao exterior), de forma a assegurar a realização de todos os MCDT em tempo útil.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Consultas e Hospital de Dia** – os eventos estão maioritariamente classificados como altos, não existindo riscos baixos nesta área.

Indicam-se os eventos de alto risco:

- Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Desempenho inadequado;
- Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna;
- Organização da função indefinida;
- Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado;
- Sistema de suporte à produção inexistente, desadequado ou desatualizado.

Para fazer face a estes eventos de risco foram delineadas medidas com vista à sua redução que passam por: sistemas de informação que permitam o cruzamento de dados; manutenção do modelo de contratualização interna; elaboração de manuais de procedimentos; formações adequadas a cada grupo profissional; e atualização de sistemas de suporte.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Bloco Central e Unidade Cirúrgica de Ambulatório** – destacam-se nesta área os eventos classificados com risco médio a alto no plano:

- Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- Desempenho inadequado;
- Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado;
- Custos e margens por utente não apurados.

Para todos estes eventos/fatores de risco foram identificadas medidas preventivas. Algumas medidas respeitam à implementação do projeto *Kaizen*, da contratualização interna *Balanced Scorecard* (BSC) e consolidação de bases de dados (AIDA). É ainda de salientar a mudança na aferição do risco de alto para baixo em algumas situações.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Cirurgia e Mulher e Criança** – destacam-se nestas áreas os eventos classificados no plano com risco médio a alto:

- Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos;
- Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico);
- Custos e margens por utente não apurados.

Para todos estes eventos/fatores de risco foram identificadas medidas preventivas. Algumas medidas apontam para a alteração de critérios de imputação dos custos com material e para a manutenção/ aprofundamento dos mecanismos de controlo já existentes.

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados – Medicina e Urgência** – esta área teve uma evolução positiva face ao plano anterior, na medida em que os eventos são atualmente classificados principalmente com risco baixo (em contraposição com o Plano anterior - eventos classificados principalmente de risco alto). Carecem ainda de maior atenção os seguintes eventos classificados com risco alto e com resultados com margem para melhoria:
 - Custos com pessoal, medicamentos, materiais, MCDT e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico – prevê como medidas o reforço da monitorização e maior colaboração por parte do Controlo de Gestão;
 - Recurso excessivo a MCDT no exterior – aposta preventivamente na modernização do parque de equipamentos e no reforço de recursos humanos especializados.
- **Faturação** – nesta área registam-se riscos médios a altos associados aos seguintes eventos:
 - Pagamentos fora de prazo pelos clientes – mantem-se a medida de prevenção de insistência no pagamento através de cartas aos intervenientes no processo;
 - Taxas moderadoras não cobradas oportunamente – prevê-se a sustentação do projeto SITAM como medida;
 - Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente/ não faturados oportunamente – preconiza-se como medida preventiva insistências a nível dos serviços responsáveis pelos registos dos atos;
 - Sistema de suporte à faturação e gestão de clientes desadequado ou desatualizado;
 - Faturas por cobrar há muito tempo – situação a rever em 2016, tendo em consideração a manutenção das situações relacionadas com a ARS. É de referir que o plano anterior previa, em termos de medidas, a implementação da plataforma para gestão de processo de injunções, resultando numa melhoria ao nível das seguradoras;
 - Saldos de clientes incorretos - situação a rever em 2016, tendo sido reconhecida, em sede de balanço, incapacidade interna para efetuar cruzamento de dados de forma célere e atempada. No plano anterior estava prevista a circularização anual dos principais devedores pelo ROC.
- **Recursos Humanos** – nesta área, o não reconhecimento do mérito e desempenho do pessoal representa o único fator de risco com risco alto. É assinalável o impacto “elevado” de alguns fatores de risco - controlo de escalas e de trabalho suplementar inadequados, processamentos de abonos não autorizados e pagamentos indevidos são alguns exemplos – mas com probabilidade de ocorrência “reduzido”, aos quais foram associadas medidas preventivas, como segregação de funções e utilização de uma plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos de elevada fiabilidade.

- **Compras** – não existe nesta área a identificação de eventos com classificação de risco alto. Há continuidade na aplicação das medidas preventivas adotadas anteriormente. Destacam-se algumas medidas¹¹ associadas a eventos classificados com risco médio:

- Melhoria do processo de reclamação a fornecedores e envio de notificações semanais aos fornecedores faltosos;
- Melhoria no controlo da execução dos trabalhos e cumprimentos de prazos no tocante a prestações de serviços não registadas correta e oportunamente;
- Contactos regulares com fornecedor da aplicação informática, para prevenir o risco associado ao evento *Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado*.

É de notar a diminuição do risco relacionado com os saldos de fornecedores/credores incorretos, motivada pelo envio de ofícios com vista à conciliação de saldos, remetidos pelo ROC¹².

- **Existências** – a maior parte os riscos associados aos eventos identificados nesta área é de nível baixo. Há continuidade na aplicação das medidas preventivas já adotadas. Os eventos com risco médio, nos Serviços Farmacêuticos, definem medidas de prevenção, nomeadamente: a validação de todos os pedidos pelo farmacêutico para *Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente*; a solicitação da contratação de elementos em falta para fazer face ao *Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado*. Destacam-se ainda medidas do Serviço Gestão de Stocks e Aprovisionamento, como o cumprimento de procedimentos (abate), otimização do circuito do material à consignação, verificação dos prazos de validade, auditorias aos armazéns avançados, procura de fornecedores que disponibilizam artigos com mínimos de embalagens ou quantidades (de forma a reduzir níveis de existências).

- **Imobilizado** – esta área regista melhorias face ao plano anterior, contudo revela-se ainda como uma das áreas mais problemáticas, como Faturação e Produção, na medida em que apresenta mais riscos de nível médio e elevado associados aos eventos identificados:

- Dados mestre de imobilizado em falta, incorretos ou desatualizados – para além da revisão dos procedimentos na Gestão de Imobilizado, prevê-se ainda a insistência e sensibilização junto dos Serviços acerca das regras de salvaguarda de bens;
- Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado;
- Cadastro de imobilizado desatualizado – a realização de auditorias ao imobilizado existente nos Serviços revela-se uma medida necessária;
- Elevado nível de manutenção de bens – a medida prevista consiste na implementação de um *software* específico para gestão de reparações;
- Existência de bens obsoletos – são medidas preventivas para combater este fator de risco a submissão de projetos a fundos comunitários e manter o nível de investimento iniciado em 2015.

É ainda de referir relativamente a esta área a diminuição do risco de ativos desviados por colaboradores ou terceiros face ao plano anterior, tendo em conta, ao nível das medidas preventivas,

¹¹ Já previstas anteriormente e que se mantêm no presente Plano.

¹² Revisor Oficial de Contas.

as intervenções adotadas em toda a instituição relativas à movimentação de pessoas e bens que reforçarão o controlo e salvaguarda do imobilizado.

- **Tesouraria** – nesta área, os riscos apurados relativamente aos eventos/fatores de risco são todos de nível baixo. Nesta perspetiva, não são assinaladas medidas preventivas, exceto para o fator de risco *débito de juros de mora por pagamentos não efetuados nos prazos*, prevendo-se a manutenção da medida existente que consiste no tratamento prioritário de fornecedores que potencialmente efetuam cortes, são exclusivos ou concedem descontos financeiros.
- **Contabilidade e Reporte** – Destaca-se nesta área a necessidade de reforço de formação dos colaboradores do Serviço, estando prevista a apresentação de um plano de formação com ações individualizadas. Outro reforço nas medidas consiste no incentivo às chefias intermédias a pronunciarem-se sobre os centros de custo para combater o risco associado a contas que *não refletem os valores de realização dos ativos*. Este fator de risco é o único classificado com risco médio. Todos os restantes fatores de risco classificam-se com risco baixo.
- **Conflitos de interesses** – nesta área criada no seguimento da Recomendação do CPC de 7 de novembro de 2012 identificam-se algumas situações potenciadoras de conflitos de interesses, de certa forma interligadas, de risco médio e elevado, pelos Serviços de prestação de cuidados e Recursos Humanos. No primeiro caso, potenciais conflitos entre a atividade clínica no setor público e a atividade clínica no setor privado (sobreposição de horários e canalização de doentes). No segundo caso, conflitos decorrentes de eventuais acumulações de funções.
- **Riscos identificados relativamente às funções e cargos de direção de topo**
Nesta nova área identificada pretendeu-se abranger eventos associados a riscos relacionados com o incumprimento da legislação, verificando-se os seguintes preceitos legais e documentos:
 - Estatuto do gestor público (EGP) - Decreto-lei n.º 71/2007, de 27 de Março
 - Este diploma estabelece no seu artigo 5.º alguns deveres dos gestores públicos, resumidamente – cumprir os objetivos da empresa; assegurar a concretização das orientações definidas nos termos da lei e a realização da estratégia da empresa; avaliar e gerir os riscos; guardar sigilo profissional; acompanhar, verificar e controlar a evolução da atividade; assegurar a suficiência, veracidade, fiabilidade e confidencialidade da informação; assegurar o tratamento equitativo dos acionistas;
 - O artigo 22.º do EGP indica uma série de incompatibilidades e impedimentos, sendo de salientar limitações em celebrar contratos de trabalho ou de prestação de serviços;
 - O artigo 36.º do EGP faz referência à sujeição dos gestores públicos às normas éticas do setor de atividade;
 - O artigo 37.º menciona à sujeição dos gestores públicos às boas práticas decorrentes dos usos internacionais, designadamente em matéria de transparência;
 - Avaliação do desempenho – de acordo com o mesmo diploma “O desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas

orientações previstas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, ou decorrentes do contrato de gestão, bem como os critérios definidos em assembleia geral.” Tendo em conta a metodologia utilizada, preconizada pela ACSS, o grau de cumprimento dos objetivos fixados para 2014 atingiu 93,4%.¹³

