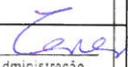
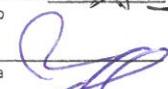
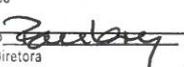


# **Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os riscos de Corrupção e Infrações Conexas)**

## **Relatório Execução Anual PPR 2022**

	<b>SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA</b> <b>Relatório de Execução Anual do PPRGCIC / PPR</b> <b>Anual 2022</b>
--	---

<b>APROVAÇÃO</b>	 ATA N.º <u>18</u> DATA <u>27/04/2023</u> O CA autoriza Teresa Machado Luciano  Presidente Conselho de Administração Tiago Fonseca Mendes  Vogal Executivo Patricia Ataíde  Vogal Executiva Henrique Santos  Diretor Clínico Paula Franco  Enfermeira Diretora
------------------	--

<b>ÂMBITO:</b>	Relatório Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR))
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	CPC –TdC e ao MENAC; aos membros do Governo responsáveis pela respetiva direção, superintendência ou tutela, para conhecimento, e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa.
<b>REFERÊNCIA:</b>	REA_PPR_2022 ( Versão não publicável)
<b>DATA:</b>	27-04-2023
<b>Publicitação no Site</b>	<b>Não</b> - Versão do Relatório Anual de Execução do PPR com informação considerada reservada

**Ana Cláudia Tavares**  
 Diretora do Serviço de Auditoria Interna

## Índice

<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>ORGANIZAÇÃO INTERNA.....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>PLANO PREVENÇÃO DE RISCOS - 2022.....</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
4.1.	Comunicação de irregularidades   Canal de denúncia .....	12
4.2.	Relatório de avaliação anual .....	15
<b>5.</b>	<b>INFORMAÇÃO AVALIAÇÃO ANUAL .....</b>	<b>16</b>
5.1.	Matrizes de risco - execução anual 2022 .....	25
5.1.1.	Conselho de Administração e Transversais à entidade.....	25
5.1.2.	Áreas clínicas .....	30
5.1.3.	Serviço de Gestão de Doentes.....	33
5.1.4.	Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI) .....	36
5.1.5.	Serviço de Gestão Financeira (SGF).....	39
5.1.6.	Serviço de Planeamento, Estudo, Análise e Controlo de Gestão (SPEACG) .....	41
5.1.7.	Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA) .....	44
5.1.8.	Serviço de Gestão Hoteleira e Serviço de Nutrição .....	45
5.1.9.	Serviço de Gestão Logística (SGL) - Aquisições.....	47
5.1.10.	Serviço de Gestão Logística - Stocks .....	54
5.1.11.	Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH).....	57
5.1.1.	Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) e Comissão de Risco Não Clínico .....	61
5.1.1.	Serviço de Gestão de Qualidade (SGQ) e Comissão Qualidade e Segurança (CQS).....	63
5.1.2.	Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC) .....	66
5.1.3.	Gabinete de Comunicação, Relações Pública e Responsabilidade Social (GCRPRS/GCI) ....	68
5.1.4.	Serviços Farmacêuticos (SFARM) .....	69
5.1.5.	Comissão de Proteção de Dados (CPD).....	72
5.1.6.	Gabinete de Cidadão.....	73
5.1.7.	Centro Garcia de Orta (CGO) - Ensino, Formação e Investigação .....	74
5.1.8.	Gabinete de Promoção de Investimento e Parcerias (GPIP) inclui Coordenador de Projeto ...	79
5.1.9.	Unidade de Gestão de Produtos de Apoio (UGPA) inclui Médico Prescritor, AH e SGD .....	80

5.1.10. Serviço de Saúde Ocupacional (SSO).....	81
5.1.11. Serviço de Auditoria Interna (SAI).....	82

**Índice de tabelas:**

Tabela 1: Composição do Conselho de Administração do HGO no ano de 2022.....	8
Tabela 2: Serviços/áreas previamente existentes no PPR .....	10
Tabela 3: Serviços/áreas que passaram a integrar em 2022 o PPR .....	10
Tabela 4: Total riscos e medidas vs total riscos com avaliação $\geq 6$ e respetivas medidas.....	11
Tabela 5: Matrizes de risco com riscos de grau elevado ( $\geq 6$ ).....	12
Tabela 6- Comunicações de Irregularidades/denúncias recebidas pelo SAI em 2022 .....	14
Tabela 7: Grau de implementação das medidas de mitigação/prevenção dos riscos de grau elevado .....	21
Tabela 8 – : Grau de implementação das medidas de mitigação/prevenção de todos os riscos.....	23

**Índice de figuras:**

Figura 1: Organigrama do Hospital Garcia de Orta, EPE (aprovado em 2015 com o Regulamento) .....	7
Figura 2: Organigrama do Hospital Garcia de Orta, EPE (aprovado em outubro 2022, com base no histórico de Circulares do HGO).....	8

## 1. ENQUADRAMENTO

Na sequência da recomendação n.º 1/2009, de 1 julho 2009, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), publicada na 2.ª Série do Diário da República, n.º 140, de 22 de julho de 2009, sobre “Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas” (doravante PPR), o Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta EPE (doravante HGO), à data de março de 2022, aprovou a terceira versão do PPR do HGO. As versões prévias tinham sido aprovadas em 2011 e 2013.

O ano de 2021 foi particularmente rico na emissão de normativos visando o combate à corrupção. Destaca-se a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril), que, estabelece a criação: do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) através do Decreto –Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro; e do Regime Geral de Proteção de Denunciantes de Infrações (RGPDI) através da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro. Estes normativos produziram algumas alterações ao previamente estipulado, nomeadamente no RGPC, em termos de PPR, para além de um relatório execução anual, a necessidade de um relatório de avaliação intercalar em outubro, visando o grau de implementação das medidas mitigadoras/controlos nas situações identificadas de risco elevado ou máximo.

A avaliação intercalar visando as situações de risco mais elevado ou máximo considerou-se uma mais-valia decorrente da imperiosa atenção aos riscos mais elevados e respetivo grau de implementação das medidas.

Nos termos do n.º 6 e n.º 7 do artigo 6.º do RGPC, o presente relatório deverá no prazo de 10 dias após a aprovação pelo Conselho de Administração (CA), ser publicado na página oficial de internet e intranet do HGO e divulgado a todos os profissionais, bem como ser remetido aos membros do governo responsáveis pela respetiva direção, superintendência ou tutela e aos serviços de inspeção da área governativa, bem como ao MENAC.

O ano de 2022 é um ano de recuperação para o HGO, substancialmente por dois motivos: a recuperação face à pandemia COVID-19 e a recuperação face ao ataque informático de que foi alvo a 26 de abril de 2022.

A recuperação face à pandemia COVID-19, dado que, como é do conhecimento geral 2020 e 2021 foram anos muito críticos para as entidades de saúde, com a necessidade urgente de meios de proteção e em simultâneo a agilização da capacidade de resposta ao tratamento da doença.

Inclusivamente, em contexto de pandemia, o CPC, manifestou que não poderiam ser *“ignorados os riscos de fraude e de corrupção associados a estas intervenções tendo deliberado recomendar a todas as entidades que gerem dinheiro ou património públicos que mantenham e reforcem os cuidados próprios de*

*uma cultura de transparência, de ética e de integridade, incluindo nas componentes de controlo e das medidas de prevenção e mitigação de riscos no âmbito das suas condutas.*”, para o efeito publicou recomendação a 06/05/2020 sob o assunto: Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19 que foi publicada em Resolução da Assembleia da Republica n.º4/2021 de 25 de janeiro de 2021.

A recuperação face ao ataque informático, dado que, o mesmo condicionou totalmente o acesso a todos os sistemas e bases de informação, quer clínicos, quer de apoio clínico e de gestão administrativa.

Por conseguinte, o ataque informático, condicionou tarefas e aquando do gradual acesso aos sistemas de informação, acarretou a reorganização interna dos serviços, verificação da fiabilidade da informação e de novos registos de informação, condicionando a outras prioridades não previstas. O impacto do ataque informático foi severo e teve repercussões, quer na implementação total ao longo do ano de algumas das medidas de mitigação, quer na implementação de outras medidas face a riscos menos críticos porque outras prioridades surgiram. Do total das medidas previstas no PPR 2022, 75% das medidas foram implementadas, 12% implementadas parcialmente, 10% encontram-se em implementação, 2% não foram implementadas e 2% ficaram sem efeito. Foram adicionadas quatro novas medidas no decorrer de 2022.

Em outubro, o HGO preconizava a elaboração do PPR trianual 2023-2025 nos termos do n.º 5 do artigo 6.º do RGPC, e no decorrer do mês de outubro, foi recomendado a todos os responsáveis pelas matrizes, a necessidade de uma análise/reflexão mais cuidada dos riscos e respetivas medidas mitigadoras, incluindo as medidas corretivas, visando a elaboração de um PPR trianual, cada vez mais robusta. Contudo, decorrente da informação tutelar que o HGO passaria a integrar-se com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada Seixal, numa Unidade Local de Saúde (ULS), promover-se-á a elaboração de um PPR intercalar para o ano de 2023, com melhorias face ao PPR 2022 e aquando da formalização da ULS estima-se a elaboração de PPR trianual.

Destaca-se igualmente no mês de outubro o início do plano de formação que visa formações a nível do PPR (ministrada pela auditora interna) e a nível específico sobre a corrupção, fraude e conflitos de interesses (ministrada pela auditora interna e pelo diretor do Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)). O plano de formações irá ser prosseguido no ano de 2023, tendo já sido iniciado em outubro formações destinadas a elementos com responsabilidades de gestão e em novembro serão iniciadas formações visando todos os trabalhadores.

Salienta-se que a 24 agosto de 2022 iniciou funções uma nova equipa de conselho de administração que se apresenta no ponto seguinte deste relatório, denominado de organização interna.

## 2. ORGANIZAÇÃO INTERNA

A 19 de Março de 2015 foi homologado pela ARSLVT uma última versão do regulamento interno do HGO aprovada, relativamente ao qual foi identificado o seguinte organograma:

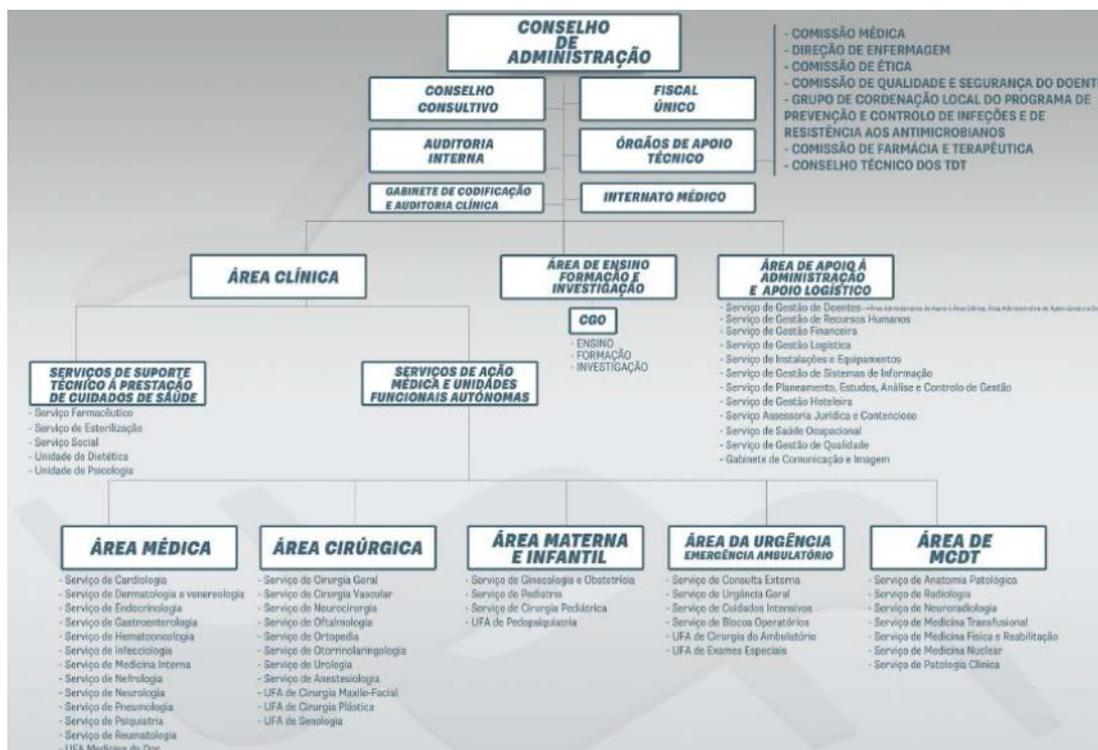


Figura 1: Organograma do Hospital Garcia de Orta, EPE (aprovado em 2015 com o Regulamento)

O Regulamento Interno do HGO encontra-se em revisão desde 2020, contudo atento a intercorrências, nomeadamente a pandemia COVID-19 e o ataque informático não permitiram um foco permanente na conclusão deste documento, a que acresceu mais recentemente a publicação do Estatuto do Serviço Nacional Saúde (SNS) revogando os Estatutos dos Hospitais EPE.

A nova administração de CA, que iniciou funções a 24 de agosto de 2022 manifestou desde logo, a necessidade de conclusão deste documento, contudo a necessária integração para validar do regulamento, e posteriormente a informação da transformação do HGO e ACES Almada Seixal numa ULS, condicionou a sua conclusão.

Salienta-se que todas as unidades estruturais criadas, após a aprovação do regulamento interno em 2015, foram divulgadas por circular informativa. Por conseguinte ficou preconizado de forma isolada em sede de PPR 2022, a elaboração de organograma e a manutenção do mesmo atualizado, aquando de novas reestruturações internas. Por conseguinte apresenta-se na imagem seguinte, o organograma mais representativo do HGO, à presente data.

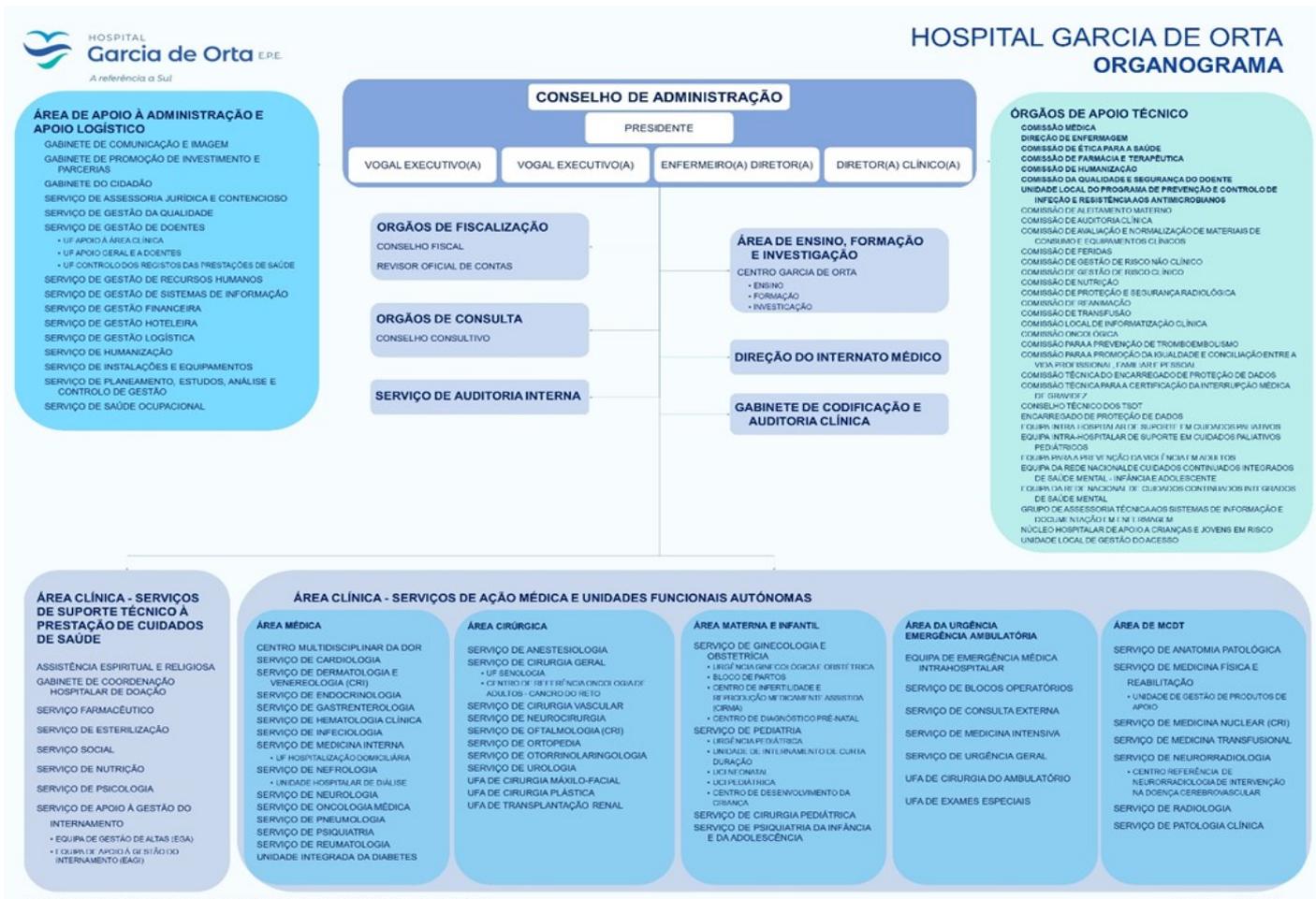


Figura 2: Organograma do Hospital Garcia de Orta, EPE (aprovado em outubro 2022, com base no histórico de Circulares do HGO)

Em termos de Conselho de Administração apresenta-se na tabela infra as designações dos membros no corrente ano de 2022.