- Regimento do CA – documento aprovado por deliberação do CA em reunião de 27.03.2012; encontra-se publicado no sítio da intranet do HSO, promovendo a segregação de funções entre os elementos do CA;
- Cumprimento das reduções remuneratórias aplicáveis – as remunerações dos membros do CA são divulgadas no âmbito do Governo Societário e incluem as reduções legalmente previstas;
- Implementação do código de conduta ética adequado às melhores práticas em vigor – o HSO dispõe deste documento atualizado, homologado em reunião do CA de 13.05.2015, que estabelece o conjunto de princípios e valores em matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores do HSO;
- Contratação Pública – têm sido desenvolvidos esforços no sentido de melhorar a atuação da área de Compras, nomeadamente através da criação e implementação de normas e procedimentos, reconhecendo-se contudo que prevalecem fragilidades que devem ser colmatadas; está prevista a elaboração de um manual para esta área, contudo, e tendo em consideração possíveis alterações legislativas, este documento não foi para já devidamente aprofundado;
- Cumprimento geral da lei – o HSO dispõe de um regulamento interno que lhe confere a intenção de prosseguir a missão e os objetivos a que se propõe de forma clara, transparente e de acordo com a lei.

Globalmente, a avaliação do risco desta área é de nível médio, resultante da probabilidade de risco reduzido e do impacto elevado. Mencionam-se algumas das medidas preventivas nesta área:

- Reforçar o capital humano, quer por via da admissão de pessoal novo à Instituição, quer pelo reforço dos conhecimentos dos colaboradores atuais, nomeadamente através da formação e da motivação para o aperfeiçoamento e o crescimento das atividades;
- Promover políticas de atuação profissional que transmitam aos colaboradores valores como a transparência e o rigor;
- Política de rotatividade de funções administrativas entre os profissionais;
- Implementação de normas e procedimentos que promovam a segregação de funções e o controlo mútuo entre os diversos intervenientes internos;
- Elaboração de regulamentos pelos Serviços, sendo de mencionar em relação a este ponto, e ao anterior, a acreditação do Hospital pela *Joint Commission International (JCI)*;
- Controlo e normalização de acessos relativamente a visitantes, em particular dos Delegados de Informação Médica;
- Avaliação sistemática da atuação de todas as áreas para minimizar eventuais erros, fraudes e outras irregularidades.

¹³ In “Relatório relativo ao grau de cumprimento das orientações e objetivos de gestão – Exercício de 2014” do Fiscal Único.

B. Monitorização do plano e aferição da efetividade das medidas propostas

A implementação do processo de gestão de risco e a sua monitorização é da responsabilidade do Conselho de Administração, cabendo às diversas direções e serviços a implementação do processo de gestão de risco nas suas áreas, a revisão periódica dos seus resultados face a novos eventos que entretanto tomem conhecimento e ainda assegurar que as atividades de controlo instituídas estão a ser efetuadas. Neste sentido, os serviços visados deverão continuar a articular com o auditor interno, no sentido de proceder à atualização anual do Plano.

O Auditor Interno deverá acompanhar a implementação das medidas preventivas definidas, bem como atentar à necessidade da sua atualização.

O plano deverá ser avaliado anualmente, aferindo-se a efetividade das medidas preventivas previstas e procedendo-se à sua revisão/atualização.

A aplicação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas permitirá ao Conselho de Administração implementar um sistema de gestão de risco que avalie os eventos em termos de probabilidade de ocorrência e de impacto, de modo a estabelecer as políticas e procedimentos que permitam gerir os riscos ou mitigar os seus efeitos.

ANEXO I

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco
Actos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Elevado	Elevado	Alto	Continuação da monitorização regular no âmbito do grupo de trabalho e acompanhamento da atividade do pessoal assistente técnico	Com o registo dos procedimentos através do Sclínico pelos médicos e enfermeiros, o risco minimizou, tendo porém passado para outros profissionais	Moderado	Elevado	Alto
Actos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Moderado	Médio	Formar o pessoal responsável pelas imputações por centro de custo, dado não haver ainda plena consciência das implicações da imputação incorreta dos custos	Já existe alguma sensibilidade para a informação de custos, especialmente veiculada pelas análises mensais de algumas rubricas de custos com os diretores de serviço	Moderado	Moderado	Médio
Actos clínicos	Insatisfação dos utentes	Elevado	Elevado	Alto	Elaborar outros questionários ou perceber junto dos utentes quais são os critérios fraturantes da qualidade do serviço prestado. Continuar a insistir junto dos secretariados no sentido de melhorar o nível de satisfação com o atendimento e procurar reduzir os tempos de espera enquanto fator essencial à estruturação da imagem positiva que os doentes têm do serviço.	Foram elaborados questionários aos utentes por parte do Gabinete da Qualidade. No entanto continua por elaborar o questionário adequado aos serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica no que concerne a estas áreas mais específicas	Moderado	Elevado	Alto
Actos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Moderado	Moderado	Médio	Analisar e continuar a propor a internalização dos exames que se justifica efetuar nos serviços do CHAA.	Ao nível das análises clínicas, foram internalizadas várias análises (em 2015, cerca de 40%). A maior parte dos exames que se realizam no exterior são feitos noutras entidades por incapacidade de recursos humanos e materiais dos serviços	Reduzido	Moderado	Baixo
Actos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Moderado	Baixo	Analisar os casos em que se possa verificar esta situação.	Não foi feita nenhuma intervenção substancial a este nível	Reduzido	Moderado	Baixo
Actos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Reduzido	Elevado	Médio	A prescrição de medicamentos é feita apenas para as farmácias de oficina. Trimestralmente são reportados dados da prescrição por médico a cada profissional e aos diretores de serviço. A análise desses dados pode conduzir à verificação de um eventual erro de prescrição ou seleção inadequada de medicamentos.	Tem sido efetuada trimestralmente a monitorização da prescrição no hospital e para as farmácias de oficina, sendo os dados igualmente enviados aos médicos prescritores e Diretores de Serviço	Reduzido	Elevado	Médio
Actos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Moderado	Elevado	Alto	Garantir que todos os atos que devam ser supervisionados pelo médico são realizados na presença deste	Desconheço se foram tomadas medidas neste âmbito pois esta supervisão deve ser efetuada ao nível mais operacional	Moderado	Elevado	Alto
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Elevado	Moderado	Alto	Estabelecer um maior rigor no cumprimento dos deveres e das funções do pessoal assistente técnico e recusar os pedidos de exames com informação clínica deficiente ou inadequada	É efetuado um controlo diário e rigoroso da atividade dos assistentes técnicos, sendo igualmente emitidas frequentemente orientações para alguns procedimentos das suas áreas; é igualmente efetuado um controlo mensal dos episódios com informação insuficiente para faturação da produção	Elevado	Elevado	Alto

Continuação da monitorização regular no âmbito do grupo de trabalho

Continuar a formação/sensibilização dos profissionais para a imputação correta dos custos e providenciar pelo fornecimento de informação adicional aos gestores, nomeadamente no que concerne a custos com pessoal

Adequar o questionário aos serviços de apoio clínico

Continuar a propor de forma sustentada a realização internas dos exames, bem como os recursos necessários para o fazer

Continuar a monitorizar os casos em que tal suceda

Continuar a monitorização da prescrição e identificar os casos de seleção inadequada de medicamentos

Questionar as chefias intermédias dos serviços clínicos sobre as medidas a tomar e o plano de prevenção a adotar

Manter o controlo mensal e acompanhamento de rotina das atividades dos assistentes técnicos

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Atualização do plano				
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Geral	Desempenho inadequado	Moderado	Elevado	Averiguar as situações irregulares e descritas pelos utentes/serviços; dar formação aos profissionais; avaliar a adequação dos profissionais aos postos a que estão afetos	É efetuada com regularidade a avaliação das situações descritas pelos utentes e serviços	Moderado	Elevado	Alto	Manter o controlo diário das situações expostas e avaliar a adequação dos profissionais aos postos de trabalho
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Manter as funções adstritas ao gabinete para elaboração de informação de gestão adequada e relevante	Com a criação do Gabinete de Apoio à Direção dos Centros de Produção, a disponibilidade de informação de gestão para a gestão intermédia é fornecida atempadamente e de forma adequada às necessidades	Reduzido	Elevado	Médio	Manter o Gabinete nos moldes existentes , mas promover o fornecimento, por outros serviços de suporte, de informação que atualmente não é disponibilizada
Geral	Organização da função indefinida.	Moderado	Moderado	Elaborar e atualizar descrição de funções, elaborar manuais de procedimentos e instruções de trabalho bem definidas	Ao nível do pessoal assistente técnico, as descrições de funções não foram atualizadas, mas mantêm-se válidas.	Moderado	Elevado	Alto	Elaborar manuais de procedimentos
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Elevado	Continuar a promover uma seleção rigorosa do pessoal e afetar adequadamente as pessoas às tarefas. Monitorizar o cumprimento da descrição de funções de cada profissional	O quadro de pessoal não sofreu alterações, mas foram feitas algumas alterações de postos de trabalho	Moderado	Elevado	Alto	Promover formações adequadas a cada grupo profissional
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão do hotelaria de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Moderado	Elevado	Continuar a planear a aquisição dos sistemas com maior acuidade e com evidências do seu custo-benefício.	Existem vários sistemas de suporte à produção, mas os mesmos continuam a carecer de garantias de interoperabilidade	Moderado	Elevado	Alto	Garantir a interoperabilidade entre os sistemas e atualizar alguns sistemas de suporte à produção (ex. AIDA)
	Sobreocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Elevado	Elevado	Continuar a planear adequadamente os recursos, elaborando propostas para redução das listas de espera; elaborar protocolos/NOC para a área dos MCDT	Não foram criados os protocolos necessários nalgumas áreas (ex. imagiologia) nem foram promovidas medidas que permitam colmatar as listas de espera existentes	Elevado	Elevado	Alto	Adequar os recursos humanos às necessidades de assegurar a realização de todos os MCDT's em tempo útil e promover medidas alternativas, como por exemplo o envio para o exterior, nos casos em que a procura é claramente superior à oferta
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Moderado	Manter as orientações para registo de toda a atividade no momento da sua realização	É rigorosamente controlado o registo da produção através dos sistemas de informação existentes	Reduzido	Reduzido	Baixo	Com o incremento da utilização dos sistemas de informação, dificilmente será concretizado este fator de risco
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Elevado	Reduzido	Continuar a desenvolver os trabalhos de apuramento dos custos por doente/linha de produção, por serviço	Os sistemas de informação são ainda muito deficitários a este nível	Elevado	Reduzido	Médio	Promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Centro de Gestão de Meios Físicos - Consultas e Hospital de Dia

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Elevado	Alto	Automatização dos registos ao nível da Consulta Externa.	Sem alterações conhecidas (ao nível dos MCDT's, a prescrição eletrónica permitiu corrigir este défice).	Moderado	Moderado	Médio	Sensibilizar os profissionais para a correta imputação dos custos e fornecer informação para controlo
Atos clínicos	Insatisfação dos utentes	Moderado	Moderado	Médio	Continuação da avaliação através de inquéritos de satisfação dos utentes e implementação das seguintes medidas: 1 - convocatória por SMS para a realização de consulta; 2 - centralização e modernização dos balcões da consulta externa.	Foram elaborados questionários aos utentes por parte do Gabinete da Qualidade. No entanto continuam por concretizar as medidas assinaladas para a convocatória por SMS e a centralização dos balcões da consulta	Moderado	Moderado	Médio	Iniciar o processo de convocatória por SMS e dar seguimento ao projeto do balcão único
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Elevado	Médio	Otimização da capacidade instalada na Consulta Externa.	Foram solicitados planos de atividades para a consulta externa de forma a permitir uma melhor avaliação das taxas de ocupação	Moderado	Elevado	Alto	Os sistemas informáticos devem ser adequados a permitir cruzar a produção com os locais de produção. Ao nível da consulta externa, tendo por base os planos de atividades para 2016, serão associados no sítio os gabinetes de consulta de forma a permitir retirar as respetivas taxas de ocupação
Geral	Desempenho inadequado	Elevado	Moderado	Alto	Foi apresentada ao CA proposta de implementação de um "Modelo de Contratualização Interna" para Hospital de Dia e Consultas Externas.		Elevado	Elevado	Alto	Criar mecanismos de controlo mais rigorosos
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Elevado	Moderado	Alto	Consolidação do BSC e criação de um sistema de monitorização que permita identificar atempadamente os desvios e permita desencadear ações e medidas corretivas / consolidação do processo clínico eletrónico.	Foi efetuada a contratualização interna com base no modelo de BSC. A desmaterialização do processo clínico em papel tem sido efetuada de uma forma transversal a todos os serviços	Moderado	Elevado	Alto	Manter o modelo de contratualização interna existente e continuar a avaliar mensalmente os principais desvios nos indicadores
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Ao nível do pessoal assistente técnico, as descrições de funções não foram atualizadas, mas mantêm-se válidas.	Moderado	Elevado	Alto	Elaborar manuais de procedimentos
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Elevado	Moderado	Alto	Requalificação e melhoria do sistema de gestão de recursos Humanos.	O quadro de pessoal não sofreu alterações, mas foram feitas algumas alterações de postos de trabalho	Moderado	Elevado	Alto	Promover formações adequadas a cada grupo profissional
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Elevado	Elevado	Alto	Ajustar os Recursos Humanos e Meios Físicos de forma a reduzir as listas de espera para consultas e melhorar o serviço de registo de codificação e GDH.	Existem vários sistemas de suporte à produção, mas os mesmos continuam a carcer de garantias de interoperabilidade	Moderado	Elevado	Alto	Garantir a interoperabilidade entre os sistemas e atualizar alguns sistemas de suporte à produção (ex. AIDA)
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Moderado	Moderado	Médio	Melhorar o registo de atos médicos no Hospital de Dia através da nomeação de um médico dedicado a essa responsabilidade de controlo e coordenação de todas as especialidades que fazem Hospital de Dia	Não foi concretizada a medida preventiva assinalada, mas os registos da produção são efetuados por outros profissionais	Reduzido	Elevado	Médio	Com o incremento da utilização dos sistemas de informação, dificilmente será concretizado este fator de risco
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Moderado	Moderado	Médio	Consolidar programa SINUS	Os sistemas de informação são ainda muito deficitários a este nível	Elevado	Reduzido	Médio	Promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Centro de Gestão de Meios Físicos - Bloco Central e Unidade Cirúrgica de Ambulatório

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Reduzido	Moderado	Baixo	Consolidação das diferentes bases de dados, particularmente, AIDA - Bloco e AIDA - UCA.	Considera-se um balanço muito positivo. Foi prosseguida e implementada uma política institucional de consolidação das diferentes bases de dados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Elevado	Alto	Automatização dos registos ao nível do Bloco e UCA.	Considera-se um balanço muito positivo. Foi prosseguida e implementada uma política institucional de consolidação das diferentes bases de dados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.
Atos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Consolidação das diferentes bases de dados, particularmente, AIDA - Bloco e AIDA - UCA.	Considera-se um balanço muito positivo. Foi prosseguida e implementada uma política institucional de consolidação das diferentes bases de dados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Moderado	Baixo	Consolidação das diferentes bases de dados, AIDA - Bloco e AIDA - UCA. Implementação do projeto Kaizen UCA.	Considera-se um balanço muito positivo. Foi prosseguida e implementada uma política institucional de consolidação das diferentes bases de dados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Elevado	Médio	Otimização dos tempos na UCA e Bloco Operatório Central.	Balanço positivo. Existiu uma melhoria no BO. Na UCA no entanto continuam a existir problemas de eficiência que se traduzem numa utilização da capacidade instalada aquém do previsto. O projeto Kaizen, recentemente concluído e que apresenta um conjunto de soluções, poderá constituir-se como um guia para a melhoria da eficiência da UCA.	Moderado	Moderado	Médio	Implementar as medidas propostas no projeto Kaizen.
Geral	Desempenho inadequado	Elevado	Moderado	Alto	Foi apresentada ao CA proposta de implementação de um "Modelo de Contratualização Interna" para a UCA/BO.	A proposta de contratualização interna não foi implementada.	Moderado	Moderado	Médio	Efetuar em 2016 a contratualização interna com a UCA/BO.
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Elevado	Moderado	Alto	Consolidação do BSC e criação de um sistema de monitorização que permita identificar atempadamente os desvios e permita desencadear ações e medidas corretivas / consolidação do processo clínico eletrónico.	O BSC não foi implementado.	Moderado	Reduzido	Baixo	Implementação do BSC, o qual deve incluir um conjunto de indicadores de actividade dos blocos cirúrgicos para análise e implementação de medidas de melhoria com os responsáveis.
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Em termos gerais, tem sido conseguido o ajustamento dos RH à procura da atividade cirúrgica.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado	Elevado	Moderado	Alto	Requalificação e melhoria do sistema de gestão de recursos Humanos.		Reduzido	Reduzido	Baixo	Os RH dos blocos cirúrgicos devem continuar a ajustar-se à procura da atividade cirúrgica.
Geral	Sistema de suporte à produção/ gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, de adequado ou desatualizado.	Elevado	Elevado	Alto	Ajustar os Recursos Humanos e Meios Físicos de forma a reduzir as listas de espera para cirurgias e melhorar o serviço de registo de codificação e GDH.	Em termos de UCA existem constrangimentos da estrutura física que se traduzem em dificuldades de resposta à procura cirúrgica dos serviços.	Elevado	Elevado	Alto	A implementação das medidas propostas no projeto Kaizen poderão ser uma solução.