Tabela 1: Composição do Conselho de Administração do HGO no ano de 2022

	De 1 janeiro a 23 de agosto	De 24 de agosto em diante
Presidente	Luis Manuel Martins Amaro*	Maria Teresa da Silveira Bretão Machado Luciano
Vogal Executivo (Diretor Clínico)	Nuno Miguel da Silva Marques	Henrique Manuel Neves dos Santos
Vogal Executiva (Enfermeira Diretora)	Ana Paula Realista Carvalho Rodrigues	Maria Paula Madeira Morgado da Silva Gonçalves Franco
Vogal Executiva	Ana Sofia Freitas Monteiro Ferreira	Tiago António da Fonseca Mendes
Vogal Executivo	Vera Sofia Pinheiro Branco de Almeida	Patrícia Isabel Silvestre Ataíde

\*Faleceu a 10 de julho de 2022

### 3. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS - 2022

Para o PPR 2022 foi efetuado uma reflexão dos riscos da entidade, das medidas mitigadoras, tendo sido reestruturadas as matrizes, com reformulações e/ou novos riscos e medidas de controlo por parte das áreas/serviços que já se dispunham de matriz de risco no PPR, bem como a inserção riscos/medidas por parte de áreas /serviços que ainda não dispunham de matriz de risco no PPR.

Por conseguinte o PPR 2022:

- a) Foi completamente reestruturado, apresentando numa primeira parte o enquadramento teórico face:
  - às recomendações tecidas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção;
  - à Integridade Pública;
  - à Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, que inclui o Mecanismo Nacional AntiCorrupção, o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) e o Regime Geral de Proteção de Denunciantes de Infrações (RGPDl);
  - a vários outros diplomas legais;
  - à gestão do risco;
  - a instrumentos e medidas de prevenção de riscos de gestão, de corrupção e infrações conexas;
  - ao Plano de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (PCIIMS).
- b) Numa segunda parte foi efetuada a caracterização do Hospital, as responsabilidades dos intervenientes a nível do PPR e respetiva elaboração e apresentação das matrizes de risco.
- c) Relativamente às matrizes de Riscos:
  - Foram analisadas as 12 matrizes de risco das áreas que já constavam no PPR de 2013 /Relatório de Execução de 2020 e efetuadas as devidas reformulações e atualizações;
  - Foram incluídas 13 novas áreas/serviços e respetivos riscos e medidas mitigadoras, conforme se enumera na página 55 do PPR.
- d) Nas matrizes de riscos incluíram-se diversos riscos e respetivas medidas de mitigação inseridas na vertente de Conflitos de Interesse (sobretudo nas seguintes áreas: Conselho de Administração, Áreas Clínicas, Serviço Gestão Logística; Serviço Gestão Recursos Humanos; Serviços Farmacêuticos, Centro Garcia de Orta – Ensino, Formação e Investigação), promovendo uma reposta mais robusta à Recomendação do Conselho de Prevenção (CPC) de 8 de janeiro de 2020 sobre Gestão dos Conflitos de Interesses no Sector.
- e) Foram igualmente incluídas e/ou reforçadas medidas de mitigação face à Recomendação do CPC de 2 de outubro de 2019 sobre prevenção de corrupção a nível da contratação pública e

Recomendação do CPC de 6 de maio de 2020 sobre Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19.

De seguida apresenta-se os responsáveis pelas áreas que continham matrizes nas versões anteriores do PPR e na tabela n.º 3 os responsáveis que incluíram pela primeira vez uma matriz de riscos no PPR.

**Tabela 2: Serviços/áreas previamente existentes no PPR**

<b>Serviços/áreas previamente existentes no PPR</b>	<b>Responsáveis</b>
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	Dr.ª Lídia Pereira
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI)	Eng. Vítor Louro
Serviço de Gestão Financeira (SGF)	Dr. Gonçalo Raimundo
Serviço de Planeamento, Estudos, Análises e Controlo Gestão (SPEACG)	Dr.ª. Vanessa Rodrigues
Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA)	Dr.ª Umbelina Santos (até 08/2022) Dr.ª Vanessa Rodrigues (até 12/2022) Dr. Arménio Neves (desde 12/2022)
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) e Serviço Nutrição	Dr.ª Alexandra Santos e Dr.ª Anabela Almeida
Serviço de Gestão Logística (SGL)	Dr.ª Liliana Azevedo
Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)	Dr.ª Paula Rodrigues (até 31/08/2022) Presidente do CA (até 31/10/2022) Dr.ª Lucrecia Moreira (desde 01/11/2022)
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	Eng.º David Gervásio
Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ)	Dr.ª Ana Terezinha Rodrigues
Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)	Dr. Luís Camejo
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	Dr.ª Ana Cláudia Tavares

**Tabela 3: Serviços/áreas que passaram a integrar em 2022 o PPR**

<b>Serviços/áreas incluídos no PPR 2022</b>	<b>Responsáveis</b>
Conselho de Administração (CA) e Transversal à entidade	Conselho de Administração, dirigentes; todos os profissionais
Área Clínica	Diretor Clínico; Enfermeira Diretora; (Diretores de Serviço Clínicos; Enfermeiros Gestores; Técnicos

	Coordenadores de MCDT; Administradores Hospitalares)
Serviço Farmacêuticos ( SFARM)	Dr. Armando Alcobia
Serviço Gestão Logística – específico para <i>stocks</i>	Dr.ª Lílíana Azevedo
Gabinete de Comunicação, Relações Públicas e Responsabilidade Social - GCRPRS	Dr.ª Sofia Macias   Dr.ª Ana Tomás   Presidente do CA
Comissão de Proteção de Dados (CPD)	Dr. Filipe Gonzalez (DPO) – Dr. Dário Batista; Dr. Luís Camejo; Eng. Vítor Louro
Gabinete de Cidadão (GC)	Dr. Pedro Andrade
Centro Garcia de Orta (CGO) - Formação, Ensino e Investigação	Dr.ª Paula Breia
Gabinete de Promoção de Investimento e Parcerias (GPIP)	Dr.ª Mónica Cristina
Unidade de Gestão de Produtos de Apoio	Dr. António Martins e Dr.ª Susana Farinha
Serviço Saúde Ocupacional (SSO)	Dr.ª Lídia Correia
Comissão de Risco não Clínico (Integrada no SIE)	Eng. David Gervásio
Comissão de Qualidade e Segurança ( integrada no SGQ)	Dr.ª Ana Terezinha

O PPR 2022 contempla um total de 218 riscos identificados, face aos quais se preconiza a implementação de 355 controlos/medidas mitigadoras. Muitas medidas poderão representar, a título de exemplo, um mesmo documento nomeadamente, o código de conduta ética.

Em termos de riscos com avaliação de riscos  $\geq 6$ , ou seja, de risco elevado constam 19% dos riscos e representam 22% das medidas de prevenção/deteção. O ataque informático condicionou a implementação no decorrer de 2022 de grande parte das medidas.

**Tabela 4: Total riscos e medidas vs total riscos com avaliação  $\geq 6$  e respetivas medidas**

N.º Total de Riscos	Nº Total de Medidas	Avaliação de Risco $\geq 6$	Medidas
218	355	42	79
		19%	22%

Na tabela seguinte apresenta-se a esquematização dos serviços que apresentam riscos de grau elevado no PPR 2022.

**Tabela 5: Matrizes de risco com riscos de grau elevado (>=6)<sup>1</sup>**

Área /serviço/gabinete	N.º Total de Riscos	Nº Total de Medidas	Total de Riscos com:	
			Avaliação de Risco >=6	Medidas
Conselho de Administração e Transversais à entidade (CA, Dirigentes, SGQ, SCJ,SAI,CPD, SGRH, Comissões, Pontos Focais, GCI/GCRPRS, RAI, SGL)	18	29	2	4
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI)	9	20	5	12
Serviço de Gestão Financeira (SGF)	10	13	4	4
Serviço de Planeamento, Estudo, Análise e Controlo de Gestão (SPEACG)	8	16	3	9
Serviço de Gestão Logística (SGL) inclui Elementos do júri, Comissão de Avaliação Técnica, Gestores de contratos e entidades técnicas.	16	43	8	23
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) e Comissão de Risco não Clínico	10	10	8	8
Serviço de Gestão de Qualidade (SGQ) e Comissão Qualidade e Segurança (CQS)	13	13	1	1
Centro Garcia de Orta (CGO) - Ensino, Formação e Investigação	18	30	2	2
Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)	5	8	1	1
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	7	16	5	12
Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)	11	11	3	3
<b>Total:</b>	<b>125</b>	<b>209</b>	<b>42</b>	<b>79</b>

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Comunicação de irregularidades | Canal de denúncia<sup>2</sup>

Decorrente do necessário reporte semestral e anual ao GCCI -Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado no Ministério da Saúde, nos moldes preconizados na Instrução n.º 3/2018 de 19 de junho de 2018 do GCCI, visando a comunicação de factos que possam consubstanciar eventual responsabilidade criminal e/ou financeira, foi solicitado aos Diretores dos Serviços Técnicos e de Apoio do HGO, bem como aos Administradores Hospitalares, a identificação, se foi instruído ou não, algum processo

<sup>1</sup> Atento que existem riscos e medidas consideradas como informação reservada pelos responsáveis das matrizes, esta tabela será omitida no relatório de execução a divulgar no site /intranet.

<sup>2</sup> As comunicações de irregularidades e denúncias atento ao RGPD implica um robustecimento da garantia de confidencialidade, anonimato das denúncias, pelo que, se considera prudente a omissão desta informação (pedida pela ACSS, para constar nos relatórios de execução) nos relatórios a divulgar no site/intranet.

e/ou se tiveram conhecimento de algum facto enquadrável nos tipificados na referida instrução durante o ano 2022. Não houve reporte de qualquer conhecimento de factos que possam consubstanciar eventual responsabilidade criminal e/ou Financeira nos serviços que administram.

Salienta-se, porém, que da parte de Administradores Hospitalares, já desde o ano anterior, tem sido evidenciado, o conhecimento de reclamações visando o desaparecimento de bens de doentes, incluindo bens em espólio, pelo que na matriz de riscos do Serviço de Gestão de Doentes, foram incluídas medidas de mitigação destas ocorrências, visando o circuito e o registo do espólio, cuja efetiva implementação se encontra em fase de teste.

Tendo em conta as atribuições da Comissão de Risco não Clínico que inclui o Serviço de Segurança que elabora relatórios de incidentes ocorridos na entidade, nomeadamente no que diz respeito a furtos, foi solicitado o envio destas comunicações ao longo do ano sempre que tal ocorresse. No ano de 2022 foram reportadas as ocorrências infra elencadas relativas a furtos/o desaparecimento de bens.

#### **Furtos registados no HGO durante o ano de 2022**

30 de Junho – Individuo intercetado no serviço de Urgência Geral, que assumiu ter mexido nas malas no gabinete de enfermagem – acionado a PSP.

05 de Agosto – Desaparecimento de 60 euros a utente internada do serviço de ORL (conforme consta na informação interna, a utente tinha este valor à sua guarda, ou seja, não estava como espólio no hospital) – acionado a PSP.

10 de Agosto – Danos, ato de vandalismo e furto na capela do HGO tendo desaparecido o crucifixo – acionado a PSP. Estes atos foram efetuados por um utente.

#### **Desaparecimento de bens do interior dos cacifos de profissionais.**

19 de Janeiro – Furto de casaco e camisa do interior do cacifo 344.

04 de Março – Furto de casaco do interior do cacifo 2052.

16 de Agosto – Roupa remexida e desaparecimento de 20 euros do interior do cacifo 130.

09 de Outubro – Recentemente furto de casaco e camisa no cacifo 344.

Das irregularidades/denúncias supra reportadas, o HGO apenas teve encargos no âmbito da aquisição de um novo crucifixo para a capela do HGO, no valor de 87,68 euros.

Foi solicitado a todos os Diretores de Serviços Não Clínicos e Coordenadores se os serviços em causa dispunham de algum canal de denúncia específico para reporte de denúncias de

irregularidades/fraude/corrupção, tendo-se recebido em todas as respostas a indicação que não existia nenhum canal de denúncia específico no serviço.

No ano de 2013, tinha sido elaborada e aprovada pelo Conselho de Administração do HGO, uma Política Antifraude onde se definia um conjunto de requisitos de reporte, através dos quais todos os colaboradores do HGO tinham o dever de agir em conformidade, caso identificassem uma situação concreta ou suspeita de fraude. Esta política encontrava-se em vigor, igualmente como forma de regulamentar as comunicações de irregularidades, porém carecia-se de um regulamento específico para a comunicação de irregularidades, a que o RGPDI enfatizou esta necessidade, pelo que foi aprovado em julho de 2022 o Regulamento de Comunicação de Irregularidade | Canal de Denúncia v1, tendo sido elaborado de forma a cumprir os requisitos elencados no RGPDI.

Em matéria das irregularidades/denúncias comunicadas diretamente ao SAI/auditora interna foram rececionadas 6 irregularidades/denúncias, face aos quais se efetuaram um total de 7 recomendações/propostas de melhoria de controlo interno. Na tabela infra consta o resumo das comunicações recebidas, no ano de 2022.

**Tabela 6- Comunicações de Irregularidades/denúncias recebidas pelo SAI em 2022**

N.º	Comunicador/ Denunciante	Âmbito	Valor irregular em causa	Estado da Comunicação	Medidas /Observações
N.º 1	Utente	Taxas Moderadoras ( Nota de Cobrança sem referência multibanco)		Concluído	3 Recomendações/ propostas de melhoria de controlo interno
N.º 2	Utente	Taxas Moderadoras (cobrança indevida de 2 consultas não presenciais)	5	Concluído	2 Recomendações/ propostas de melhoria de controlo interno
N.º 3	Utente	Taxas Moderadoras (cobrança indevida de 3 consultas presenciais)	22,5	Concluído	1 Recomendação/ proposta de melhoria de controlo interno
N.º 4	Utente	Falha no reagendamento de consulta desmarcada		Concluído	1 Recomendação/ proposta de melhoria de controlo interno
N.º 5	Utente	Qualidade no atendimento		Concluído	Tratamento da comunicação por parte do Gabinete de Cidadão
N.º 6	Profissional do HGO	Assédio Moral		Concluído	Decorrente que se encontrava em fase de finalização o Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho, não se sugeriu recomendações
<b>Total</b>			<b>27,5</b>		<b>7 recomendações/propostas de melhoria</b>

(Nota: valor em euros)

Para cada uma das comunicações recebidas foi efetuado o relatório preliminar de análise e final, sendo que dado à baixa materialidade em causa e tratando-se na grande parte de falhas, o enfoque foi na

resolução tempestiva da situação pedida pelo utente e respetivas respostas ao utente. Os relatórios foram elaborados para formalizar das recomendações a respetiva aprovação pelo Conselho de Administração.

## 4.2. Relatório de avaliação anual

Nos Hospitais EPE, por força dos Estatutos dos Hospitais EPE e atualmente por força do Estatuto do SNS compete ao Serviço de Auditoria Interna, a elaboração do PPR e respetivos relatórios de execução. Por conseguinte o responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR (alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º do RGPD) é a auditora interna do HGO.