Execução do plano

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Execução do plano Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Atualização do plano Medidas preventivas
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Moderado	Moderado	Médio	Ações formativas periódicas da Codificação Clínica junto dos serviços; monitorização com periodicidade mensal e informação aos responsáveis dos serviços da existência de erros e/ou omissões de registo; para correção e implementação de medidas de melhoria; cruzamento de informação entre as várias aplicações informáticas para deteção de eventuais erros e/ou emissões de registos, seguida da respetiva correção.	Considera-se um balanço muito positivo. Foi prosseguida e implementada uma política institucional de adesão e mesmo de obrigatoriedade de realização dos registos clínicos em suporte informático nas várias aplicações existentes. Ao nível da gestão de produção é permanentemente efetuado o cruzamento de dados entre as várias aplicações de forma a detectar possíveis erros e/ou incongruências. A análise dos dados é reportada aos serviços e analisada com os responsáveis.	Moderado	Moderado	Médio	Manter e aprofundar os mecanismos de controlo já existentes, através do cruzamento e análise de dados; Analisar a informação com os responsáveis dos serviços; Promover ações de formação para os profissionais médicos sobre a importância e regras dos registos clínicos ao nível das várias aplicações.
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Moderado	Médio	Ao nível dos RH - atualizar anualmente a informação sobre a distribuição dos profissionais pelos vários centros de custo (CC); atualizar junto do SGPH os CC, sempre que se verifique mobilidade interna de colaboradores; continuar a avançar na instalação de armazéns avançados nos serviços clínicos, de forma a permitir uma imputação mais correta dos custos; realizar reuniões periódicas no âmbito do Centro de Produção Cirúrgico e dos serviços que o integram, para a análise da evolução dos custos.	Considera-se um balanço muito positivo. As medidas preventivas propostas estão implementadas. Realiza-se a instalação dos armazéns avançados em todos os serviços. Persistem entanto problemas relacionados com a imputação dos custos com material de armazém, que decorre de não existir correspondência absoluta entre os serviços físicos e responsáveis e na medida em que o critério aplicável é o de imputação dos custos por serviço físico.	Moderado	Moderado	Médio	Manter e aprofundar os mecanismos de controlo já existentes; Encontrar uma solução para os critérios de imputação do material de armazém, por Serviço Responsável.
Atos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Anteceder o recurso a MCDT no exterior de análise, no âmbito da gestão, sobre a existência de capacidade instalada para a sua realização; submeter à apreciação da Direção clínica os pedidos de novos exames.	Balanço Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido		Manter os mecanismos de controlo já existentes.
Atos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Continuar a monitorizar a prescrição de medicamentos, designadamente, os padrões individuais, a partir da informação de retorno da ATS Norte; a Comissão de Farmácia hospitalar deve continuar a analisar a evolução das prescrições de medicamentos e a pronunciar-se sempre previamente sobre a introdução de novos medicamentos.	Balanço Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes.
Atos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Os Diretores de Serviço devem continuar a efetuar a supervisão clínica dos atos realizados pelos médicos dos respetivos serviços, entre outras formas através de reuniões semanais; a Gestão de produção deve continuar a partilhar e a analisar com os Diretores dos Serviços um conjunto vasto de informação estatística, que inclua dados e indicadores sobre os atos clínicos.	Balanço Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes.

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados Cirurgia, Mulher e Criança

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os procedimentos de verificação dos dados administrativos dos utentes, aproveitando todos os contactos que com eles são estabelecidos nas várias linhas de atividade. Recorrer ao RNU (Registo Nacional dos Utentes) sempre que necessário, para validação dos dados administrativos dos utentes	Balanco Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes.
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Reduzido	Baixo	O Centro de Produção avalia com os Diretores de Serviço a demora média por Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH), o que permite avaliar a adequação dos dias de internamento em função da complexidade clínica dos utentes; os Diretores de Serviço promovem medidas, como por exemplo, a visita médica diária o planeamento altas clínicas, que permitem melhorar o desempenho clínico e a eficiência dos serviços.	Balanco Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes.
Geral	Desempenho inadequado	Reduzido	Reduzido	Baixo	As actividades assistenciais, nas várias linhas de atividade, devem continuar a ser objeto de monitorização permanente, através de um conjunto vasto de indicadores, que deverão ser analisados e partilhados no âmbito da Direção de Produção e com os Diretores dos Serviços	Balanco Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Balanco Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas.
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Moderado	Moderado	Médio	Promover a análise e avaliação do conteúdo funcional dos vários secretários de forma a obter ganhos de eficiência, que se traduzam numa distribuição mais adequada dos RH. Eventual reestruturação e centralização de algumas atividades .
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Reduzido	Baixo		Não se detetam problemas	Reduzido	Reduzido	Baixo	Assegurar o funcionamento do Gabinete de Apoio à Direção de Produção
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Moderado	Moderado	Médio	Implementação de medidas que permitam uma imputação mais correcta dos custos		Moderado	Moderado	Médio	Encontrar uma solução para os critérios de imputação do material de armazen, isto é, que passe a ser por Serviço Responsável.

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Medicina e Urgência

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco
Actos clínicos	Actos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Moderado	Moderado	Médio	Reforço de monitorização periódica por parte do Gestor da área e sensibilização dos diretores de Serviço para a questão nas reuniões mensais	Com resultados satisfatórios	Reduzido	Moderado	Baixo
Actos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Elevado	Alto	Monitorização da imputação aos Centros de Custo respetivos e sensibilização dos principais intervenientes no processo	Resultados insuficientes por falta de informação	Moderado	Elevado	Alto
Actos clínicos	Insatisfação dos utentes	Moderado	Moderado	Médio	Reforço na atuação da área de apoio ao cliente	Resultados desconhecidos	Moderado	Moderado	Médio
Actos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Moderado	Elevado	Alto	Modernização do parque de equipamentos e reforço de RH especializados	Resultados satisfatórios em determinadas áreas	Moderado	Elevado	Alto
Actos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Auditoria periódica aos processos clínicos e posterior divulgação dos resultados	Resultados satisfatórios	Reduzido	Reduzido	Baixo
Actos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Moderado	Elevado	Alto	Monitorização e análise de medicamentos prescritos	Resultados desconhecidos	Moderado	Elevado	Alto
Actos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Moderado	Elevado	Alto	Implementação de NOC e posterior envio de resultados obtidos	Resultados desconhecidos	Moderado	Elevado	Alto
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Moderado	Baixo	Verificação periódica dos registos em falta por observação direta de listagens de doentes admitidos nas várias linhas de produção; validação na cadeia/percurso do doente no CHAA	Com resultados satisfatórios	Reduzido	Moderado	Baixo
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Desempenho inadequado	Reduzido	Elevado	Médio	Monitorização (semanal e mensal) do contratualizado internamente em todas as linhas de produção	Com resultados satisfatórios	Reduzido	Moderado	Baixo
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Moderado	Moderado	Médio	Apoio do Centro de Controlo de Negócio (em curso)	Com resultados satisfatórios ao nível da produção (menos satisfatórios ao nível dos custos e proveitos)	Reduzido	Moderado	Baixo
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Atualização, sempre que se justifique, da funções atribuídas e a realizar	Com resultados satisfatórios	Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Elevado	Alto	Ações de formação internas para atualização de conhecimentos e aposta na polivalência	Ainda com grandes lacunas em determinadas áreas	Moderado	Moderado	Médio

Área de Produção - Serviços de prestação de cuidados - Medicina e Urgência

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desatualizado ou desatualizado.	Moderado	Elevado	Alto	Implementação processo clínico eletrónico; centralização marcação exames e agendamentos cirúrgicos	Com resultados satisfatórios	Moderado	Moderado	Médio	Estratégia de continuidade
Geral	Sobreocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Moderado	Moderado	Médio	Monitorização rigorosa das altas clínicas	Com resultados menos satisfatórios ao nível do internamento	Moderado	Moderado	Médio	Monitorização rigorosa das altas e utilização da capacidade instalada
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo	Continuidade da equipa alocada ao GAGI
Produção	Codificação de GDH morosa e não conferida.	Reduzido	Elevado	Médio	Cumprimento escrupuloso dos prazos de entrega dos processos clínicos na Codificação	Com resultados satisfatórios (monitorização mensal dos processos em falta e resolução célere por parte dos secretariados clínicos)	Moderado	Elevado	Alto	Estratégia idêntica
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Elevado	Moderado	Alto	Definição criteriosa dos critérios de imputação	Resultados recentes desconhecidos	Elevado	Moderado	Alto	Elaboração de TB por parte do Controlo de Gestão e definição criteriosa dos critérios de imputação)