A metodologia utilizada para elaborar este relatório intercalar, em concreto incidiu:

- i. Aquando da elaboração do PPR 2022, para cada área do HGO foi criado um Ficheiro Excel, com um conjunto de folhas de apoio à elaboração da respetiva matriz, incluindo a metodologia de avaliação intercalar/anual.
- ii. Na folha referente à execução anual, solicitou-se aos responsáveis de cada matriz, que identificassem por medida, o respetivo grau de implementação, ou seja, se: implementada, parcialmente implementada, em implementação, não implementada, substituída por outra medida (indicar qual), ou sem efeito.
- iii. Para todos os graus de execução exceto se implementada, foi solicitada a respetiva justificação e/ou a identificação da nova medida, em caso de substituição.
- iv. Apenas para as situações em que não haveria a estimativa de implementação da medida no ano de 2022, foi solicitado a indicação de novo prazo viável de concretização.
- v. Manteve-se o pedido se a informação relativa à identificação do risco e respetiva medida era reservada ou não, ou seja, a indicação se seria passível ou não, de inserção no relatório de execução destinado a publicação no site /intranet (nos termos da recomendação n.º 3/2015, de 1 de julho do Conselho de Prevenção da Corrupção). Considera-se a importante a manutenção da não divulgação da informação reservada, sobretudo, no sentido que a informação contida num PPR /relatório de execução pode acarretar riscos de interpretação erróneas, por parte de quem não esteja familiarizado com a componente de avaliação de riscos, apresentar fragilidades que podem colocar em risco a segurança do hospital bem como, que, apesar do HGO desejar a perfeição, tal será sempre difícil de concretização plena, inclusive decorrente de limitações de recursos (humanos, físicos, etc), um vasto de leque de tarefas a atender, existência de períodos de instabilidade e/ou

de ocorrências imprevistas. Se os recursos existissem em abundância não seria necessária a gestão dos mesmos para a tomada de decisão, mas como os recursos são limitados, a gestão torna-se ponto fulcral na otimização dos recursos.

- vi. O preenchimento da folha da execução anual foi efetuado em sede de reunião do responsável pela matriz e a auditora interna e apenas em situações mais residuais foi o responsável pela matriz que preencheu o ponto de implementação, sem reunião.
- vii. Independente deste relatório, em outubro solicitou-se também o envio de evidências face ao grau de implementação reportado das medidas de um dos riscos de grau elevado. Atento ao vasto leque de riscos e à necessidade de uma avaliação mais abrangente no curto/medio prazo, durante o ano de 2023 serão analisadas mais medidas e evidências de implementação neste ano, de forma a robustecer o PPR trianual.
- viii. Foi igualmente efetuado nas reuniões o questionário/autoavaliação presente na recomendação do CPC de 8 de janeiro de 2020 sobre Gestão dos Conflitos de Interesses no Sector Público, visando uma adequada prevenção e gestão para promoção da integridade e transparência, com as seguintes questões:
  - Considera que gere adequadamente as situações de conflitos de interesses?
  - Dispões de políticas e procedimentos adequados para gerir as situações de conflitos de interesses?
  - Está a aplicar devida e efetivamente as políticas e procedimentos da gestão de conflitos de interesses?

## 5. INFORMAÇÃO DE AVALIAÇÃO ANUAL

Até à presente data, o HGO em linha com o preconizado de melhoria continua, instituiu ações/procedimentos em simbiose com as linhas orientadoras preconizadas do Plano de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde (PCIIMS), inclusive o próprio PPR 2022. As linhas orientadoras são a base de reflexão para a identificação e mitigação dos riscos.

<p><b>Melhorar a governação do SNS</b></p> <p>Novos modelos de organização</p> <p>Autonomia e responsabilização de gestão</p>	<p><b>Prevenir a fraude e a corrupção</b></p> <p>Normas de controlo interno</p> <p>Promoção de políticas de ética e transparência</p>
<p><b>Melhorar a qualidade da despesa pública</b></p> <p>Redução do desperdício</p> <p>Análises custo/benefício (<i>value-for-money</i>)</p>	<p><b>Aumentar a eficiência e produtividade</b></p> <p>Planeamento integrado</p> <p>Avaliação da capacidade instalada</p>

Foi igualmente elaborado o Relatório de Controlo Interno do 1º semestre de 2022 e anual 2022 e publicado no site e intranet da entidade, não descurando a leitura de demais relatórios que se encontram publicados no site da entidade, que também manifestam o compromisso do HGO para com estas linhas orientadoras.

O HGO mantém o zelo pelo acompanhamento da legislação e normas publicadas, no âmbito da pandemia COVID-19, nos variados domínios a este respeito, bem como, zelou pelo acompanhamento da implementação das medidas decretadas/preconizadas.

O ataque informático, de que foi alvo o HGO na madrugada de 26 de abril, condicionou totalmente o acesso a todos os sistemas/bases de informação, quer clínicos, quer de apoio clínico e de gestão administrativa e por esta via toda a atividade do HGO. Importa igualmente destacar no presente relatório que:

- O HGO colaborou com a Polícia Judiciária (PJ) e Comissão Nacional de Cibersegurança (CNCS) para apuramento da origem e meandros deste crime. O *ransomware* em questão, nunca tinha sido identificado previamente, não havendo, à data, nenhum antivírus disponível para bloquear este *ransomware*;
- Foram promovidas alternativas para o suporte gradual da atividade assistencial e de apoio técnico e logístico, cuja descrição mais detalhada se tornaria demasiado extensa;

- Inicialmente a comunicação aos trabalhadores das necessárias formas de atuação e ponto de situação de alternativas ao acesso e/ou reposição das aplicações informáticas, foi efetuada presencialmente e por contato telefónico, seguindo-se a partir de 2 de maio por e-mail, com emissão de circulares informativas, sobretudo com a indicação do assunto “Briefing sobre os trabalhos de reposição da normalidade no âmbito do ataque informático”, que ainda decorrem de forma pontual.

Em termos explícitos de gestão dos conflitos de interesses e combate à corrupção no Sector Público, o HGO dispõe de diversos mecanismos entre os quais se destaca:

- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão 2022 (ressalva-se que para o PPR 2022 foram definidas/identificadas várias medidas/controles de forma a mitigar possíveis riscos de conflitos de interesse, bem como foram incluídas 13 novas áreas/serviços);
- Política 0148 - Código de Conduta;
- Política 0180- Código de Conduta Ética – atualizado em 2022;
- Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades/ Canal de Denúncia (2022), que abrange todas as vertentes preconizadas para comunicação de irregularidades previstas no n.º4 do art.º 87.º do Estatuto do SNS, bem como integra os canais de denúncia para as áreas, referenciadas no art.º2 da Diretiva (UE) 2019/1937 transposta para a Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro (RGPD), servindo igualmente para reporte/denúncias, quer por parte de elementos internos à entidade, quer por parte de elementos externos à entidade;
- Emissão de declarações obrigatórias de inexistências de conflitos de interesse;
- A que acresce demais mecanismos de controlo interno, nos quais se inclui normas de procedimentos, segregação de funções, trabalho em equipa, enumerados no ponto 2.6 do PPR 2022 “Instrumentos e medidas de prevenção de riscos de gestão, de corrupção e de infrações conexas” publicado no site da entidade e na intranet;
- Promoção de formação adequada e tempestiva para o desempenho das funções dos trabalhadores;
- Plano de formação visando o PPR e a promoção de medidas de mitigação à corrupção, fraude e conflitos de interesses;
- Na intranet apresenta subseparadores, relativos ao Controlo Interno e ao Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Corrupção, aonde inclui informação de apoio à prevenção de fraude, canal de denúncia e legislação adjacente (a intranet encontra-se em reestruturação);

- No site foram criados dois subseparadores em Institucional visando a divulgação diferenciada do canal de comunicação de irregularidade/canal de denúncia e um subseparador Anticorrupção/RGPC para divulgação de documentos e legislação inerentes ao RGPC, nomeadamente os PPR, os respetivos relatórios de execução e os relatórios de controlo interno;
- Circular Informativa N° 47/2022 de 30 junho, com efeitos a 9 de junho – Nomeação de Responsável por garantir e controlar a aplicação do programa de cumprimento da Prevenção da Corrupção (nos termos do artigo 5.º do RGPD). Nomeação da auditora interna, decorrente inclusive do que consta na alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º do RGPD. Pelos Estatutos dos Hospitais SNS e pelo atual Estatuto do SNS compete ao auditor interno a elaboração do PPR e respetivos relatórios de execução.

Tal como referido na componente da metodologia foi efetuado o questionário de autoavaliação visando uma adequada prevenção e gestão para promoção da integridade e transparência, com as seguintes questões:

- Considera que gere adequadamente as situações de conflitos de interesses?
- Dispões de políticas e procedimentos adequados para gerir as situações de conflitos de interesses?
- Está a aplicar devida e efetivamente as políticas e procedimentos da gestão de conflitos de interesses?

Da parte dos responsáveis pelas matrizes, é demonstrado o conhecimento dos documentos de base que sustentam a mitigação de possíveis conflitos de interesse e o empenho em aplicar devidamente as normas/políticas definidas pela entidade e legislação. Verifica-se igualmente uma maior preocupação/perceção da necessidade de conhecimento de situações que possam colidir em conflitos de interesses, conceito e limites, pedidos de apoio para alertas de situações de conflitos de interesses.

A nível da execução do PPR, nas matrizes apresentadas no ponto seguinte, as células demarcadas a azul referem-se aos os riscos/medidas incluídos pelos responsáveis, no decorrer do ano de 2022, após a aprovação do PPR 2022. Salientam-se apenas duas medidas inseridas pelo SGSI decorrentes do ataque informático ocorrido em abril de 2022, uma medida inserida pela ULGA e uma medida inserida pelos Serviços Farmacêuticos. Em alguns riscos/medidas houve apenas pequenos ajustes de português e/ou de atualizações de designações.

Ao risco: “ataques externos aos Sistemas de Informação e falta de backups”, foram acrescentadas as seguintes duas medidas, decorrente do ataque informático:

- Implementação medidas adicionais de segurança emergentes no âmbito do ciberataque;
- Implementação medidas adicionais de segurança médio-longo prazo no âmbito do ciberataque.<sup>3</sup>

A título de resumo, em outubro (avaliação intercalar), o HGO apresentava face aos riscos de grau elevado, 66% das medidas de mitigação/prevenção implementadas, 13% parcialmente implementadas, 16% em implementação, 4% não implementadas e 1% sem efeito.

No final de 2022, o HGO face aos riscos de grau elevado, apresenta 73% das medidas de mitigação/prevenção implementadas, 14% parcialmente implementadas, 10% em implementação, 1% não implementadas e 1% sem efeito. Estima-se que decorrer de 2023, as medidas para mitigar os riscos de grau elevado, por implementar sejam residuais, apesar que neste momento grande parte dos recursos humanos responsáveis pelas matrizes se encontram dedicados no plano de negócios da constituição da ULS que integrará o HGO.

No final de 2022, face a todos os riscos, o HGO apresenta 75% das medidas implementadas, 12% parcialmente implementadas, 10% em implementação, 2% não implementadas e 2% sem efeito. Estima-se que igualmente no decorrer de 2023, grande parte das medidas fiquem implementadas, ou pelo menos atingir-se os 90 % de implementação, contudo tal como já referido, os recursos humanos encontram-se igualmente dedicados à constituição da ULS.

Com a criação da ULS, preconiza-se a elaboração de PPR trianual, sendo que para 2023 se apresentará um PPR 2023 intercalar, com melhorias face ao PPR 2022. As medidas centram-se sobretudo em medidas preventivas, detetivas, orientativa/diretiva, sendo que para as medidas corretivas ir-se-á preconizar a sua inclusão em procedimentos de controlo interno e/ou serão muito específicas consoante a tipologia de erro/desvio detetado, para se apresentarem no PPR.

Nas folhas seguintes constam, uma tabela com a diferenciação por cada matriz do grau de implementação dos riscos de grau elevado e uma tabela com a diferenciação por cada matriz do grau de implementação de todos os riscos do PPR 2022, no final de 2022<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Informação reservada

<sup>4</sup> Informação reservada

**Tabela 7: Grau de implementação das medidas de mitigação/prevenção dos riscos de grau elevado<sup>5</sup>**

Área /serviço/gabinete	Avaliação de Risco >=6	Medidas	Implementada	Parcialmente Implementada	Em Implementação	Não implementada	Substituída por outra medida	Sem Efeito	Total
Conselho de Administração e Transversais à entidade (CA, Dirigentes, SGQ, SCJ,SAI,CPD, SGRH, Comissões, Pontos Focais, GCI/GCRPRS, RAI, SGL)	2	4	3	1					4
Áreas Clínicas (AH, Diretores Clínicos; Enfermeiros Gestores, Técnicos Coordenadores de TSDT)	0	0	0						0
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	0	0	0						0
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI)	5	12	8	2	1	1			12
Serviço de Gestão Financeira (SGF)	4	4	3		1				4
Serviço de Planeamento, Estudo, Análise e Controlo de Gestão (SPEACG)	3	9	8	1					9
Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA)	0	0	0						0
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) inclui Serviço de Nutrição	0	0	0						0
Serviço de Gestão Logística (SGL) inclui Elementos do júri, Comissão de Avaliação Técnica, Gestores de contratos e entidades técnicas.	8	23	18	2	3				23
Serviço de Gestão Logística - Stocks (SGL)	0	0	0						0
Serviço de Gestão Recursos Humanos (SGRH)	0	0	0						0
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) e Comissão de Risco não Clínico	8	8	7		1				8

<sup>5</sup> Informação confidencial/reservada

Área /serviço/gabinete	Avaliação de Risco >=6	Medidas	Implementada	Parcialmente Implementada	Em Implementação	Não implementada	Substituída por outra medida	Sem Efeito	Total
Serviço de Gestão de Qualidade (SGQ) e Comissão Qualidade e Segurança (CQS)	1	1	0		1				1
Gabinete de Comunicação, Relações Pública e Responsabilidade Social (GCRPRS/GCI)	0	0	0						0
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	0	0	0						0
Comissão de Proteção de Dados (CPD) inclui SGSI e RAI	0	0	0						0
Gabinete do Cidadão (GC) e RAI	0	0	0						0
Centro Garcia de Orta (CGO) - Ensino, Formação e Investigação	2	2	0	2					2
Gabinete de Promoção de Investimento e Parcerias (GPIP) inclui Coordenador de Projeto	0	0	0						0
Unidade de Gestão de Produtos de Apoio (UGPA) inclui Médico Prescritor, AH e SGD	0	0	0						0
Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)	1	1	1						1
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	5	12	8	3	1				12
Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)	3	3	2					1	3
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>79</b>	<b>58</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>79</b>
	19%	22%	73%	14%	10%	1%	0%	1%	100%

**Tabela 8 – : Grau de implementação das medidas de mitigação/prevenção de todos os riscos**

Área /serviço/gabinete	N.º Total de Riscos	Nº Total de Medidas	Implementada	Parcialmente Implementada	Em Implementação	Não implementada	Substituída por outra medida	Sem Efeito	Total	Adicionada
Conselho de Administração e Transversais à entidade (CA, Dirigentes, SGQ, SCJ,SAI,CPD, SGRH, Comissões, Pontos Focais, GCI/GCRPRS, RAI, SGL)	18	29	24	3	2				29	
Áreas Clínicas (AH, Diretores Clínicos; Enfermeiros Gestores, Técnicos Coordenadores de TSDT)	11	23	15	7	1				23	
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	12	15	13	1				1	15	
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI)	9	20	16	4	1	1			22	2
Serviço de Gestão Financeira (SGF)	10	13	10	1	1	1			13	
Serviço de Planeamento, Estudo, Análise e Controlo de Gestão (SPEACG)	8	16	12	3	1				16	
Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA)	4	6	1	1	2			3	7	1
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) inclui Serviço de Nutrição	5	8	8						8	
Serviço de Gestão Logística (SGL) inclui Elementos do júri, Comissão de Avaliação Técnica, Gestores de contratos e entidades técnicas.	16	43	35	4	4				43	
Serviço de Gestão Logística - Stocks (SGL)	10	21	11	7	1	1		1	21	
Serviço de Gestão Recursos Humanos (SGRH)	14	22	18		3			1	22	
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) e Comissão de Risco não Clínico	10	10	9		1				10	

Área /serviço/gabinete	N.º Total de Riscos	Nº Total de Medidas	Implementada	Parcialmente Implementada	Em Implementação	Não implementada	Substituída por outra medida	Sem Efeito	Total	Adicionada
Gabinete de Comunicação, Relações Pública e Responsabilidade Social (GCRPRS/GCI)	5	9	5	2		2			9	
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	10	13	8		6				14	1
Comissão de Proteção de Dados (CPD) inclui SGSI e RAI	5	6	5	1					6	
Gabinete do Cidadão (GC) e RAI	3	3		2	1				3	
Centro Garcia de Orta (CGO) - Ensino, Formação e Investigação	18	30	25	2	3				30	
Gabinete de Promoção de Investimento e Parcerias (GPIP) inclui Coordenador de Projeto	6	8	4		4				8	
Unidade de Gestão de Produtos de Apoio (UGPA) inclui Médico Prescritor, AH e SGD	8	8	8						8	
Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)	5	8	8						8	
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	7	16	10	4	2				16	
Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)	11	11	10					1	11	
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>351</b>	<b>265</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>355</b>	<b>4</b>
			75%	12%	10%	2%	0%	2%	100%	

## 5.1. Matrizes de risco - execução anual 2022

Salienta-se que neste relatório consta toda a informação da execução anual, porém no relatório a publicar no site e intranet não terá a informação considerada reservada por parte dos responsáveis de cada matriz.

### 5.1.1. Conselho de Administração e Transversais à entidade

Responsável	Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
			P	I	Avaliação do Risco			
CA	Estrutura organizacional	Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	2	3	6	Regulamento institucional, adequado à estrutura orgânica e em funcionamento.	Em implementação	Novo Conselho de Administração a 24 agosto 2022; Informação da integração do hospital em ULS.
CA			2	3	6	Organograma de acordo com a estrutura organizacional.	Implementada	Elaborado tendo em conta as circulares informativas em respeito à criação de novas unidades após aprovação do Regulamento Interno aprovado em 2015
CA/Dirigentes /SGQ			2	3	6	Verificar a aprovação, homologação, publicação e revisões dos regulamentos internos.	Implementada	
CA		Abuso ou uso indevido de autoridade delegada	1	3	3	Formalização e publicação das delegações subdelegações de competências, níveis de autorizações e responsabilidades.	Implementada	
CA			1	3	3	Identificação e publicação das delegações de competências/pelouros atribuídos no Relatório de Governo Societário	Implementada	
CA			1	3	3	Repositório de registo informático contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.	Implementada	

Responsável	Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
			P	I	Avaliação do Risco			
CA	Ética e Deontologia	Comportamentos inadequados, quebra de valores éticos e valores funcionais	1	3	3	Código de Ética e de Conduta e respetiva divulgação	Implementada	
CA/ SCJ			1	3	3	Existência de Política de sanções em caso de violação dos Códigos de Ética e Conduta.	Implementada	Integrada no Código de Ética e Conduta
CA/ SAI			1	3	3	Existência de um regulamento interno de comunicação de irregularidades /canal de denúncias.	Implementada	
CA			1	3	3	Sujeição de todos os trabalhadores ao dever legal do sigilo	Implementada	
CA	Participações Patrimoniais - Prevenção de Conflitos de Interesse	Conflitos de Interesse	1	3	3	Declaração dos membros do CA em como não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflitos de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do art.º 52 do DL 133/2013	Implementada	
CA	Independência - Prevenção de Conflitos de Interesse	Conflitos de Interesse	1	3		Declaração dos membros do CA em como não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determinado no art.º 51 o DL 133/2013	Implementada	
CA/CPD	Ética e Deontologia  Proteção de Dados Pessoais	Utilização de dados dos sistemas de informação ou outra informação para fins privados	1	3	3	Assegurar a implementação e o cumprimento do RGPD.	Implementada	

Responsável	Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
			P	I	Avaliação do Risco			
CA/SGRH	Funções Laborais	Conflitos de interesse no exercício das funções, nomeadamente: - favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros ou outros, pondo em causa a transparência dos Procedimentos; -Quebra do sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para outras entidades (privadas, etc.)	1	3	3	Assinatura de Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesse por todos os trabalhadores do HGO, comprometendo-se a informar, aquando de tarefas /procedimentos em que possam existir conflitos de interesse;	Em implementação	Em adaptação proposta de minuta da presente declaração de conflitos de interesse no exercício de funções. Estima-se conclusão da minuta e arquivo de todas as declarações no decorrer de 2023.
CA/SGRH/ SCJ	Funções Laborais	Conflitos de Interesse	1	3	3	Existência de Política de sanções em caso de violação dos Códigos de Ética e Conduta e normativos legais, que inclui o incumprimento das obrigações declarativas de incompatibilidades e impedimentos.	Implementada	
CA/ Comissões	Comissões suscetíveis a conflitos de Interesse	Conflitos de Interesse - Incompatibilidades dos Membros das Comissões e grupos de Trabalho do SNS que têm como função a emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico	1	3	3	Assinatura anual da declaração de Incompatibilidades dos Membros das Comissões e Grupos de Trabalho do SNS em causa.	Implementada	
CA/SGRH/ SCJ	Sigilo Profissional	Conflitos de Interesse aquando da saída de trabalhadores do HGO, nomeadamente para entidades privadas ou para outros cargos que possam causar conflitos de interesse.	1	3	3	Código de Ética e de conduta com inclusão das obrigações inerentes ao sigilo no período que sucede ao exercício de funções no HGO.	Implementada	

Responsável	Identificação  (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:  Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
			P	I	Avaliação do Risco			
CA/SGRH/SCJ	Sigilo Profissional	Conflitos de Interesse aquando da entrada de trabalhadores para o HGO que venham do setor privado e sejam detentores de interesses privados que possam colidir com o interesse geral do exercício público;	1	3	3	Código de Ética e de conduta com inclusão destas obrigações inerentes ao sigilo no exercício de funções no HGO.	Implementada	
CA/ SCJ	Funções Laborais	Recebimentos de ofertas no exercício de funções	2	2	4	Código de Ética e de Conduta e respetiva divulgação	Implementada	
CA/ SCJ			2	2	4	Norma/Procedimento de declaração de recebimento de ofertas	Parcialmente implementada	Existe integrado nos Códigos de conduta Ética. O procedimento especificamente para declaração de recebimento de ofertas encontra-se em elaboração. Estima-se conclusão em 2023.
CA/SAI/ SCJ	Formação/ Deveres de Informação	Risco de falta de Formação e Informação em matéria de conflitos de interesse e corrupção	2	2	4	Plano de Formação visando Conflitos de Interesse/Corrupção	Implementada	
CA/SAI			2	2	4	Divulgação na Intranet do PPR e respetivos relatórios de execução	Implementada	
CA/SAI			2	2	4	Divulgação na Intranet de material de apoio e legislação específica	Implementada	
CA/SAI			2	2	4	Guião de Boas Práticas Anti Corrupção	Parcialmente implementada	Integrado no Plano de Prevenção de Riscos. Encontra-se em curso a sistematização/conciliação dos documentos neste âmbito. Estima-se conclusão em 2023.

Responsável	Identificação		Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
	(processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	P	I	Avaliação do Risco			
CA/SAI	Canais de Denúncia/irregularidades	Falta de canais de Denúncia/irregularidades	1	3	3	Regulamento de Comunicação de Irregularidades /Canal de denúncia	Implementada	
CA/Dirigentes /Pontos Focais	Identificação de Pontos Focais/ Responsáveis	Falta de informação tempestiva às entidades da identificação dos Pontos Focais/responsáveis definidos em legislação	1	3	3	Checklist com as áreas/cargos com necessidade de identificação de ponto(s) focal/ responsáveis para com entidades externas. Validação de pedidos adicionais na legislação em causa; Identificação das datas de início e de fim de funções do ponto focal;	Parcialmente implementada	Em fase de verificação com os serviços/legislação. Estima-se conclusão em 2023.
CA/GCI/ Dirigentes	Ambiente de Controlo   Comunicação e Imagem	Risco de desatualização do site da entidade	2	2	4	Mecanismos de controlo de validação tempestiva da divulgação no site da entidade dos documentos obrigatórios (incluindo os do art.º 12 do RGPC), com identificação da periodicidade/prazos de atualização(exemplo: Checklist)	Implementada	
CA/GCI/ Dirigentes	Ambiente de Controlo   Comunicação e Imagem	Risco de desatualização do Portal SNS -HGO	2	2	4	Checklist de documentos obrigatórios de divulgação no Portal do SNS e respetiva atualização do mesmo, com identificação da periodicidade/prazos de atualização.	Implementada	
CA /SGL	Planeamento de Aquisições de bens e	Solicitação de aquisição de bens/serviços/EOP desadequados às necessidades da instituição	3	2	6	Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades, contemplando a justificação da aquisição/contratação (substituição ou reforço dos recursos existentes; novas necessidades), incluindo estudos e pareceres técnicos, sempre que aplicável, bem como a avaliação económica.	Implementada	

## 5.1.2. Áreas clínicas

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Acesso à Informação	Acesso ou uso indevido da informação clínica	2	2	4	Acesso às aplicações através de perfis de utilizadores	Não	Implementada	
					Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)			
					Código de Ética e de Conduta			
Produção/Atividade Assistencial vs Capacidade Instalada	Fixação de objetivos inacessíveis numa ótica de crescimento da produção	2	2	4	Análise da capacidade instalada vs. perspetivas de aumento da produção	Não	Parcialmente implementada	Em fase de sistematização/conciliação da informação de arquivo de evidências neste âmbito. Estima-se conclusão no decorrer de 2023.
					Identificação do recurso limitante ao aumento da produção			
					Análise custos/benefício e modelação continua da oferta dos cuidados de saúde às necessidades da população.			
Acesso: Cirurgias, MCDT, Consultas e atendimento nas Urgências	Conflitos de interesse - Favorecimento do acesso à prestação de cuidados, não cumprindo a legislação na seriação/agendamento dos utentes	1	3	3	Segregação de funções e responsabilização das operações	Não	Implementada	
					Código de Ética e de Conduta			

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Transportes de Utentes	Conflitos de interesses na prescrição de Transportes de utentes	1	2	2	Segregação de funções e responsabilização das operações	Não	Implementada	
		1	2	2	Código de Ética e de Conduta	Não	Implementada	
		1	2	2	Monitorização e controlo das requisições de Transportes (Vertente Clínica)	Não	Parcialmente implementada	Em fase de sistematização/conciliação da informação de arquivo de evidências neste âmbito. O Serviço de Gestão de Doentes efetua a disponibilização de dados. Estima-se conclusão no decorrer de 2023.
Material Clínico e Medicamentos	Material Clínico e Medicamentos fora do Prazo de Validade	1	3	3	Monitorização e controlo dos Prazos de Validade dos Medicamentos e Materiais Clínicos	Não	Parcialmente implementada	Em fase de sistematização/conciliação da informação de arquivo de evidências neste âmbito. Estima-se conclusão no decorrer de 2023.
	Material Clínico e Medicamentos deteriorados				Normativos/Procedimentos de salvaguarda das condições de armazenamento	Não	Implementada	
Equipamentos/Consumos adquiridos	Redução da Eficiência e Eficácia dos Equipamentos/Consumos adquiridos	1	3	3	Comissão de Avaliação e Normalização de Materiais de Consumo e Equipamentos Clínicos	Não	Implementada	
					Comissões de escolha pluriprofissionais	Não	Implementada	
	Risco de corrupção/ Conflitos de interesse	1	3	3	Código de Ética e de Conduta	Não	Implementada	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Prescrição de MCDT	Recurso excessivo ou injustificado a MCDT	1	3	3	Segregação de funções e responsabilização das operações	Não	Implementada	
					Estabelecer protocolos de MCDT	Não	Parcialmente implementada	Considera-se que se poderá incentivar/promover mais a elaboração de protocolos
					Monitorização e controlo das requisições de MCDT	Não	Parcialmente implementada	Atento ao ataque informático não foi possível cumprir com todos os relatórios trimestrais neste âmbito.
Prescrição de Medicamentos	Redução da eficiência e eficácia na prescrição de medicamentos	1	3	3	Comissão de Farmácia e Terapêutica	Não	Implementada	
					Prescrição eletrónica	Não	Implementada	
					Monitor de prescrição médica	Não	Parcialmente Implementada	Atento ao ataque informático não foi possível cumprir com todos os relatórios trimestrais neste âmbito.
	Risco de corrupção /Conflitos de Interesse			Código de Ética e de Conduta	Não	Implementada		

## 5.1.3. Serviço de Gestão de Doentes

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Tratamento de procedimentos relacionados com cadáveres	Acesso indevido à Casa Mortuária	1	2	2	Medidas de restrição de acesso por pessoas estranhas ao serviço.	Implementada	
		1	2	2	Implementação e monitorização das medidas adotadas e publicadas em normas de procedimento geral.	Implementada	
		1	2	2	Colocação de câmaras de vigilância.	Implementada	
	Suborno de agentes funerários para realização de funerais	2	2	4	Procedimento de identificação da ordem de entrada de cadáveres na morgue. Monitorização e acompanhamento do registo	Implementada	
		2	2	4	Divulgação pública de escala mensal de agências funerárias acreditadas para realização de funerais;	Sem efeito	Efetuada estatística mensal do número de cadáveres saídos e respetiva agência funerária atribuída pelos familiares.
	Incumprimento das Normas DGS COVID-19	2	2	4	Plano de Contingência sectorial do SGD - Casa Mortuária.	Implementada	
Admissão de doentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados. Não conformidade de procedimentos com a Circular ACSS.	2	2	4	Verificação dos dados em primeira linha com atualização do WEBRNU.	Implementada	
		2	2	4	Segunda validação pelo Gabinete de Controlo de Registos do SGD da informação dos episódios no SONHO	Implementada	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Transporte não urgente de doentes	Favorecimento de transportadoras na requisição do transporte	2	2	4	Central de transportes(9h-18h) faz a gestão de transportes e fora deste horário é o serviço de urgência que pede (excluindo os programados). Todos os registos são feitos no Sistema de Gestão de Transportes de Doentes, o que permite identificar os transportes disponíveis. Caso não exista serviço de transporte disponível é promovido o envio de informação diária (dias úteis) de transporte não assegurado para Enfermeiro Gestor, Administrador Hospitalar, Enfermeiros do Serviço e Equipa de Gestão Altas.	Implementada	
	Gestão inadequada do processo de transportes	2	1	2	Análise de transportes (recusas, por corporação e por serviço) e todas as exceções têm de estar justificadas pelo serviço de transportes.	Implementada	
Taxas moderadoras	Isenção ou dispensa (temporárias) indevida ou incorreta de taxas moderadoras (via manual ou informática), com impacto nas consultas subsequentes.	1	2	2	As coordenadoras de SGD (consulta, MCDT, urgência) verificam mensalmente a correção das isenções ou dispensa (exatidão da informação no SONHO).	Implementada	O Serviço de Urgência mantém este controlo. Decorrente de alteração na legislação na cobrança de taxas moderadoras.
	Anulação indevida de recibos de taxas moderadores	1	2	2	Todas as anulações têm de ser justificadas com registo no SONHO. O reembolso implica a assinatura do doente e do superior hierárquico.	Implementada	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Registo de Termos de Responsabilidade	Termos de Responsabilidade com identificação incorreta dos exames ou código não identificado na Tabela de MCDT	1	2	2	Registo centralizado na Admissão de Doentes e respetiva validação ou pedido de abertura de procedimento de aquisição pelos Administradores Hospitalares.	Implementada	
Espólios de valores	Falta de registo correto de todos os valores espoliados aos utentes	2	2	4	Norma de procedimento de registos de espólios – com a indicação de necessidade de identificação/validação do espólio por dois profissionais.	Parcialmente implementada	A Norma encontra-se em revisão do circuito de guarda dos espólios. Estima-se conclusão em 2023
		2	2	4	Monitorização dos espólios emitidos/devolvidos através do registo no SONHO.	Implementada	