Área de Faturação - Serviço de Faturação e Cobranças

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Medidas preventivas
Ajustamentos	Ajustamentos à faturação e a saldos de clientes não aprovados, registados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Circuito de responsabilidades bem definido e implementado	Mantém-se medidas anteriormente previstas.	Reduzido	Moderado	Manutenção das medidas anteriores.
Cobranças	Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Contabilização atempada das cobranças efetuadas	Não existem indícios que esta situação ocorra.	Reduzido	Moderado	Nada a assinalar.
Cobranças	Pagamentos fora do prazo pelos clientes.	Elevado	Elevado	Alto	Insistência no pagamento dos débitos, através de cartas enviadas aos intervenientes no processo.	Adoção de um sistema de interposição judicial através da assessoria jurídica - plataforma GREI.	Moderado	Moderado	Manutenção das medidas previstas
Cobranças	Taxas moderadoras não cobradas oportunamente.	Moderado	Elevado	Alto	Disponibilização CHAA - Projeto-piloto SITAM.	Implementação do sistema de cobranças coercivas em 2015.	Moderado	Moderado	Sustentação do projeto SITAM.
Dados mestre	Dados mestre de clientes e preços em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Elevado	Médio	Análise dos episódios faturados/não faturados.	Adoção de procedimento tendo em vista a recuperação dos dados dos clientes sejam eles em nome individual ou por via de terceiros.	Reduzido	Moderado	Manutenção das medidas previstas
Faturação	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou sobre o cliente) ou não faturados oportunamente.	Moderado	Elevado	Alto	Acompanhamento periódico do processo de faturação e registos dos atos clínicos.	Timings de faturação dependentes do exterior - ACS/ARS Norte. Atos faturados dependentes dos registos.	Moderado	Elevado	Insistências a nível dos serviços responsáveis pelos registos dos atos, de modo a que estes sejam o mais completos e próximos da execução possível.
Faturação	Emissão de faturação fora de prazo.	Moderado	Moderado	Médio	Acompanhamento mensal processo de faturação. Insistências ACS.	Timings de faturação dependentes do exterior ACS/ARS Norte. Faturação dependente de informação adicional dos serviços diretamente envolvidos.	Reduzido	Moderado	Nada a assinalar.
Faturação	Faturação emitida sem a execução do respetivo serviço.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Acompanhamento mensal processo de faturação.	Faturação dependente dos registos efetuados.	Reduzido	Reduzido	Solicitação à auditoria interna de realização de ações direccionadas para os registos dos atos clínicos.
Faturação	Faturação não detalha atos clínicos efectuados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Validação faturação	As faturas discriminam os atos realizados.	Reduzido	Reduzido	Nada a assinalar.
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo	Reporte mensal de dados relativos à atividade dos serviços e seus colaboradores.	Reporte mensal sobre a atividade do serviço e seus colaboradores.	Reduzido	Moderado	Manutenção e aperfeiçoamento das medidas previstas.

Área de Faturação - Serviço de Faturação e Cobranças

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Medidas preventivas
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Definição de responsabilidades. Nomeação de coordenador do serviço.	Revista a descrição de funções por colaborador em 2015.	Reduzido	Moderado	Nada a assinalar.
Geral	Sistema de suporte a faturação e gestão de clientes desadequado ou desatualizado.	Moderado	Moderado	Médio	Insistências junto dos serviços de admissão de doentes no sentido de procurar a atualização dos dados (RNU).	Sistema informático adotado gerido centralmente.	Moderado	Moderado	Nada a assinalar.
Gestão de clientes	Faturas por cobrar há muito tempo.	Elevado	Elevado	Alto	Implementação de plataforma para gestão de processos de injunções (GREI)	Mantém-se situações relacionadas com ARS. Melhorar ao nível da faturação com seguradoras.	Elevado	Elevado	Situação a rever durante o ano de 2016, com envolvimento direto do CA.
Gestão de clientes	Saldos de clientes incorretos.	Moderado	Elevado	Alto	Circularização dos principais devedores efetuada pelo ROC anualmente	Necessidade de cruzamento de dados. Incapacidade interna para o fazer de forma célere e atempada.	Moderado	Moderado	Situação a rever durante o ano de 2016.

Área de Recursos Humanos - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Análise de Recursos Humanos - Serviços de Recursos Humanos										
Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Revisão e atualização do plano					
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Geral	Sistema de suporte à gestão de recursos humanos, processamento de vencimentos e registo de tempos desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Continuar com processo de monitorização e controlo interno do cumprimento dos horários de trabalho e deveres de assiduidade dos profissionais com periodicidade mensal.	Em curso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Iniciou-se, em 2016, processo de auditoria mensal, por serviço, dos horários carregados no SISQUAL, com vista à verificação do cumprimento da legislação em vigor; regulamentos de horários e assiduidade do HSOG, descansos obrigatórios e complementares, etc.
Gestão de recursos humanos	Dificuldade em recrutar pessoal qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Dependente de Despacho de concordância do Sr. Secretário de Estado da Saúde. Apresentação de fundamentação e indicadores que sustentem o pedido de contratação. Vagas não atribuídas ou não preenchidas		Moderado	Moderado	Médio	
Gestão de recursos humanos	Indefinição do perfil do pessoal a contratar.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo	
Gestão de recursos humanos	Não reconhecido o mérito e desempenho do pessoal.	Elevado	Elevado	Alto	Implementação Integral do Sistema de Avaliação e Desempenho Adaptado a todas as carreiras e regime (CT ou FP), ainda que, na presente fase, sem efeitos de reconhecimento de mérito designadamente ao nível da evolução na carreira.	Em curso.	Elevado	Elevado	Alto	Implementação Integral do Sistema de Avaliação e Desempenho Adaptado a todas as carreiras e regime (CT ou FP), ainda que, na presente fase, sem efeitos de reconhecimento de mérito designadamente ao nível da evolução na carreira.
Gestão de recursos humanos	Pessoal sem a formação adequada ao desempenho das suas funções.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo	
Inputs ao processamento	Controlo de escalas (turnos) inadequado.	Reduzido	Elevado	Médio			Reduzido	Elevado	Médio	
Inputs ao processamento	Controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário inadequado.	Reduzido	Elevado	Médio			Reduzido	Elevado	Médio	
Inputs ao processamento	Processamento de abonos e descontos não autorizados.	Reduzido	Elevado	Médio	Segregação de funções.		Reduzido	Elevado	Médio	
Inputs ao processamento	Registo das alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) não efectuado, ou efectuado de forma errada no programa informático de processamento das remunerações.	Moderado	Moderado	Médio	Análise individualizada das ausências e reporte à Direção de Serviço para regularização. Segregação de funções.	Em curso	Moderado	Moderado	Médio	Análise individualizada das ausências e reporte à Direção de Serviço para regularização. Segregação de funções.

Área de Recursos Humanos - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Revisão e atualização do plano		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência
Inputs ao processamento	Registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados.	Moderado	Elevado	Alto	Instrução de serviço para todos os profissionais no sentido do cumprimento da obrigação do registo biométrico.	Em curso	Reduzido
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Pagamento de remunerações pelo valor indevido.	Reduzido	Elevado	Médio	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Em curso	Reduzido
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Pagamento de vencimentos, contribuições e impostos não contabilizado oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Em curso	Reduzido
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Responsabilidades com férias, subsídio de férias e 13º mês não apuradas e contabilizadas.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Em curso	Reduzido
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Vencimentos, contribuições e impostos calculados em erro e/ou não verificados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Em curso	Reduzido
					Instrução de serviço para todos os profissionais no sentido do cumprimento da obrigação do registo biométrico.		
					Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade		
					Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade		
					Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade		
					Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade		

Área de Compras - Serviços Farmacêuticos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões contabilizados oportunamente	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Encomenda	Encomenda de quantidades erradas podendo originar excesso de existências que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletas (prazo de validade) ou rutura de existências.	Reduzido	Moderado	Baixo	Validação técnica das encomendas.		Reduzido	Moderado	Baixo
Encomenda	Medicamentos / materiais inadequados por seleção incorreta.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Comissões de escolha		Reduzido	Reduzido	Baixo
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Validação técnica das encomendas.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Os pontos de encomenda são revistos anualmente e sempre que necessário.	Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Moderado	Moderado	Médio	Contactos regulares com fornecedor da aplicação informática.		Moderado	Moderado	Médio
Receção	Receções de materiais e bens não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Conferência diária de todas as encomendas rececionadas; registo informático no próprio dia de todas as entradas		Reduzido	Moderado	Baixo

Área de Compras - Central de Marcação de Exames e Transportes e Operações Hoteleiras