## 5.1.4. Serviço de Gestão de Sistemas de Informação (SGSI)

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Manutenção do Software aplicacional implementado (ex: Criação de utilizadores)	Acesso a informação restrita	3	3	9	Implementação metodologias de controlo de acessos lógicos aos diferentes sistemas.	Sim	Implementada	
					Divulgação eficaz das regras de sigilo.	Sim	Implementada	
					Políticas, normas e procedimentos destinados a regular os acessos a este tipo de informação.	Sim	Implementada	
Operação do Sistema (Apoio de <i>helpdesk</i> às aplicações transversais)	Alteração de dados nomeadamente do tipo "dados pessoais informatizados"	3	3	9	Implementação metodologias de controlo de acessos lógicos aos diferentes sistemas.	Sim	Implementada	
					Políticas, normas e procedimentos destinados a regular os acessos a este tipo de informação.	Sim	Implementada	
Segurança lógica da informação	Ataques externos aos Sistemas de Informação e falta de backups	3	3	9	Implementação medidas de controlo dos acessos efetuados aos diferentes sistemas.	Não	Implementada	Medidas adicionais de segurança consideradas emergentes em fase de implementação com previsão de conclusão até ao final de Junho 2023, as restantes medidas/iniciativas para implementação no médio-longo prazo carece de avaliação/decisão por parte do CA com previsão de conclusão para o 3º trimestre de 2023.
					Implementação de arquitetura de backups eficaz, abrangente e adequada ao sistema de informação e à tipologia de informação.	Não	Implementada	
					Infraestrutura de suporte protegida por sistemas de firewall.	Não	Implementada	
					Implementação medidas adicionais de segurança <b>emergentes</b> no âmbito do ciberataque	Não	Parcialmente implementada	
					Implementação medidas adicionais de segurança <b>médio-longo prazo</b> no âmbito do ciberataque	Não	Em implementação	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Segurança física da informação	Acesso físico indevido aos Servidores aplicativos	1	3	3	Acesso condicionado aos diferentes sistemas.	Sim	Implementada	
					Implementação de barreiras que impedem o acesso não autorizado aos locais de funcionamento dos servidores aplicativos.	Sim	Implementada	
					Implementação de tecnologias de controlo de acessos através da leitura por cartão de proximidade RFID.	Sim	Implementada	
Criação de Circuito de validação de aquisições sujeito à aprovação final do Conselho de Administração; Definição de características de equipamentos e software a adquirir	Aquisição tecnicamente incorreta de equipamentos/software	1	3	3	Implementação de metodologias de avaliação das condicionantes associadas à integração de componentes lógicos ou físicos na atual infraestrutura de suporte os sistemas de informação.	Sim	Implementada	
					Definição de regras assertivas de integração de sistemas de informação.	Sim	Implementada	
Disponibilidade dos Sistemas de Informação	Falha dos Sistemas	3	3	9	Implementação de redundância total, relativamente à globalidade de componentes físicos do sistema de informação.	Sim	Implementada	
					Infraestrutura de suporte protegida por componentes redundantes, garantindo em caso de falha:	Sim	Implementada	
					1) a continuidade de exploração dos sistemas;		Implementada	
					2) a imediata recolocação em funcionamento destes sistemas.		Implementada	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Organização do serviço	Quadro de pessoal inadequado, insuficiente ou pouco qualificado	2	3	6	Avaliar a necessidade de reforçar ou capacitar a equipa de profissionais do SGSI, mediante uma avaliação custo-benefício.	Sim	Parcialmente implementada	Identificação de necessidades sinalizada ao anterior CA através de informação interna.
					Organizar e incentivar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho dos profissionais.	Sim	Não implementada	Por motivos de recuperação dos sistemas e respetivo suporte/manutenção não foi possível participar em qualquer ação formação.
Organização do serviço	Gestão desadequada do parque informático (hardware), quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização	1	3	3	Inventariação do parque informático com informação acerca das características dos equipamentos por posto de trabalho.	Sim	Parcialmente implementada	Dependência de outros serviços.
					Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com orçamento definido.	Sim	Implementada	
	Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	2	2	4	Formação contínua (reciclagem) adequada sobre Proteção de Dados	Sim	Parcialmente implementada	Previsão de calendarização cíclica de formação para todos os profissionais no âmbito do RGPD

## 5.1.5. Serviço de Gestão Financeira (SGF)

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão de pagamentos /fornecedores	Pagamentos em atraso	3	3	9	Cumprimento da legislação em vigor. Controlo da antiguidade de saldos (O decreto-Lei n.º 127/2012 contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação constante do artigo 10.º da mesma lei.).	Em implementação	Controlo antiguidade de saldos efetuado anualmente. Em implementação do controlo de saldos trimestral. Limitações a nível orçamental.
Faturação	Faturação sem a execução do respetivo serviço	1	1	1	Faturação de atos clínicos - Cruzamento de fontes de informação distintas, de modo a assegurar que toda a faturação respeita a produção efetivamente realizada	Implementada	É feito o controlo da EFR do respetivo episódio de forma a faturar o serviço á entidade correta.
Gestão de recebimentos /clientes	Proveitos mal classificados, não reconhecidos, registados em períodos e/ou valores incorretos	3	3	9	Registo e faturação de produção - identificação da natureza da produção vs classificação contabilística e ao cruzamento da produção realizada. Controlo de análise dos episódios faturados e reconhecimento da faturação segundo o regime do acréscimo.	Implementada	O registo da Produção mensal é efetuada com base no regime acréscimo, Sendo feita a valorização da produção e o controle da classificação contabilística com o balancete.
Gestão de contas e tesouraria	Desvio de valores	1	3	3	Segregação de funções entre quem efetua o registo e quem efetua o pagamento/recebimento. Validação da concordância entre o NIB da Autorização de pagamento e o NIB para o qual é efetuada a transferência.	Implementada	
Gestão de recebimentos /clientes	Rendimentos não registados ou não contabilizados corretamente, ou gestão inadequada de saldos de clientes	1	1	1	Circularização de clientes - Assegurar que se procede a reconciliação trimestral dos saldos de contas a receber, através de circularização de clientes e que os registos contabilísticos são devidamente conferidos observando a segregação de funções.	Parcialmente implementada	Por amostragem
					Análise mensal de saldos das contas de terceiros.	Não implementada	Falta de recursos humanos

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão de recebimentos /clientes	Alterações e ou anulações a saldos de clientes não aprovados	1	1	1	Autorizações para ajustamentos de saldos de clientes - Garantir que se encontram estabelecidos perfis de autorização para reclassificações e/ou ajustamentos de saldos de clientes.	Implementada	
					Assegurar que existe a definição de perfis de autorização para anulações de créditos e tratamento adequado de recibos anulados, incluindo a sua justificação e autorização por pessoa competente		
Gestão de recebimentos /clientes	Incobráveis não provisionados	1	1	1	Avaliação de dívidas incobráveis - Procedimento de avaliação com caráter trimestral das contas a receber	Implementada	
Gestão de recebimentos /clientes	Insuficientes mecanismos de cobrança	2	2	4	Responsável pelo controlo do processo de receita - Supervisão das operações relativas ao sistema de liquidação e cobrança.	Implementada	
					Procedimentos implementados de controlo de monitorização que evitem que se ultrapassem os prazos para cobrabilidade da atividade realizada.		
Faturação	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente ou não faturados oportunamente	3	3	9	Faturação de atos clínicos - Procedimentos de obtenção automática ( <i>query</i> ), de informação de identificação dos erros limitativos à faturação.	Implementada	Implementado, com desvios decorrentes de limitações informáticas já transmitidas quer à SPMS, quer à ACSS. Já foram feitas algumas atualizações por parte da SPMS.
Património	Entrada de bens sem conhecimento do SGF	3	3	9	Mudança de circuito com a inventariação do bem à chegada ao armazém.	Implementada	Foi criada a Norma Procedimento Geral -1294, que muda o circuito com a inventariação, passando bem a ser inventariado à chegada ao armazém.

### 5.1.6. Serviço de Planeamento, Estudo, Análise e Controlo de Gestão (SPEACG)

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão da Produção	Incumprimento nos prazos de reporte de informação	1	3	3	Definição de datas para reporte	Parcialmente implementada	Decorrente do ataque informático não foi possível reportar nas datas definidas, reportes referentes a abril e maio.
Gestão da Produção	Estimativas de produção desajustadas e não devidamente relevadas na contabilidade	2	3	6	Garantir um sistema de apuramento da produção faturável a suportar as estimativas mensais para os acréscimos de proveitos.	Implementada	Scripts desenvolvidas em colaboração com o SGSI
Gestão da Produção					Registo da atividade assistencial no SICA e reportada ao SGF, até dia 8 de cada mês	Implementada	Reporte mensal obrigatório no SICA
Gestão da Produção	Perda de financiamento por incumprimento do Contrato-Programa (CP)	2	3	6	Contratualização interna de objetivos e desempenho assistencial, por linha de produção do CP e em linha com os objetivos do CP (incentivos e penalidades)	Implementada	Implementado modelo de contratualização interna. Em 2022, já foram enviados aos AH ficheiros para contratualização interna para 2023 e templates para elaboração do Plano de Ação 2023.
Gestão da Produção					Monitorização da contratualização interna de objetivos por serviço/especialidade	Parcialmente implementada	Medida em implementação/Validação SINA   Target   Ataque informático condicionou a concretização do projeto. Estima-se no decorrer de 2023.
Gestão da Produção					Monitorização mensal do cumprimento do CP	Implementada	

		Risco Inerente					
Identificação (processo)	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
Gestão da Produção	Deficiente registo da produção realizada	3	3	9	Assegurar a implementação de procedimentos de obtenção automática ( <i>query</i> ), de informação que identifique os erros limitativos à faturação ao abrigo do CP e a outros terceiros pagadores responsáveis	Implementada	
Gestão da Produção					Validação de registos de produção e instituição de procedimentos de controlo que avaliem a oportunidade do registo (dilação entre a data de realização da prestação de saúde e o registo no SIH) e a sua adequação (tipologia de ato)	Implementada	Envio de email mensal ao SGD, com CC ao Conselho de Administração
Gestão da Produção					Formação periódica dos profissionais do SGD e do SPEACG	Implementada	Foram feitas 5 dias de formação em Fevereiro de 2022, abrangendo mais de 100 assistentes técnicos do HGO
Gestão da Produção					Realização, com regularidade, do cruzamento de informação proveniente de diferentes SI, que se interligam, de modo a validar a coerência dos dados	Implementada	Cruzamento atualmente efetuado para validação dos doentes de Programas de Saúde - cruzamento de dados SONHO e SGICM (consumo de medicamentos), para identificar e validar doentes de determinadas patologias
Gestão da Produção	Produção não codificada	2	2	4	Envio trimestral aos médicos codificadores, com CC ao CA, dos processos não codificados por Serviço/médico codificador	Parcialmente implementada	Decorrente de necessidades de sistematização dos processos de reporte. No entanto a informação é enviada sempre que se justifique.

Identificação (processo)		Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão da Produção	Ineficiente gestão da capacidade de produção instalada	2	2	4	Garantir a monitorização da capacidade instalada vs produção realizada, pelo menos, com periodicidade trimestral.	Em implementação	Decorrente da necessidade de alinhamento da informação com outros intervenientes, nomeadamente para parametrização de equipamentos, salas, etc. nos sistemas de informação e garantir a correta associação de agendamentos e produção
Gestão da Produção	Divulgação indevida de informação a terceiros (internos ou externos ao HGO)	1	3	3	Existência de procedimento interno com regras para a disponibilização de dados	Implementada	
Gestão da Produção					Instituir um procedimento de dupla verificação (um 2.º elemento valida a informação elaborada por outro)	Implementada	
Gestão da Produção					Autorização prévia, pelo Conselho de Administração, de relatórios ou informações para divulgação geral	Implementada	
Gestão da Produção	Incumprimento e/ou limitação do acesso dos doentes aos cuidados de saúde	2	2	4	Monitorização mensal da LIC e LEC (interna e externa), dos tempos médios de espera	Implementada	

## 5.1.7. Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA)

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Produção adicional interna	1. Ineficiência - Nº elevado de horas de registo manual 2. Erros de registo com pagamentos indevidos (trocas de nºs mecanográficos de profissionais)	1	2	2	Implementação de software para automatização do processo de pagamento de produção adicional	Sim	Em implementação	Em curso parametrização e interoperabilidade entre sistemas. Ataque informático atrasou a implementação.
Desmarcações e remarcações de consulta externa	Diminuição do acesso a utentes a aguardar consulta (já agendados e cuja remarcação não foi realizada)	1	2	2	1. Auditoria aos registos de desmarcações e remarcações de consultas	Não	Sem efeito	A implementação desta medida encontra-se afeto a outra área.
					2. Revisão e uniformização de motivos de desmarcação	Não	Sem efeito	A implementação desta medida encontra-se afeto a outra área.
					3. Definição de procedimento para esta atividade	Não	Sem efeito	A implementação desta medida encontra-se afeto a outra área.
Agendamento de cirurgias	Não cumprimento das regras de antiguidade e prioridade no agendamento de cirurgias	1	1	1	1. Elaboração e implementação de manual de procedimentos de agendamento cirúrgico	Não	Parcialmente implementada	Avaliação e correção da aplicação prática dos procedimentos previstos em manual.
Doentes intransferíveis	Diminuição do acesso: Impossibilita o utente de obter resposta no exterior se o HGO não realizar a cirurgia no tempo adequado	1	1	1	1. Controlo mensal dos doentes intransferíveis e em articulação com os DS corrigir as situações	Não	Em implementação	Prevê-se para 2023 a efetiva normalização deste controlo. Ataque informático atrasou a implementação.
Produção Adicional Externa	Conflitos de Interesse /Incumprimento da legislação (profissionais do HGO pertencerem à equipa do Hospital Destino (HD))	1	3	3	Verificação dos profissionais referenciados nas equipas no HD com Base de dados dos Profissionais do HGO	Sim	Implementada	Medida adicional ao PPR 2022

## 5.1.8. Serviço de Gestão Hoteleira e Serviço de Nutrição

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)		Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação
		P	I	Avaliação do Risco		
Recolha e pesagem da roupa produzida pelos serviços da área de prestação de cuidados, Suja e Limpa (com circuitos distintos)	Não ter conhecimento dos kg produzidos, e conseqüente falta de controlo sobre a taxa de evasão. Não ter conhecimento dos kg rececionados, pagos à empresa prestadora de serviços (lavandaria).	2	2	4	Verificação diária por dois elementos (HGO e Empresa Prestadora) quer das quantidades entregues, quer dos pesos em Kg (suja e limpa). O registo é feito diariamente com base nos tickets da(s) balanças e arquivados para que o processo possa ser a qualquer momento verificado e controlado.	Implementada
Elaboração da estatística mensal, com imputação por centro de custos.	Risco associado não só à produção, como à própria faturação. Enganos poderão implicar erros na própria faturação, bem como, internamente no apuramento dos custos por centro de custo.	2	2	4	Através dos registos diários são elaborados mapas de controlo e monitorizações mensais, de forma a validar, quer a imputação aos Centros de Custos corretos, quer do valor a ser faturado pela empresa prestadora de serviços.	Implementada
Controlo do fornecimento de Alimentação aos doentes do HGO, por parte da Empresa prestadora do serviço, estatística, bem como da Higiene e Segurança Alimentar	Erros na faturação do fornecimento da alimentação e, com conseqüências ao nível de controlo do que é cobrado pela empresa versus o fornecido. Ausência de controlo na receção dos alimentos / refeições, pelos serviços com conseqüências financeiras relevantes. Embora com baixo valor unitário poderá haver riscos de variações financeiras com impacto significativo.	2	2	4	Monitorização diária, do fornecimento quer por parte da Assistente Técnica, quer por parte das Nutricionistas. Controlo da prescrição existente através do GHAF. Solicitam-se as prescrições de dietas de forma controlada (só a doentes que estão internados) e em tempo real. Permite ainda a afetação direta por centros de custo (quer por serviço responsável, quer por serviço físico).	Implementada

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação
		P	I	Avaliação do Risco		
Internamento - A Nutricionista, efetua a avaliação das necessidades nutricionais dos utentes, calcula e planifica o suporte nutricional a administrar por via oral ou entérica e monitoriza o suporte instituído. Aquando da alta hospitalar, efetua um ensino ao doente e sua família, de modo a seguir, em ambulatório, a terapêutica nutricional instituída durante o internamento.	Riscos relacionados com a presença prévia ou não de desnutrição do doente durante o internamento. A não avaliação do risco e a não prescrição do suporte nutricional atempado, prejudica a recuperação do doente, a aumento o risco de infeções, podendo levar ao aumento de dias de internamento, da morbilidade e mortalidade.	2	2	4	Segregação de funções entre a Diretora do Serviço de Nutrição / Diretora do Serviço de Gestão Hoteleira	Implementada
					Controlo e monitorização das intervenções nutricionais realizadas e registadas nos sistemas informáticos abrangentes SClínico; BI Nutrição e GHAF (que permitem extrair dados sobre as intervenções nutricionais realizadas). Avaliação da eficácia das intervenções nutricionais realizadas.	Implementada
Higienização e Limpeza no HGO	Riscos associados ao controlo de infeção, tempos de internamento, fornecimento, monitorização em termos de horas e níveis de serviço que tem reflexo imediato no nível de limpeza do HGO, com consequências para a imagem, conforto e na faturação.	2	2	4	Controlo através do registo biométrico, e com os registos de atividades diária fora da atividade normal.	Implementada
					Realização de Auditorias Bimensais (mês sim, mês não).	Implementada
					Além do controlo pelo Serviço de Gestão Hoteleira, suportado no Coordenador afeto ao Serviço Tratamento de Roupa (STR) e Limpeza, o fornecedor também tem três encarregadas cuja função é controlar a atividade com os respetivos mecanismo de controlo instituídos.	Implementada