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Controlo de facturas de fornecedores	Conferência de facturas morosa.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Alteração no procedimento de conferência das facturas. A fatura é emitida após a recepção da Nota do Encomenda
Controlo de facturas de fornecedores	Extravio de facturas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Controlo de facturas de fornecedores	Passivos omissos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Dados mestre	Dados mestre de clientes em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Adjudicação não autorizada.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Condições contratuais não registadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Variação, de compra para compra, nos preços e condições por as mesmas não estarem contratadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Desempenho de fornecedores inadequado.	Moderado	Moderado	Médio	Sempre que detetado, é realizada exposição ao Aprovisionamento de forma a aplicar as penalidades previstas em Caderno de Encargos.
Encomenda	Existência de encomendas por satisfazer após prazo concordado.	Moderado	Moderado	Médio	No caso dos MCDT, são gerados alertas de forma automática a informar quais os exames em falta para as consultas a realizar nos 5 dias seguintes.
Encomenda	Extravio de requisições e encomendas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Organização com posição pouco relevante na negociação de contratos de fornecimento.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Encomenda	Penalidades por inconfiabilidade com legislação sobre compras.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Reduzido	Reduzido	Baixo	
Receção	Receções de serviços não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	

Área de Compras - Serviço de Gestão de Compras

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Atualização do plano				Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas			
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Conferência de faturas morosa.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Conferência de faturas efetuada com o apoio de novo sistema informático - GO Portal - que permite rastrear todas as tarefas e reduzir tempos.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Extravio de faturas.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Completamente minimizado com o Go Portal	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Passivos omissos.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo				
Dados mestre	Dados mestre de clientes em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	A adjudicação não autorizada.	Reduzido	Moderado	Baixo		Aplicação do CCP	Reduzido	Moderado	Baixo				
Encomenda	Condições contratuais não registadas. Variação, de compra para compra, nos preços e condições por as mesmas não estarem contratadas.	Reduzido	Moderado	Baixo		Minimizado com a centralização de todas as encomendas num único local	Reduzido	Moderado	Baixo				
Encomenda	Desempenho de fornecedores inadequado.	Moderado	Moderado	Médio	Melhoria do processo de reclamação a fornecedores com alargamento da medida a outras áreas.	A monitorização dos fornecedores permite uma mais rápida resolução de problemas	Moderado	Moderado	Médio	Melhoria do processo de reclamação a fornecedores com alargamento da medida a outras áreas.			
Encomenda	Encomenda de quantidades erradas podendo originar excesso de existências que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletas (prazo de validade) ou falta de existências.	Reduzido	Moderado	Baixo	Monitorização das quantidades e constante ajustamento aos consumos do CHAAV/HSO.	Foram automatizadas as quantidades a encomendar com recurso ao sistema informático GHAF	Reduzido	Moderado	Baixo	Monitorização das quantidades e constante ajustamento aos consumos do HSO.			
Encomenda	Existência de encomendas por satisfazer após prazo concordado.	Moderado	Moderado	Médio	Envio de notificações/reclamações semanais aos fornecedores falhosos.	A monitorização dos fornecedores permite uma mais rápida resolução de problemas	Moderado	Moderado	Médio	Envio de notificações/reclamações semanais aos fornecedores falhosos.			
Encomenda	Medicamentos/ materiais inadequados por seleção incorreta.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo				
Encomenda	Organização com posição pouco relevante na negociação de contratos de fornecimento.	Reduzido	Moderado	Baixo	Atualização de todos os contratos.	Aplicação do CCP	Reduzido	Moderado	Baixo	Atualização de todos os contratos.			
Encomenda	Penalidades por incumprimento com legislação sobre compras.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo				
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo				
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio		Houve colaboradores que participaram no programa "Eu quero" para obter o 12º ano (apesar desse investimento não se sentiram melhorias na qualidade do serviço).	Moderado	Moderado	Médio	Uma das lacunas deste serviço ao nível da formação é na área da legislação - CCP e utilização de Excel. Perante esta dificuldade, tem-se sugerido ao departamento de formação a promoção de ações de formação nesta área.			
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo				
Gestão de contas a pagar	Saldos de fornecedores e credores incorretos.	Moderado	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Pagamentos	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos. Não obtenção de descontos financeiros.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Receção	Receções de materiais e bens não registadas e contabilizadas corretamente e oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo				
Receção	Receções de serviços não registadas e contabilizadas corretamente e oportunamente.	Moderado	Moderado	Médio	Melhorar o controlo da execução dos trabalhos e cumprimento dos prazos.		Moderado	Moderado	Médio	Melhorar o controlo da execução dos trabalhos e cumprimento dos prazos.			

Área de Existências - Serviços Farmacêuticos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco
Ajustamentos	Abate de materiais e produtos farmacêuticos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Restringir o número de pessoas que podem efetuar estes movimentos.	Este movimento é apenas realizado por farmacêuticos autorizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados ou não contabilizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Dados mestre	Dados mestre de existências em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Inventários intercalares		Reduzido	Moderado	Baixo
Despacho	Entrega não autorizada de materiais / medicamentos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Validação de todos os pedidos pelo farmacêutico.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Despacho	Entregas por quantidades incorretas e de materiais / medicamentos sem qualidade.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência aleatória dos produtos preparados		Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Moderado	Moderado	Médio	A informação de gestão é trabalhada internamente a partir dos dados da aplicação informática.		Moderado	Moderado	Médio
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manuais de Gestão por setores.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Elevado	Alto	Solicitado ao CA contratação dos elementos em falta.		Moderado	Elevado	Alto
Geral	Sistema de suporte à gestão de existências inexistente, desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo			Reduzido	Moderado	Baixo
Gestão de existências	Existências fora do prazo de validade, com rotação reduzida ou obsoleto, não identificadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Normas internas		Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão de existências	Níveis excessivos de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Revisão periódica dos pontos de encomenda e dias de stock.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão de existências	Valorização incorreta de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Automaticamente pelo programa informático a entrada dos produtos.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão física de existências	Armazéns desarrumados.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão física de existências	Execução de contagens físicas inadequada ou por pessoas com funções incompatíveis.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão física de existências	Existências em armazéns centrais e avançados não controladas.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Movimentos de existências	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente.	Moderado	Moderado	Médio	Validação de todos os pedidos pelo farmacêutico.		Moderado	Moderado	Médio
Receção	Receção não controlada física e qualitativamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Conferência diária de todas as encomendas por pessoal qualificado.		Reduzido	Moderado	Baixo
Receção	Receção pouco eficiente.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Salvaguarda de existências	Desvio ou deterioração de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Controlo de circulação de pessoas.		Reduzido	Reduzido	Baixo
Salvaguarda de existências	Instalações de armazenagem inadequadas.	Moderado	Moderado	Médio			Moderado	Moderado	Médio

Área de Existências - Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aterção do risco
Ajustamentos	Abate de materiais e produtos farmacêuticos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Cumprimento do procedimento e expectativa futura de reduzir o número de abates	Durante o ano de 2015, registou-se uma diminuição do valor de desperdício (armazém).	Reduzido	Reduzido	Baixo
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados ou não contabilizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Dados mestre	Dados mestre de existências em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Despacho	Entrega não autorizada de materiais / medicamentos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Otimizar o circuito do material à consignação	Está em vigor o Procedimento 017 Pro.SGS. Não há lugar a pagamento quando o procedimento não é cumprido.	Reduzido	Reduzido	Baixo
Despacho	Entregas por quantidades incorretas e de materiais / medicamentos sem qualidade.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência detalhada dos materiais na receção para identificar qualquer anomalia	Está em vigor o Procedimento 017 Pro.SGS. (conferência e receção de material)	Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão de existências	Existências fora do prazo de validade com rotação reduzida ou obsoleto, não identificadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Verificação dos prazos de validade com uma maior periodicidade	Durante o ano de 2015, registou-se uma diminuição do valor de desperdício (armazém).	Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão de existências	Existências não geridas.	Moderado	Moderado	Médio			Reduzido	Moderado	Médio
Gestão de existências	Níveis excessivos de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Procurar fornecedores alternativos com mínimo de embalagem ou quantidades a encomendar	No ano de 2015 registou-se uma diminuição do stock médio, apesar de existir cada vez mais empresas a exigir mínimos de encomenda (valor).	Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão de existências	Valorização incorreta de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão física de existências	Armazéns desarrumados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Continuação da sensibilização e alterações de localizações de artigos, caso seja para contribuir para uma melhoria	Aumento de n.º de avançados e sistema de arrumação por cores de forma a manter os armazéns arrumados.	Reduzido	Reduzido	Baixo
Gestão física de existências	Execução de contagens físicas inadequada ou por pessoas com funções incompatíveis.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo

Área de Existências - Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Atualização do plano					
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Gestão física de existências	Existências em armazéns centrais e avançados não controladas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Continuação das contagens e auditorias aos armazéns avançados	Sensibilização aos serviços, alertando para a correta imputação de material (centros de custo e quantidade)	Reduzido	Reduzido	Baixo	Continuação das contagens e auditorias aos armazéns avançados
Movimentos de existências	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo	
Receção	Receção pouco eficiente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência detalhada dos materiais na receção para identificar qualquer anomalia	Está em vigor o Procedimento 017 Pro.SCS. (conferência e receção de material)	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência detalhada dos materiais na receção para identificar qualquer anomalia
Salvaguarda de existências	Desvio ou deterioração de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo	
Salvaguarda de existências	Instalações de armazenagem inadequadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo			Reduzido	Reduzido	Baixo	