## 5.1.9. Serviço de Gestão Logística (SGL) - Aquisições

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Dados Mestre	Dados mestre de fornecedores em falta, incorretos, desatualizados e/ou em informação qualitativa.	1	2	2	Atualização regular dos dados mestre dos fornecedores.	Implementada	
					Avaliação regular de fornecedores.	Em implementação	Solicitado à empresa do Sistema de Informação do SGL, documento com as especificações técnicas e outras características do módulo de fornecedores. Encontra-se em fase de análise custo-benefício.
Planeamento	Processo de planeamento de compras inadequado.	3	3	9	Elaborar plano anual de necessidades por serviço requisitante.	Implementada	
					Identificação global das necessidades de compras.	Implementada	
					Plano anual de compras aprovado pelo CA.	Implementada	
					Comissão de avaliação de novos produtos consumo clínico dá parecer sobre a introdução de novos artigos no circuito de aquisições do Hospital.	Implementada	
Solicitação de aquisição de bens/serviços/EOP desadequados às necessidades da instituição	3	2	6	Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades, contemplando a justificação da aquisição/contratação (substituição ou reforço dos recursos existentes; novas necessidades), incluindo estudos e pareceres técnicos, sempre que aplicável, bem como a avaliação económica.	Implementada		

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Compras	Ineficiente processo de gestão de compras.	3	3	9	Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades do Hospital e ao melhor preço (eficiência da compra). Recurso a Consultas Preliminares ao Mercado.	Implementada	
	Compras realizadas sem autorização	2	2	4	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras.	Implementada	
					Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado, em conformidade com Código de Contratação Pública.	Implementada	
	Elevada dependência de um determinado fornecedor	3	2	6	Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores.	Implementada	
					Registo dos potenciais fornecedores no arquivo dos serviços dos novos operadores de mercado.	Implementada	
	Rotura/falta no fornecimento pelo fornecedor	1	3	3	Base de dados de fornecedores inclui os fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo, em função dos últimos fornecimentos.	Implementada	
Nos procedimentos aquisitivos estão registadas todas as propostas apresentadas para determinados produtos.					Implementada		

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Compras	Elevado recurso a ajuste direto	3	3	9	Processo de planeamento de compras.	Implementada	
					Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra. As necessidades são indicadas por entidade diferente de quem desenvolve o procedimento aquisitivo.	Implementada	
Compras					Verificação da fundamentação para o ajuste direto, e caso aplicável, adequação do ajuste direto ao critério material.	Implementada	
					Avaliação dos limiares previstos no CCP e os pressupostos do artigo 113º do CCP.	Implementada	
					Tornar mais célere o circuito desde o pedido de abertura do procedimento até à sua adjudicação.	Em implementação	Ainda não foi possível analisar todo o circuito, mas encontra-se em elaboração uma check-list com todos os passos que devem ser respeitados na tramitação de qualquer procedimento aquisitivo, o que poderá facilitar e reduzir os tempos decorridos entre cada etapa do processo.
					Predefinição dos limites de compras por fornecedor na aplicação/ por outro meio.	Implementada	Esta ação está dependente da parametrização do sistema de informação logística em uso no SGL que é o SGICM. Os limites estão a ser controlados manualmente em ficheiro Excel.
	Adesão a mecanismos de centralização de compras.	Parcialmente implementada	O HGO tem vindo gradualmente a aderir a mecanismos de centralização de compras, nomeadamente através da SPMS, mas ainda não adere à totalidade dos procedimentos desenvolvidos por este Serviço Partilhado, muitas vezes devido à especificidade dos Serviços ou bens que o HGO pretende adquirir e que a SPMS não oferece.				

Identificação (processo)		Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Compras	Falta de fundamentação das decisões/atos: 1- Decisão de contratar; 2- Escolha do procedimento; 3- Estimativa do valor do contrato e preço base; 4- Dispensa de redução a escrito do contrato de adjudicação.				Reforço e robustecimento da fundamentação das decisões / atos, designadamente através da densificação das informações dos serviços.	Implementada	
	Falta de transparência e independência no procedimento de compra	1	2	2	Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra.	Implementada	
					Rotatividade na constituição dos elementos do júri.	Implementada	
					Existência de declaração de conflito de interesses e incompatibilidades dos elementos constituintes dos júris e comissões técnicas de análise.	Implementada	
	Existência de situações de conluio entre concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários	2	2	4	Não designar os mesmos elementos, de forma reiterada, para os júris dos procedimentos concursais.	Implementada	
					Implementação de controlo de montantes totais adjudicados em Ajustes Diretos e Consultas Prévias.	Implementada	
					Utilização de Plataformas Eletrónicas de Compras Públicas e respetiva lista de fornecedores para o maior número de procedimentos.	Implementada	

		Risco Inerente					
Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
(processo)							Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
	Risco de omissão de medidas anti corrupção do CCP	1	2	2	Solicitar o plano de prevenção de corrupção e de infrações conexas ao adjudicatário que esteja abrangido pelo disposto no n.º 9 do artigo 81º do CCP: "Nos casos em que o valor do contrato a celebrar determine a sua sujeição a fiscalização prévia do Tribunal de Contas, o órgão competente para a decisão de contratar deve solicitar ao adjudicatário a apresentação de um plano de prevenção de corrupção e de infrações conexas, salvo se este for uma pessoa singular ou uma micro, pequena ou média empresa, devidamente certificada nos termos da lei."	Implementada	
	Repartição intencional da contratação e dos respetivo valor para evitar o Concurso Público, e deste modo, o ambiente concorrencial	2	2	4	Colocar em concurso o total da contratação (a divisão é propícia a práticas não concorrenciais e suscetíveis de maiores riscos de corrupção).	Parcialmente implementada	Decorrente da necessidade de ajustes diretos enquanto decorre a tramitação do concurso público.
					Mecanismos de controlo para evitar a repartição do valor global do processo de compra, com base no valor histórico e com o planeamento de aquisições e consumos anuais.	Parcialmente implementada	Decorrente da necessidade de ajustes diretos enquanto decorre a tramitação do concurso público.
	Existência de conflitos de interesse de funcionários do HGO EPE com o mercado fornecedor na Aquisição de bens, serviços e empreitadas	1	2	2	Antes do início de funções, os membros do júri e todos os demais intervenientes no processo de avaliação de propostas, designadamente peritos, subscrevem declaração de inexistência de conflitos de interesses, conforme modelo previsto no CCP.	Implementada	
	Insuficiência de informação na elaboração de Cadernos de Encargos	2	2	4	Integrar as Especificações Técnicas nos Cadernos de Encargos, assim como os critérios de adjudicação bem definidos e objetivos.	Implementada	
					Verificação e validação do Caderno de Encargos pela Comissão de Avaliação Técnica.	Implementada	
					Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários.	Implementada	

		Risco Inerente					
Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
(processo)							Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
	Atrasos na preparação das peças procedimentais e na publicação dos procedimentos concursais	3	2	6	Contratação de RH com perfil e competências adequado à Contratação Pública.	Em implementação	Sempre que se verifica a necessidade de contratar RH para o Setor de Compras do SGL tem-se em consideração o perfil e as competências necessárias e adequadas à contratação pública. As candidaturas recebidas nem sempre apresentam o perfil adequado e/ou a totalidade das competências necessárias para esta área, contudo temos vindo a integrar estes profissionais facultando-lhes formação interna.
Existência de RH com habilitação e formação adequada em matéria de contratação pública que promova, designadamente, a conformidade procedimental, a qualidade dos documentos de suporte aos procedimentos, a obtenção de uma boa relação preço/qualidade e a adequa da gestão e acompanhamento da execução dos contratos.					Em implementação	Encontra-se publicitada na Bolsa de Emprego Público (BEP), pela 2.ª vez em 2022, uma vaga para Técnico Superior com estas habilitações e qualificações, mas não se tem conseguido prover essa vaga por falta de candidatos.	
Garantir formação contínua aos RH que têm funções no âmbito da Contratação Pública.					Parcialmente implementada	Sempre que a Direção do SGL tem conhecimento de formações credíveis e certificadas na área da Contratação Pública, é proposto ao Conselho de Administração a nomeação faseada dos colaboradores do Setor de Compras para a frequência dessas formações, no entanto, ainda não foi possível garantir o nível adequado de formação a todos os colaboradores do SGL.	

		Risco Inerente						
Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:	
(processo)							Justificações /Nova medida (exceto se implementada)	
Gestão de Contratos	Contratos sem salvaguarda dos interesses institucionais, falta de monitorização e acompanhamento do cumprimento das cláusulas contratuais	3	2	6	Nomear Gestor de Contrato.	Implementada		
					Implementar um circuito de comunicação entre todos os intervenientes (Gestor do Contrato, SGL, Entidade Técnica) relativamente à execução do contrato, ou seja, do seu cumprimento, da eventual necessidade de modificação/alteração contratual através do Relatório de Execução do Contrato elaborado pelo Gestor do Contrato, conforme indicado no n.º 3 do artigo 290º-A do CCP.	Implementada		
					Incluir nos Contratos cláusulas de salvaguarda da Entidade Adjudicante, que lhe permita aplicar penalidades em caso de incumprimento contratual.	Implementada		
	Falta de conhecimentos técnicos necessários ao exercício das funções	3	2	6	Solicitar a dispensa do exercício das funções.	Implementada	É possível pedir a dispensa do exercício de funções, no entanto, ainda não houve nenhum caso de recusa. Para todos os procedimentos é solicitado aos elementos do júri e Gestor do Contrato a assinatura e envio de uma Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses (DICI).	
Propor à instituição a frequência de ações de formação destinadas a adquirir / robustecer os seus conhecimentos técnicos.	Implementada							

## 5.1.10. Serviço de Gestão Logística - Stocks

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão existências	Existências nos serviços não controladas	2	2	4	Implementar armazéns avançados em todos os serviços clínicos.	Parcialmente implementada	Mais de 80% dos serviços clínicos têm AA implementado.
					Realizar contagens cíclicas das existências nos armazéns (central e avançados) ao longo do exercício, com informação ao CA.	Implementada	
					Restringir o acesso físico aos armazéns.	Parcialmente implementada	Armazém Central está restrito a elementos não pertencentes ao mesmo. Existe um número residual de AA que precisam de restrição de acessos.
	Desvio de existências por trabalhadores ou terceiros	1	2	2	Segregação funções e responsabilidades das operações.	Implementada	
					Monitorização periódica os consumíveis por serviço.	Implementada	
					Realizar periodicamente inventários no armazém central por amostragem aleatória, valor e por bens mais suscetíveis de desvios. Análise dos desvios.	Parcialmente implementada	O Ataque informático não possibilitou a continuidade da inventariação por amostragem. Porém decorrente do ataque informático foi efetuado em junho um inventário geral de os bens em stock.
	Excesso de stock que se poderá tornar inutilizável ou obsoleto	1	2	2	Distribuir aos serviços e aos AA os artigos que se encontram em stock no armazém central há mais tempo, promovendo maior rotatividade do material e menos desperdício por aproximação do prazo de validade dos artigos.	Implementada	
					Efetuar contagens periódicas e rotativas de existências verificando os prazos de validade dos artigos	Implementada	
					Analisar, anualmente, os produtos com fraca rotatividade (sem movimento há mais de 1 ano) e questionar os possíveis serviços consumidores sobre a utilização esperada desses materiais.	Parcialmente implementada	Aos serviços está a ser implementado a necessidade da revisão dos níveis de stocks e da pertinência da manutenção do artigo em AA.

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão existências	Existências fora de prazo em Armazém Central	1	2	2	Edificar um sistema de alertas/avisos, no sistema de gestão de stocks, de aproximação do prazo de validade dos artigos em armazém.	Não implementada	Para ser no sistema de gestão de stocks obrigaria a entrada de bens por lotes e a respetiva saída dos bens por lotes; situação esta que se torna de difícil aplicação à data, sobretudo na saída dos bens, atento à quantidade de produtos em stocks. Os prazos de validade são controlados tendo em conta a rotatividade dos bens e a identificação de proximidade de fim de prazo, ainda num tempo que permita verificar a possibilidade de utilização interna.
					Promover a rotatividade/devolução dos artigos entre armazéns avançados e o armazém central, de modo a evitar desperdícios e/ou perdas em função dos prazos de validade dos artigos, para que se possa minimizar os processos de abate.		
	Deterioração de existências em armazém Central	2	2	4	Dotar as instalações físicas de condições adequadas, de modo a proporcionar o acondicionamento com qualidade dos produtos/bens, bem como, condições de higiene e limpeza.	Implementada	
					Dotar as instalações físicas (Armazém Central e Armazéns Avançados) das condições adequadas, ao correto acondicionamento dos artigos, nomeadamente no que diz respeito às regras de segurança, limpeza e higiene.		
Divergência entre as quantidades rececionadas fisicamente e as quantidades registadas na aplicação	1	2	2	Rececionar apenas os materiais/medicamentos/equipamentos constantes em Notas de Encomenda (NE), que estejam em aparente bom estado físico e pelas quantidades encomendadas.	Implementada		

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados corretamente.	2	2	4	Verificar que a informação constante dos movimentos de existências (recepção, requisição interna, expedição) é corretamente registada no sistema de gestão de informação de existências (armazém, código de material, quantidade, prazo de validade e valor).	Parcialmente implementada	O ataque informático teve um impacto severo nos registos dos movimentos dos artigos.
					Promover, junto dos Serviços contemplados com AA, a importância da correta gestão dos stocks (registo obrigatório e oportuno de todas as saídas de material), bem como proceder à revisão dos mesmos.	Parcialmente implementada	Estima-se a elaboração de Normas de Procedimentos para 2023
					Registo de saídas de artigos do Armazém Central por leitura ótica, com utilização de PDA.	Implementada	
					Realizar Normas de Procedimento relacionadas com a Gestão e controlo de existências.	Em implementação	O ataque informático acarretou prioridades de atuação e não permitiu atender à elaboração/revisão de normativos.
	Ajustamentos/Regularizações não autorizados, devidamente justificados e documentados.	1	2	2	Obter autorização prévia de ajustamentos/regularizações pelo órgão de gestão.	Implementada	
					Registo de quebras por danificação de artigos, por prazos de validade excedidos ou por sobras, devidamente fundamentado e com evidência das ocorrências (por exemplo por fotografia).	Implementada	
Materiais de proteção EPI COVID-19.	Risco de desvio dos EPI para utilização extra-hospitalar	3	1	3	Reforço nos mecanismos de controlos de recepção e saída de material do Armazém Central para os Serviços. Estes materiais deixaram de ser repostos nos habituais AA e passaram a ser disponibilizados diretamente aos Enfermeiros Gestores.	Sem efeito	No decorrer de 2022 deixou de ser necessário, decorrente do aumento significativo da disponibilidade de mercado para o fornecimento de EPI

## 5.1.11. Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH)

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Exercício de atividade em acumulação de funções	Falta de imparcialidade, isenção e conflito de interesses	1	2	2	Divulgação anual de Circular alertando para a necessidade de declarar ou requerer a acumulação de funções (funções públicas e/ou funções privadas)	Substituída por outra medida (indicar qual)	Encontra-se em curso elaboração de Norma de Procedimento Geral (NPG)
		1	1	1	Confronto dos pedidos de horário parcial com as declarações e autorizações para acumulação de funções	Em implementação	A integrar na NPG
Assiduidade	Horários não aprovados e desatualizados	1	2	2	Monitorização de horários aprovados que suportem o controlo de assiduidade e o processamento de vencimentos	Implementada	
	Verificação do tratamento mensal da assiduidade pelos responsáveis pela elaboração de horários	2	2	4	Parametrização de validações e utilização de mapas gerados informaticamente para deteção de erros de classificação de assiduidade	Implementada	
	Validação dos saldos horários	1	2	2	Validação mensal, por amostragem, por equipa do SGRH	Implementada	
	Prestação de cuidados pagos em adicional, durante o horário de trabalho	1	3	3	Monitorizar o registo biométrico face ao horário de trabalho aprovado e a realização de produção adicional através de ferramenta informática	Implementada	
	Gozo indevido de férias	1	1	1	Apuramento anual dos dias de férias a que os trabalhadores têm direito	Implementada	
1		1	1	Controlo da elaboração de planos de férias e gozo das férias	Implementada		

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Avaliação de desempenho	Contratualização de objetivos desajustados	1	2	2	Acompanhamento pela equipa do SGRH do processo de fixação de objetivos pelos avaliadores	Implementada	
		1	2	2	Verificação pelo CCA, por amostragem, dos objetivos definidos pelos avaliadores	Implementada	
	Deficiente fundamentação das avaliações de desempenho	1	2	2	Verificação anual pelo SGRH, por amostragem, das avaliações de desempenho de inadequado e relevante	Em implementação	Limitações de recursos humanos.
Processamento de vencimentos	Processamento de vencimentos com erros/divergências, ou sem a autorização devida, nomeadamente no trabalho extraordinário e prevenção	1	3	3	Organização da equipa do SGRH por processos. Segregação de funções	Implementada	
		1	3	3	Criação de ferramenta informática para validação da simulação do processamento de vencimentos	Implementada	
		1	3	3	Verificação regular do processamento de vencimentos por equipa de auditoria por forma a controlar a existência de erros ou divergências	Implementada	

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Recrutamento e seleção	Favorecimento do candidato	1	2	2	Adequação dos métodos de seleção ao perfil do cargo/função privilegiando, sempre que possível, a prova de conhecimentos nos termos legais	Implementada	
		1	2	2	Constituição de bolsas de reserva de recrutamento, a fim de garantir a observância dos princípios da igualdade de oportunidades e da não discriminação	Implementada	
	Corrupção passiva para ato ilícito	1	2	2	Rotatividade dos trabalhadores na constituição dos júris	Implementada	
		1	2	2	Apoio da equipa de recrutamento do SGRH na definição dos perfis, métodos e critérios de seleção, garantindo a adequada fundamentação das decisões dos júris	Implementada	Pelo menos um elemento integra o Júris (sempre que possível)
	Tráfico de influência	1	1	1	Criação e implementação de declaração de inexistência de conflito de interesses dos membros do júri, sob a forma escrita, e apensa ao procedimento em causa	Em implementação	Em curso a elaboração da minuta de declaração. Estima-se conclusão no decorrer de 2023.

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Gestão contratual	Minutas de contratos de trabalho irregulares, com erros ou lacunas	1	2	2	Revisão do contrato por pessoa diferente da que o elaborou	Implementada	
		1	3	3	Contratação de um jurista para apoio ao SGRH	Em implementação	Dependências externas ao SGRH
Gestão de avaliação/carreiras	Validação das progressões/promoções realizadas	1	3	3	Segregação de funções. Organização da equipa do SGRH por processos e auditoria anual, por amostragem	Implementada	

## 5.1.12. Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) e Comissão de Risco Não Clínico

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação
		P	I	Avaliação do Risco		
Prestação de Serviços de Manutenção	Imputação indevida de horas ou não realização adequada do serviço.	3	3	9	Inventário de todos contratos de manutenção	Implementada
					Análise dos valores dos contratos com base na evolução face ao ano anterior (negociação prévia)	
					Envio de proposta de caderno de encargos para SGL (Definições das especificações técnicas), nomeadamente exigência de relatórios digitais por equipamento (controlo da manutenção do equipamentos).	
					Contratos (preventiva, corretiva, com ou sem preços) avaliados e definidos em função das necessidades.	
					InforEAM (aplicação informática do serviço) - Controlo através do planeamento do fornecedor (que gera automaticamente as ordens de serviço e ficam abertas até à execução dos trabalhos). O processo tem sempre documento interno do HGO para centralizar toda a gestão de trabalhos pelo SIE.	
Empreitadas Internas	Serviços Não executados/ ou trabalhos a mais.	3	3	9	Criação de Projeto com o nome da empreitada (Infor EAM).	Implementada
					Cria-se ordem de serviço associado ao projeto, onde são imputados os trabalhos e materiais à ordem de serviço.	
					Controlo semanal (análise de integralidade de registos no sistema pelo técnico) e acompanhamento diário dos serviços.	
Segurança - Prestação de Serviços	Imputação indevida de horas ou não realização adequada do serviço	3	2	6	Controlo de assiduidades presenças. Aplicação de Créditos para faturação não realizada por incumprimento do contrato.	Implementada

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Justificações )
		P	I	Avaliação do Risco			
Plano de Emergência Interno	Ocorrência de Contingência (riscos de continuidade da atividade HGO)	2	3	6	Plano de ensaios registados no Infor EAM	Implementada	
					Preenchimento de <i>Checklist</i> para comprovar a realização do trabalho.		
					Embora não exista manual os planos são operacionalizados no sistema Infor EAM.		
Plano de Prevenção e Controlo da Legionela	Legionela	3	3	9	Identificados os pontos críticos, registos diários do nível oxidante da água (cloro). Realizadas mais de 40 análise mensais.	Implementada	
Recolha e tratamento de resíduos	Faturação excessiva em função das quantidades efetivamente recolhidas	2	3	4	A faturação do fornecedor só é validada mediante receção dos talões de pesagem.	Implementada	
Prevenção de incêndio	Não execução de manutenção preventiva dos dispositivos de combate a incêndio	2	3	6	Todos os extintores e carreteis estão registados na aplicação de gestão de manutenção e possuem plano de manutenção em vigor.	Implementada	
Realização de simulacro com evacuação de doentes	Não preparação dos serviços para agir em caso de incidente grave. Não cumprimento da legislação.	3	3	9	Anualmente é efetuado um simulacro de incidente grave.	Em implementação	Não foi possível efetuar simulacro em 2022 pelo transita para 2023
Triagem errada dos resíduos pelos serviços produtores	Aumento do custo do tratamento do residuo caso seja erradamente classificado	3	3	9	Realização de auditorias trimestrais e notificação dos serviços quando são observadas não conformidades	Implementada	
Manutenção preventiva de dispositivos médicos de suporte de vida e de valor relevante	Inoperabilidade do dispositivo e/ou risco de mau funcionamento mesmo com consequências para o doente.	1	3	3	Atribuição do equipamento a um plano de manutenção, validação da execução da intervenção preventiva na plataforma de gestão de manutenção.	Implementada	

## 5.1.13. Serviço de Gestão de Qualidade (SGQ) e Comissão Qualidade e Segurança (CQS)

Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
(processo, subprocesso, função ou atividade)								Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Não obtenção da Acreditação e das Certificações de serviços e Centros de Referência	1	3	3	Assegurar o cumprimento dos requisitos dos Programas de Acreditação e Certificação pelos diferentes intervenientes no mesmo, através de: 1 - Planeamento do trabalho a desenvolver	Sim	Em implementação	Efetuada pedido e realizado concurso publico internacional(CPI); CPI sem candidaturas apresentadas; Ajuste Direto para Serviços de Acreditação e Certificação; Em fase de análise custo/benefício.
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Não obtenção da Acreditação e das Certificações de serviços e Centros de Referência	1	3	3	2 - Reuniões de preparação e suporte aos intervenientes	Sim	Não implementada	Depende da adjudicação ao fornecedor de serviços de acreditação e certificação.
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Não obtenção da Acreditação e das Certificações de serviços e Centros de Referência	1	3	3	3 - Monitorização e Controlo da Informação Documentada produzida tempestivamente	Sim	Implementada	
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Não obtenção da Acreditação e das Certificações de serviços e Centros de Referência	1	3	3	4 - Respostas aos requisitos às entidades externas atempadamente.	Sim	Implementada	
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Acompanhamento das recomendações decorrentes das auditorias	Incumprimento dos Planos de Ações Corretivas decorrentes das Auditorias de Acreditação, Certificação, Inspeções	2	2	4	Monitorizar o cumprimento dos Planos de Ação Corretivas decorrentes das Auditorias	Sim	Implementada	

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	
		P	I	Avaliação do Risco		Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Incumprimento da aplicação do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2025	2	2	4	- Pedido de informação atempado às diferentes áreas envolvidas na execução do Plano para elaboração do Relatório Anual a enviar à DGS	Sim	Implementada
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Incumprimento da aplicação do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026	1	2	2	- Elaboração no prazo estipulado do Relatório de Atividades e Plano de Ação para o ano seguinte.	Sim	Implementada
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Processo da Gestão da Informação Documentada	Incumprimento das obrigações legais e regulamentares e normas internacionais aplicáveis	2	2	4	Criação de campo na BD GESDOC para monitorização da Legislação que suporta o Manual de Políticas e Normas do HGO	Sim	Implementada
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Processo da Gestão da Informação Documentada	Incumprimento na aplicação das Normas Organizacionais, Normas Clínicas e Orientações emitidas pela DGS	2	2	4	Criação de campo na BD GESDOC para monitorização do Normativo da DGS que suporta o Manual de Políticas e Normas do HGO	Sim	Implementada
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Processo da Gestão da Informação Documentada	Incumprimento do tempo estipulado para elaboração/revisão da Informação documentada	2	2	4	Monitorizar na BD GESDOC os documentos enviados para elaboração/revisão	Sim	Implementada
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Plano de Auditorias Internas da Qualidade (PAIQ)	Incumprimento do Plano de Auditoria	2	2	4	Assegurar a monitorização de acompanhamento da execução do PAIQ	Sim	Implementada

Identificação  (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site  Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:  Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/Estratégia Desenvolvimento para a Qualidade	Incumprimento das respostas tempestivamente às Entidades Externas (DGS, IGAS, ERS, IPST)	1	3	3	Monitorização e envio das respostas aos requisitos das entidades externas atempada.	Sim	Implementada	
SISTEMA GESTÃO QUALIDADE/ Suporte	Problemas de efetividade por falta de Recursos Humanos	2	3	6	Angariação interna ou contratação externa de RH	Não	Parcialmente implementada	Atribuído um elemento ao SGQ em tempo integral a partir de final de setembro de 2022 - implementado parcialmente; Relativamente à Profissional de Enfermagem aguarda substituição no CGO; Continuamos sem atribuição de horas médicas para a atividade de Gestão da Qualidade.

## 5.1.14. Serviço de Assessoria Jurídica e de Contencioso (SAJC)

Identificação (processo,)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Estudos, pareceres e informações	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada	
Aperfeiçoamento técnico-jurídico dos atos administrativos	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada	
Instrução de processos de inquérito e disciplinares	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada	
Procedimentos administrativos	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada	
Participação em órgãos técnicos	Compliance	2	3	6	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Sem efeito	Não houve participação em Órgãos Técnicos
Elaboração de regulamentos e outras normas internas	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada	

		Risco Inerente					Divulgação na Internet /site		Medidas por adotar/implementar/sem efeito:	
Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Justificações /Nova medida (exceto se implementada)		
Defesa Contencioso dos interesses do HGO	Compliance	2	3	6	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada			
Participações Criminais	Compliance	1	3	3	Em função da solicitação em concreto, o SAJC delibera sobre a melhor opção jurídica a seguir, garantindo os prazos legais aplicáveis a cada situação concreta.	Não	Implementada			
Intervenção em comissões arbitrais	Compliance	1	3	3	O SAJC intervém por determinação do CA, garantindo o melhor resultado exequível para o HGO, em sede articulada e final, com exclusão de demanda em outras sedes, nomeadamente judiciais.	Não	Implementada			
Intervenção em julgamentos e outras diligências judiciais	Compliance	1	3	3	O SAJC procura garantir o melhor patrocínio na defesa dos interesses do HGO.	Não	Implementada			
Cobrança coerciva de receitas do HGO	Compliance	2	3	6	O SAJC patrocina todas as diligências que permitam direta e indiretamente a melhor arrecadação das receitas em dívida do HGO.	Não	Implementada			

### 5.1.15. Gabinete de Comunicação, Relações Pública e Responsabilidade Social (GCRPRS/GCI)

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Organização do Gabinete	Organização da função indefinida	3	1	3	Promover a existência de regulamento interno do gabinete	Sim	Não implementada	Existe uma Estratégia do serviço e três Normas de Procedimento Geral associadas ao gabinete e Manual de Identidade Visual.
		3	1	3	Definir as atribuições e responsabilidades de todas as funções existentes no gabinete	Sim	Parcialmente implementada	Consta na Estratégia de Comunicação e prevê-se atualização em 2023.
Organização do Gabinete	Quadro de pessoal, insuficiente ou pouco qualificado	2	2	4	Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuada e o recurso a trabalho extraordinário/suplementar. Informar SGRH e CA da necessidade de reforço de quadro de pessoal	Não	Implementada	
		2	2	4	Promover a formação dos profissionais do Gabinete	Não	Implementada	
Comunicação e Imagem	Prestação de informação inadequada aos órgãos de comunicação social	1	2	2	Garantir que a informação enviada para os órgãos de comunicação social é validada pelos membros do Conselho de Administração	Não	Implementada	
Comunicação e Imagem	inadequada aos órgãos de comunicação social	1	2	2	Normas de procedimento que regem a articulação com os meios de comunicação social.	Não	Não implementada	Prevê-se atualização em 2023
Comunicação e Imagem	social	1	2	2	Definição de modelo de divulgação de conteúdos, com o objetivo de divulgação externa.	Não	Implementada	Prevê-se atualização em 2023
Comunicação e Imagem	Publicação de Informação Interna inadequada nos meios de comunicação internos do HGO	2	2	4	Garantir que a informação enviada internamente é validada pelas Direções dos Serviços/Unidade e/ou pelos membros do Conselho de Administração.	Sim	Implementada	
Comunicação e Imagem	Promoção inadequada da imagem da Instituição	1	2	2	Normas de procedimento de afixação de suportes de informação na instituição.	Sim	Parcialmente implementada	Prevê-se atualização em 2023

## 5.1.16. Serviços Farmacêuticos (SFARM)

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
		P	I	Avaliação do Risco		Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM		Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
Circuito Medicamento	Acesso indevido às instalações com desvio de medicamentos	1	3	3	Reforço controlo de acessos	Não	Em implementação	Efetuada as diligências no âmbito das competências do SFARM, de forma a melhorar o Circuito de Vigilância /CCTV, em conformidade com a legislação de proteção de dados. Em fase de verificação por outras áreas/serviços dependentes.
					Colocação câmaras CCTV acessos farmácia	Não	Em implementação	Idem supra
Circuito Medicamento	Receção indevida de medicamentos não solicitados	1	2	2	Descomissionamento (MVO)	Sim	Implementada	
					Validação quantitativa e qualitativa da receção	Sim	Implementada	
Circuito Medicamento	Inutilização de bens por ultrapassagem dos prazos de validade	2	1	2	Cedências internas e externas com lote associado (Medicamento 4.0)	Sim	Em implementação	Projeto de reembalagem em desenvolvimento pelo SFARM, que apresenta, a par de demais projetos dependências de outras áreas e dependências orçamentais/financeiras.
					Consignação de medicamentos com outras entidades hospitalares, cujo prazo de validade se encontre próximo e não se estime a utilização em conformidade pelo HGO.	Sim	Implementada	Medida acrescida ao PPR 2022

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Circuito Medicamento	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, grupos de trabalho ou júris de procedimentos pré-contratuais por profissionais que selecionam ou emitem Normas e Orientações Clínicas na área do medicamento	1	1	1	Assinatura da Declaração de Inexistência de incompatibilidades; rotação de elementos dos júris	Sim	Implementada	
					Rotação de elementos dos júris	Sim	Implementada	
Circuito Medicamento	Utilização indevida de medicamentos não administrados aos doentes	2	1	2	Cedências internas e externas com lote associado (Medicamento 4.0)	Sim	Em implementação	Projeto de reembalagem em desenvolvimento pelo SFARM, que apresenta, a par de demais projetos dependências de outras áreas e dependências orçamentais/financeiras.
Existências	Regularização indevida de diferenças de stock (sem justificação e autorização prévias)	1	2	2	Registo documentado e autorizado acertos de existências	Sim	Implementada	
Existências	Existências de stocks nos serviços não controlados	2	1	2	Cedências internas e externas com lote associado (Medicamento 4.0)	Sim	Em implementação	Projeto de reembalagem em desenvolvimento pelo SFARM, que apresenta, a par de demais projetos dependências de outras áreas e dependências orçamentais/financeiras.