Área de Imobilizado - Serviço de Gestão do Património e Investimento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados, registados e contabilizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Procedimento definido em termos de autorização para registos ou qualquer outro tipo de ajustamentos. Função atribuída a um único elemento.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado.
Ajustamentos	Transferências de local não registadas oportunamente.	Elevado	Reduzido	Médio		Serviços pouco sensibilizados para as matérias relativas à Gestão de Imobilizado.	Elevado	Reduzido	Médio	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado. Reforço dos esclarecimentos juntos dos serviços acerca das regras de salvaguarda de bens.
Ajustamentos	Transferências de obras em curso não registadas e contabilizadas corretamente e oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo		Comunicação entre SE/SGP e SGP/SCT muito próxima.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.
Amortizações	Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Ficha do bem preenchida integralmente, desde que se dá entrada do bem no sistema.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.
Amortizações	Cálculo de amortizações em erro.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Amortizações geradas automaticamente.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.
Amortizações	Taxas de amortização incorretas. Atribuição de vida útil inadequada ao bem originando amortizações mal calculadas e valores residuais desajustados. Inconformidade com legislação. Depreciação económica de activos superior à amortização praticada motivada por obsolescência técnica.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Serviço alvo de auditoria no decorrer de 2015, no âmbito de auditoria às DF's determinada pelo Sr. Ministro da Saúde.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.
Aquisições	Adições de imobilizado não registadas ou registadas por valores errados. Valorização incorreta de imobilizações.	Moderado	Moderado	Médio	Sempre que as situações são verificadas é efetuado o respetivo registo. Tentativa de mudança de atitude dos serviços através da sensibilização.	Bens registados logo que dão entrada na instituição.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.
Dados mestre	Dados mestre de imobilizado em falta, incorretos ou desatualizados.	Moderado	Moderado	Médio	Sempre que as situações são corrigidas é efetuado o respetivo registo.	Serviços pouco sensibilizados para as matérias relativas à Gestão de Imobilizado.	Moderado	Moderado	Médio	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado. Reforço dos esclarecimentos juntos dos serviços acerca das regras de salvaguarda de bens.
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo		Serviço é composto por apenas um elemento, sendo que o mesmo foi integrado no serviço no decorrer do ano de 2015.	Reduzido	Moderado	Baixo	Relatório trimestral sobre atividade do serviço como objetivo para 2016.

Área de Imobilizado - Serviço de Gestão do Património e Investimento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Medidas preventivas
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Função bem definida e centralizada numa pessoa.	Descrição de funções revista em 2015.	Reduzido	Moderado	Nada a assinalar.
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio		Serviço é composto por apenas um elemento, sendo que o mesmo foi integrado no serviço no decorrer do ano de 2015, sem experiência anterior na função.	Moderado	Moderado	Nada a assinalar.
Gestão de imobilizado	Cadastro de imobilizado desatualizado.	Moderado	Moderado	Médio		Nada a acrescentar.	Moderado	Moderado	Necessidade de realização de auditorias ao imobilizado existente nos serviços.
Gestão de imobilizado	Controlo físico de imobilizações deficiente.	Moderado	Reduzido	Baixo		Nada a acrescentar.	Reduzido	Moderado	As intervenções adotadas em toda a instituição relativas à movimentação de pessoas e bens reforçarão o controlo e salvaguarda do imobilizado.
Gestão de imobilizado	Elevado nível de manutenção de bens.	Moderado	Moderado	Médio	A medida que as necessidades vão sendo detetadas, os bens vão sendo sinalizados para manutenção.	O nível de obsolescência dos bens aumenta à medida que os anos vão passando.	Moderado	Moderado	Possibilidade de implementação de um software específico para gestão das reparações.
Gestão de imobilizado	Existência de bens obsoletos.	Elevado	Moderado	Alto	Na medida das possibilidades têm vindo a ser adquiridos bens de substituição dos mais antigos.	O nível de obsolescência dos bens aumenta à medida que os anos vão passando.	Elevado	Moderado	Manutenção do nível de investimento iniciado em 2015. Submissão de projetos a fundos comunitários.
Gestão de imobilizado	Obras em curso não controladas.	Reduzido	Moderado	Baixo		Comunicação entre SE/SGP e SGP/SCT muito próxima.	Reduzido	Moderado	Nada a assinalar.
Salvaguarda de bens	Activos desviados por colaboradores ou terceiros.	Moderado	Moderado	Médio		Nada a acrescentar.	Reduzido	Moderado	As intervenções adotadas em toda a instituição relativas à movimentação de pessoas e bens reforçarão o controlo e salvaguarda do imobilizado.

Área de Tesouraria - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Atualização do plano		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência
Dados mestre	Dados mestre de tesouraria em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Não se detetaram nas diversas auditorias realizadas ao serviço de Tesouraria falhas a nível dos dados mestre.	Reduzido
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo		O serviço de Tesouraria produz mensalmente um relatório sobre a atividade do período e movimentos diários.	Reduzido
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Função atribuída a um só elemento que esporadicamente é substituída (em períodos de férias ou outras ausências). Descrição de funções devidamente atualizada.	Reduzido
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Formação a todos os colaboradores	A função de tesoureira é desempenhada por uma AO. No entanto, a mesma tem uma experiência no cargo superior a 6 anos.	Reduzido
Geral	Sistema de suporte à gestão de tesouraria desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Reduzido	Baixo		O sistema disponível cumpre os requisitos necessários.	Reduzido
Gestão de tesouraria	Gestão de tesouraria inexistente ou ineficaz.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Não se detetam evidências de uma gestão de Tesouraria ineficaz	Reduzido
Movimentos de tesouraria	Cobranças não depositadas oportunamente e integralmente.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Manutenção dos procedimentos atualmente definidos para os registos e cobranças.	Reduzido
Movimentos de tesouraria	Cobranças não registadas e contabilizadas corretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Manutenção dos procedimentos atualmente definidos para os registos e cobranças.	Reduzido
Movimentos de tesouraria	Débito de juros de mora por pagamentos não efectuados nos prazos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Listagens de fornecedores que potencialmente efetuam cortes, são exclusivos ou que concedem descontos financeiros são alvo de tratamento prioritário.	Medida implementada com sucesso. Situações de débitos por juros de mora praticamente inexistentes.	Reduzido
Movimentos de tesouraria	Pagamentos não registados e não contabilizados corretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Nada a acrescentar.	Reduzido
Salvaguarda de valores de tesouraria	Desvio de fundos.	Reduzido	Moderado	Baixo	Auditorias ao caixa efetuadas anualmente tanto pelo ROC como pelo auditor interno	Não se detetaram nas diversas auditorias realizadas ao serviço de Tesouraria falhas deste nível.	Reduzido
Salvaguarda de valores de tesouraria	Falhas de caixa ou perda de cheques.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Registo dos cheques recebidos	O movimento de cheques é reduzido. Mantém-se os procedimentos anteriormente definidos.	Reduzido

Área de Contabilidade e Reporte - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano				Atualização do plano				
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Fecho do período / exercício	Classificação incorreta das transações.	Reduzido	Moderado	Baixo	Controlo dos valores constantes no balancete com mapas criados para o efeito em Excel ; verificação mensal das contas relevantes com a natureza do terceiro; parametrização dos códigos nas diversas aplicações informáticas de ligação à contabilidade	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.
		Reduzido	Reduzido	Baixo	Ofícios remetidos anualmente aos fornecedores indicando quais os prazos para aceitação de documentos relativos aos anos que cessam.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.
Fecho do período / exercício	Dados de contabilidade geral, analítica e orçamental em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Especializações mensais das principais rubricas de gastos e rendimentos, de forma a relevar na contabilidade os valores calculados de acordo com as melhores previsões existentes à data	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Preparação do relatório analítico mensal até ao dia 10 de cada mês. Preparação de <i>dossier</i> mensal de informação económico-financeira.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Definição de responsabilidades. Nomeação de coordenador do serviço.	Nomeado responsável do serviço.	Reduzido	Moderado	Baixo	Formalização da subdelegação de competências no responsável do serviço.
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Incentivo à formação contínua de todos os colaboradores do serviço.	Medidas necessitam de reforço.	Reduzido	Moderado	Baixo	Apresentação de um plano de formação para o serviço com ações individualizadas para cada um dos elementos.
Geral	Sistema de suporte à contabilidade desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Projeto-piloto SICC.	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção do procedimento adotado de intervenção direta no processo de melhoria da aplicação através do <i>servicedesk</i> criado pela SPMS para o efeito.
Movimentos	Contas não reflectem os valores de realização dos ativos.	Moderado	Moderado	Médio	Informação chefias intermédias sempre que detetadas situações de erros de imputação de custos.	Medidas necessitam de reforço.	Moderado	Moderado	Médio	Incentivar as chefias intermédias a pronunciarem-se sobre os respetivos centros de custo.
Movimentos	Especialização de custos e proveitos não efectuada.	Reduzido	Moderado	Baixo	São efetuadas as especializações de gastos e rendimentos que representam cerca de 97% do total dos mesmos	Medida adotada com sucesso.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.

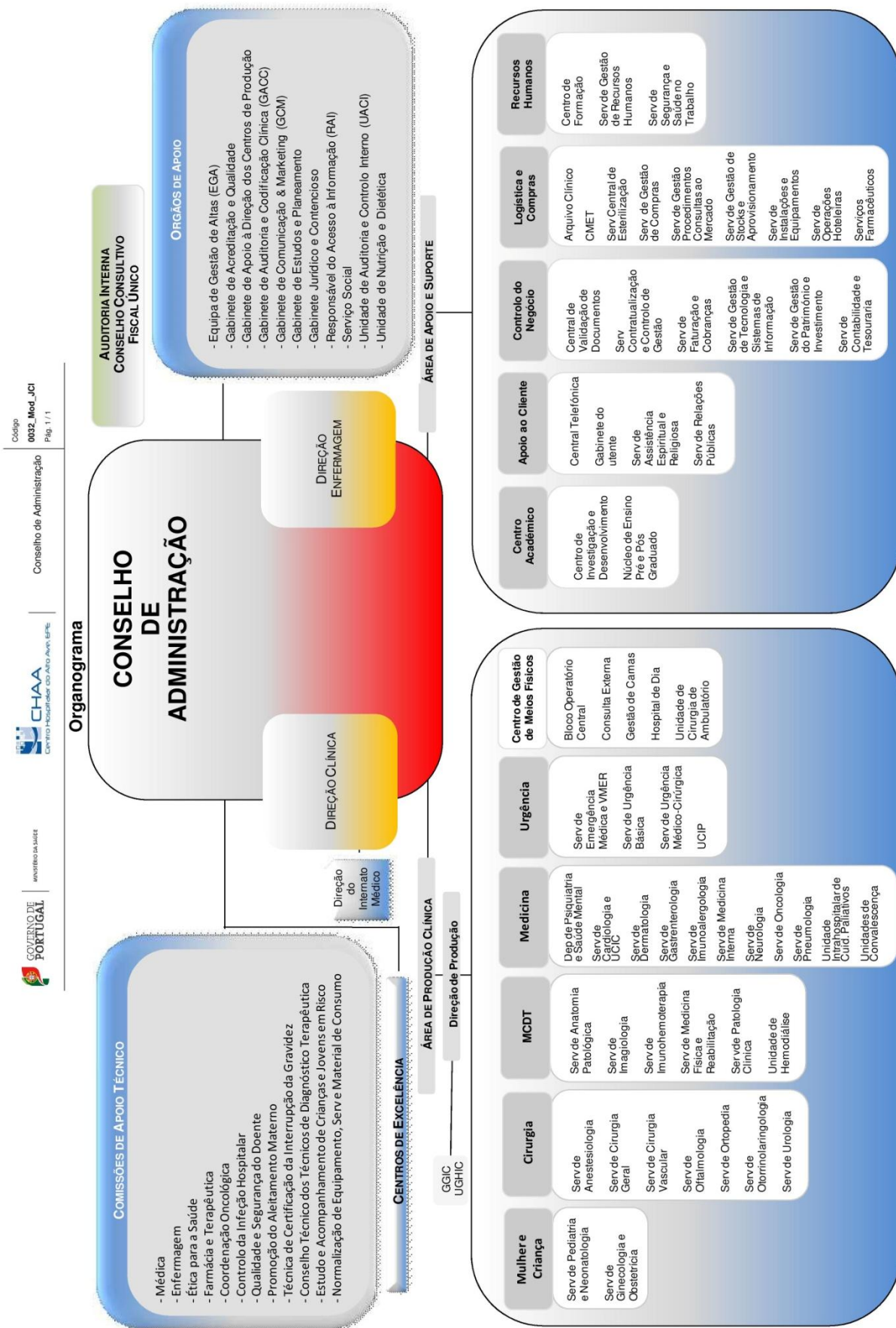
Área de Contabilidade e Reporte - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano			Balanço/apreciação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Atualização do plano			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas
Movimentos	Transações não registadas no respetivo período.	Reduzido	Reduzido	Baixo	São efetuadas as especializações de gastos e rendimentos que representam cerca de 97% do total dos mesmos	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.
Reporte	Inconformidade com legislação.	Reduzido	Moderado	Baixo		Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.
Reporte	Informação de gestão / financeira produzida com erros.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Controlo dos valores constantes no balancete com mapas criados para o efeito em Excel ; verificação mensal das contas relevantes com a natureza do terceiro; parametrização dos códigos nas diversas aplicações informáticas de ligação à contabilidade	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.
Reporte	Informação de gestão / financeira produzida com grande atraso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Informação financeira produzida até ao dia 10 n+1	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.

Área de Conflitos de Interesses

Principais fatores de risco e erros ou omissões	Execução do plano					Atualização do plano				
	Serviços envolvidos	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Medidas preventivas	Balanco/apreiação das medidas implementadas (preventivas e outras)	Probabilidade ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Medidas preventivas
Situções potenciadoras de conflitos de interesses	Serviços de prestação de cuidados - MCDT	Elevado	Elevado	Alto	Controlo rigoroso da atividade dos profissionais e dos seus horários devido à possibilidade de sobrepor atividade privada na atividade pública e canalizar doentes do privado para o público	Não houve articulação entre serviços de suporte e de produção que permita apurar da concretização desta medida	Elevado	Elevado	Alto	Melhorar os meios de controlo dos horários e atividades dos profissionais
	Serviços de Prestação de Cuidados - Cirurgia, Mulher e Criança						Moderado	Moderado	Médio	Potenciais conflitos entre a atividade clínica no sector público e privado. Como exemplo: seleção adversa dos utentes classificados com cor branca na triagem de Manchester no SU, admitidos por indicação do médico e/ou para realização de tratamentos; Encaminhamento de utentes para a CE a partir do SU e posterior inscrição em UC com tempos de espera em alguns casos inferiores, dentro do mesmo grau de prioridade, face aos restantes doentes; rever esta problemática.
	Serviços de Prestação de Cuidados - Medicina e Urgência						Moderado	Moderado	Médio	Estratégia de motivação dos RH; controlo rigoroso de atitudes e segregação de funções
	Gestão de Recursos Humanos	Moderado	Moderado	Médio	Todos os colaboradores encontram-se obrigados a solicitar pedido de acumulação de funções e a declarar a não conflitualidade com o cargo ocupado. Comunicação interna aos colaboradores alertando que devem ser comunicados no site do INFARMED todo e qualquer tipo de subsídio recebido.	Em curso.	Moderado	Moderado	Médio	Todos os colaboradores encontram-se obrigados a solicitar pedido de acumulação de funções e a declarar a não conflitualidade com o cargo ocupado. Comunicação interna aos colaboradores alertando que devem ser comunicados no site do INFARMED todo e qualquer tipo de subsídio recebido.
	CMET e Operações Hoteleiras						Reduzido	Reduzido	Baixo	A escolha dos jurís dos concursos fica a cargo do Aprovisionamento de forma a cumprir com os preceitos legais.
	Serviço de Gestão de Compras	Reduzido	Moderado	Baixo	Há legislação clara que é respeitada: quem integra os jurís dos procedimentos não pode ter qualquer tipo de ligação aos representantes das empresas. Além disso, existe nas diversas áreas uma segregação de funções de forma a potenciar a intervenção de vários intervenientes em cada tarefa. Nenhum trabalhador do serviço acumula funções com entidades que mantenham relações comerciais com o CHAA/HSO.		Reduzido	Moderado	Baixo	Há legislação clara que é respeitada: quem integra os jurís dos procedimentos não pode ter qualquer tipo de ligação aos representantes das empresas. Além disso, existe nas diversas áreas uma segregação de funções de forma a potenciar a intervenção de vários intervenientes em cada tarefa. Nenhum trabalhador do serviço acumula funções com entidades que mantenham relações comerciais com o HSO.
	Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento						Reduzido	Reduzido	Baixo	Existe segregação de funções
	Serviços de Faturação e Cobranças, Gestão do Património e Investimento e Contabilidade e Tesouraria	Reduzido	Moderado	Baixo	A semelhança de todos os restantes colaboradores da instituição, anualmente todos os funcionários do controlo do negócio são convidados a pronunciarem-se sobre eventuais situações passíveis de gerar conflitos de interesses, devendo indicar se se encontram em acumulação de funções noutra instituição.	Manutenção das medidas anteriores.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.

ANEXO II



Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Data	Homologação	Data
1	2	Auditor Interno – Filipe Coimbra	11-03-2013	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	15-03-2013
1	3	Auditor Interno – Carla Sampaio	17-12-2014	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	09-01-2015
2	0	Auditor Interno – Carla Sampaio	15-02-2016	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	25-02-2016
Próxima Revisão:		1 ano após homologação.			