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Divulgação na Internet /site Disponibilização ao Público no site da entidade e outros como UTAM	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco				
Receção medicamentos	Ruturas e/ou atrasos fornecimento de produtos farmacêuticos	2	2	4	Módulo de avaliação de fornecedores	Sim	Em implementação	Solicitado à empresa do Sistema de Informação do SFARM, documento com as especificações técnicas e outras características do módulo de fornecedores. Encontra-se em fase de análise custo-benefício.
					Otimização procedimentos aquisitivos	Sim	Implementada	Adverte-se contudo para ruturas de medicamentos que são decorrentes da fatores externos ao SFARM e HGO.
Circuitos Controlados	Desvio de substâncias controladas (estupefacientes)	2	1	2	Registos controlados por farmacêuticos	Sim	Implementada	
					Armazenamento em sala de acesso restrito	Sim	Implementada	

## 5.1.17. Comissão de Proteção de Dados (CPD)

		Risco Inerente					
Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
(processo)							Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
Proteção de Dados	Fornecimento/acesso de informação não autorizada a terceiros	2	2	4	Promover a existência de normativos interno no âmbito do acesso à informação, controlando a legitimidade jurídica de acesso.	Implementada	
	Utilização de dados dos sistemas de informação ou outra informação para fins privados	2	2	4	Assegurar a implementação e o cumprimento do RGPD.	Parcialmente implementada	Encontra-se em levantamento mais exaustivo de todos os dados pessoais e a criação de uma Base de Dados conjunta entre os SGRH e o SGSI com a atualização dos trabalhadores com a declaração assinada.
	Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)	2	2	4	Promover formação no âmbito da proteção de dados.	Implementada	
	Acesso de informação de "pessoas publicamente expostas"	2	2	4	Identificação e monitorização dos casos suspeitos	Implementada	
Concorrência desleal	Transferência de Know-how e segredos de empresa (transferência de dados nominativos em registos organizados de utentes/clientes)	1	2	2	Avaliação de Impacto na Proteção de Dados (AIPD), investigação, estudos, contratantes e subcontratos.	Implementada	Situações de maior risco, segundo o rastreio de risco de AIPD
					Elaboração de contratos com previsão de medida preventiva em sede de CCP pelo Gabinete Jurídico.	Implementada	

### 5.1.18. Gabinete de Cidadão

Responsável	Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
			P	I	Avaliação do Risco			
GC	Gestão de Reclamações	Incumprimento do prazo de resposta às reclamações estabelecido pelo nº2 do art.º 30º do Dec. Lei nº126/2014 de 22 de agosto	2	2	4	Sensibilização dos profissionais através da divulgação de informações/normativos/procedimentos	Parcialmente implementada	Estão a ser efetuados outros mecanismos de sensibilização, nomeadamente presenciais com as direções de serviço.
RAI	Acesso a Informação	Acesso indevido à Informação	2	2	4	Elaboração de um Regulamento/Norma de Acesso à Informação	Em implementação	O ataque informático condicionou outras prioridades, nomeadamente na mitigação do primeiro e terceiro risco desta matriz.
RAI	Acesso a Informação	Incumprimento do prazo de resposta a pedidos de acesso a informação conforme disposto no art.º 15º da Lei n.º 26/2016, de 22 de Agosto	2	2	4	Sensibilização dos profissionais através da divulgação de informações/normativos/procedimentos	Parcialmente implementada	Estão a ser efetuados outros mecanismos de sensibilização, nomeadamente presenciais com as direções de serviço.

## 5.1.19. Centro Garcia de Orta (CGO) - Ensino, Formação e Investigação

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Formação e desenvolvimento dos Profissionais	Inadequada Identificação do Diagnóstico de Necessidades Formativas da Instituição	1	2	2	Diagnóstico das necessidades formativas da instituição alinhado com o Plano Estratégico Institucional.	Implementada	Realizada avaliação do diagnóstico das necessidades formativas da Instituição e divulgados os resultados para toda a Organização.
					Sensibilização dos Profissionais para a importância da avaliação do Diagnóstico de Necessidades Formativas da instituição	Implementada	Foi feita a sensibilização dos profissionais para a importância da avaliação do Diagnóstico de Necessidades Formativas, através de envio de email para todos os Profissionais. Feita redivulgação.
Incumprimento na realização da Formação Mandatória		2	2	4	Divulgação atempada do Plano Anual de Formação Mandatoria	Implementada	Plano de Formação de 2023, elaborado após avaliação do Diagnóstico de Necessidades Formativas e enviado ao CA em dezembro de 2022 para aprovação. Foi aprovado nos finais de janeiro e em Fevereiro iniciou-se a divulgação do Plano de Formação Mandatória para 2023, sendo este divulgado através de cartazes, por email, através da Galatea.
					Divulgação do Plano Anual de Formação, com utilização de todos os canais de comunicação Institucionais disponíveis	Implementada	Plano de Formação Mandatória para 2023, divulgado através de cartazes, por email, através da Galatea.
					Corresponsabilização das chefias Intermédias/profissionais na frequência da Formação Mandatória	Implementada	Todos os cursos mandatorios é enviada à Chefia a informação previa da inscrição do Profissional ou solicita-se à chefia que selecione quais os profissionais que considera que devem realizar a formação.
					Informação das chefias intermédias das faltas à Formação Mandatoria por parte dos profissionais	Implementada	Enviado email às chefias a informar os Profissionais quer faltam às Formações

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Formação e desenvolvimento dos Profissionais	Inadequada avaliação do Impacto da Formação Mandatoria Institucional	2	2	4	Corresponsabilização das chefias Intermédias/Profissionais na avaliação do impacto da Formação Mandatória	Implementada	Foi realizada avaliação do Impacto da Formação a todos os Profissionais da Organização.
					Sensibilização dos Profissionais para a importância da avaliação do Impacto da Formação Mandatoria.	Implementada	Foi feita a sensibilização dos profissionais para a importância da avaliação do Impacto da Formação, através de envio de email para todos os Profissionais. Feita nova divulgação.
	Falta de Formação ao nível de medidas de anticorrupção/Conflitos de Interesses	3	2	6	Realização de Formação Mandatória para todos os Profissionais	Parcialmente implementada	Iniciada em 2022 formação aos trabalhadores com responsabilidades de gestão e aos demais trabalhadores. Decorrente do elevado número de profissionais no HGO, preconiza-se para 2023 que todos os trabalhadores com responsabilidade de gestão, já detenham esta formação e aos demais trabalhadores prolongar-se-á também para 2024. O Plano de formação neste âmbito será ajustado anualmente, tendo em conta necessidades de atualizações/reciclagens.
	Falta de Formação ao nível do Plano de Prevenção de Riscos	3	2	6	Realização de Formação Mandatoria para todos os Profissionais	Parcialmente implementada	Idem justificação supra.
	Formadores com inadequado perfil pedagógico	2	2	4	Seleção de formadores internos/externos sustentada em critérios de competência científica, técnica e pedagógica.	Implementada	Todos os potenciais Formadores é realizada uma entrevista e preenchem uma Ficha de Formador com envio de currículo demonstrando as competências

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:
		P	I	Avaliação do Risco			Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
	Incapacidade de responder às necessidades formativas mandatorias da Organização	2	2	4	Estabelecer protocolos com entidades externas para cedência de salas para realização de formação mandatoria	Implementada	
					Realização de Formação Mandatoria para todos os Profissionais fora da Organização	Implementada	Cursos realizados no Centro de Saúde da Sobreda e num hotel
					Realização de Formação em formato online	Implementada	9 cursos em formato <i>e-learning</i> e cursos de línguas em Teams
	Falta de espaço físico para garantir o correto armazenamento seguro de todo o material/equipamento Formativo	2	2	4	Solicitação ao Serviço de Instalações de Equipamentos de um espaço físico que garanta o armazenamento seguro de todo o material/equipamento.	Em implementação	Da parte do CGO já foram desencadeadas reuniões de forma a ter-se o espaço físico desejado. Aguardam-se por reorganizações/indicações do espaço, que não se encontram na dependência do CGO.
Ensino - Estágios Clínicos	Iniquidade no acesso aos Ensinos clínicos na Instituição	2	2	4	Norma de Procedimento Geral que define os Circuitos de Estágios Clínicos	Implementada	Encontra-se em revisão desta NPG
					Centralização do Processo de Inscrição de alunos das diferentes escolas/faculdades no CGO	Implementada	
	Incapacidade de responder às necessidades de Ensino solicitadas por todas as entidades externas	2	2	4	Programação atempada dos locais de estágios e negociação com os serviços orientadores de forma a responder às necessidades.	Implementada	
					Estabelecer protocolos com entidades formativas (Escolas/Faculdades), para adequar as necessidades da procura com a oferta da Instituição	Implementada	

Identificação (processo)		Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Ensaios Clínicos	Exclusão do Centro de Ensaios por atrasos de autorização de documentação por entidades externas (Promotores, CEIC; Infarmed)	2	2	4	Sensibilização dos Promotores para uniformização dos Protocolos de Ensaios, para redução dos tempo de espera.	Implementada	Da parte do CGO avança com o protocolo financeiro e autorização do CA, condicionando à aprovação externa. O novo Regulamento Europeu de Ensaios Clínicos traz mais-valias neste âmbito decorrente que harmoniza os processos de submissão, avaliação e supervisão de ensaios clínicos na União Europeia através do Sistema de Informação de Ensaios Clínicos (CTIS).
					Sensibilização da Tutela para a necessidade de aprovação da documentação pelas entidades regulamentares em tempo mais célere	Implementada	
	Dificuldade de Recrutamento de Doentes (Complexidade dos Ensaios, por falta de recursos Humanos no Hospital)	2	2	4	Sensibilização dos Profissionais dos Serviços para aceitação/seleção de ensaios exequíveis	Implementada	
		2	2	4	Clarificação do Circuito de Faturação entre o CGO, Serviço de Gestão Logística e Serviço Financeiro	Implementada	
	Faturação Indevida a doentes incluídos nos Ensaios Clínicos	2	2	4	Clarificação do Circuito de Faturação entre o CGO e Serviço Financeiro	Implementada	
		2	2	4	Sensibilização de Promotores de Ensaios Clínicos para proposta de ensaios em fase precoce e sua célere aprovação pré-hospitalar	Implementada	

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Formação , Ensino e Investigação	Falta de Recursos Humanos, colocando em risco o apoio à área audiovisual, à área da Formação e à área Financeira	2	2	4	Proposta de contratação de recursos humanos nas áreas de maior necessidade para a eficaz prossecução dos objetivos de formação, ensino e investigação.	Em implementação	O CGO ainda não contempla todos os elementos necessários à prossecução dos objetivos. Existem dependências externas ao CGO/HGO, no processo de contratação.
Investigação da iniciativa do investigador	Baixa divulgação da atividade Científica Realizada	2	2	4	Sensibilização da tutela para importância da definição de tempos aos Profissionais dedicados à investigação	Em implementação	Em fase de sistematização desta informação. Estima-se a conclusão no decorrer de 2023.
		2	2	4	Sensibilização para a submissão dos trabalhos/projetos ao CGO	Implementada	
					Sensibilização para a correta afiliação ao HGO	Implementada	
Promoção de Prémios de incentivo à publicação/divulgação	Implementada						

## 5.1.20. Gabinete de Promoção de Investimento e Parcerias (GPIP) inclui Coordenador de Projeto

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Projetos com financiamento comunitário	Falta de prestação atempada de informação em contexto de Projetos comunitários	1	3	3	Definir normas de operacionalização de cada projeto, com identificação de ações, responsabilidades e tempos de espera	Em implementação	Limitações de recursos humanos no GPIP, ataque informático condicionou outras prioridades.
					Monitorizar e verificar o cumprimento das normas de operacionalização de cada projeto	Em implementação	Idem supra
					Detetar antecipadamente desvios ao cumprimento das normas e informar os responsáveis com conhecimento do CA	Em implementação	Idem supra
Projetos com financiamento comunitário	Risco de acompanhamento insuficiente das candidaturas no balcão 2020	1	3	3	Aquisição de serviços de consultadoria no âmbito do acompanhamento e gestão das candidaturas	Implementada	
Projetos com financiamento comunitário	Prestação de informação incompleta e/ou incorreta ao nível do arquivo de dossier de candidatura	1	2	2	Aquisição de serviços de consultadoria no âmbito do acompanhamento da candidaturas	Implementada	
Projetos com financiamento comunitário	Falta de informação sobre o grau de execução dos projetos ao CA/entidades externas	1	2	2	Reporte do grau de execução dos projetos cofinanciados na periodicidade definida pelo CA/cada entidade externa.	Implementada	
Projetos de Investimento	Falta de identificação de Fontes de Financiamento para projetos de investimento	2	1	2	Alertas de empresas externas para oportunidades de financiamento comunitário e outras fontes de financiamento	Implementada	
Projetos de Investimento	Identificação tempestiva de oportunidades de financiamento	2	1	2	Monitorização periódica de prospeção de Fontes de Financiamento nacionais	Em implementação	Limitações de recursos humanos no GPIP, ataque informático condicionou outras prioridades.

## 5.1.21. Unidade de Gestão de Produtos de Apoio (UGPA) inclui Médico Prescritor, AH e SGD

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação
		P	I	Avaliação do Risco		
Entrega do Produto de Apoio	Erro na entrega do Produto de Apoio	1	3	3	Entrega presencial no HGO com preenchimento de declaração de entrega	Implementada
Receção	Bens a rececionar não correspondem ao encomendado	1	3	3	Entrega presencial no HGO com preenchimento de declaração de entrega por parte do Médico	Implementada
Prescrição	Perda de documentos durante o processo de Prescrição	1	3	3	Registo na Base de Dados e Reunião periódica de articulação	Implementada
Gestão da produção	Perda de financiamento por incumprimento dos objetivos do Contrato-Programa	1	3	3	Monitorização periódica do cumprimento da contratualização interna de objetivos e produção do CP.	Implementada
Faturação	Incorreta ou inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	2	2	4	Estabelecer a obrigatoriedade de se proceder a confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU, no momento de admissão. Na impossibilidade de identificação, recorrer a outras entidades do SNS, de modo a validar a totalidade da informação do doente.	Implementada
Admissão de doentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	2	2	4	Rotina de confirmação dos dados de identificação do utente pelos secretariados e correção sempre que aplicável.	Implementada
Admissão de doentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	2	2	4	Confirmação de isenção ativa no Web RNU.	Implementada
Admissão de doentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	2	2	4	Estabelecer níveis de autorização.	Implementada

## 5.1.22. Serviço de Saúde Ocupacional (SSO)

Identificação (processo, subprocesso, função ou atividade)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação
		P	I	Avaliação do Risco		
Prestação de Serviços SSO	Incumprimento da vigilância de saúde dos profissionais	1	3	3	Planeamento das atividades de vigilância de saúde dos profissionais, com definição das áreas de maior exposição aos riscos profissionais	Implementada
Prestação de Serviços SSO	Incumprimento da vigilância de saúde dos profissionais	1	3	3	SSO - Equipa multidisciplinar   Segregação de Funções	Implementada
Prestação de Serviços SSO	Pandemia(s)	2	3	6	Plano de contingência COVID 19 / Gripe na vertente do SSO	Implementada
Prestação de Serviços SSO	Incumprimento no Acesso à Vacinação COVID -19 - Segundo as Normas da DGS	1	3	3	Norma de Procedimento Vacinação COVID 19 - identificação dos grupos prioritários de vacinação, dos circuitos e responsabilidades internas	Implementada
Prestação de Serviços SSO	Incumprimento no Acesso à Vacinação COVID -19 - Segundo as Normas da DGS	1	3	3	Validação da identificação dos trabalhadores com as Bases de dados referentes a trabalhadores do HGO	Implementada
Prestação de Serviços SSO	COVID 19 - Desperdício de Vacinas	1	3	3	Controlo horário da administração da vacinas com os serviços farmacêuticos de forma a prepararem as doses unitárias, evitando qualquer desperdício de vacinas e/ou a expiração do tempo de administração.	Implementada
Prestação de Serviços SSO	COVID 19 - Desperdício de Vacinas	1	3	3	Listas de suplentes contactáveis para vacinação	Implementada
Prestação de Serviços SSO	COVID 19 - Falta de registos e/ou registos incorretos de Vacinas	1	3	3	Controlo do registo dos trabalhadores vacinados com a Base de dados do E vacinas cedida pela SPMS, sempre que solicitada e/ou Controlo de verificação direto no E -Vacinas.	Implementada

## 5.1.23. Serviço de Auditoria Interna (SAI)

		Risco Inerente						
Identificação	Riscos	P	I	Avaliação do Risco	Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito:	
(processo)							Justificações /Nova medida (exceto se implementada)	
Relatórios de Auditoria Interna	Os relatórios de auditoria interna não apresentam de forma verdadeira e apropriada os resultados, existindo incorreções na informação.	2	3	6	As situações relevantes para relatório de auditoria são apresentadas às áreas auditadas para que possam assegurar a sua exatidão.	Implementada		
					Aperfeiçoamento dos mecanismos/procedimentos de recolha e análise de todos os elementos de prova de auditoria e outros elementos de suporte.	Implementada		
Acompanhamento de recomendações de Auditoria Interna	Falta de acompanhamento das recomendações propostas pelo SAI	2	3	6	Follow-Up sistemáticos e alinhamento com o auditados dos prazos viáveis de concretização da implementação.	Parcialmente implementada	Limitações de Recursos Humanos.	
					Aos auditados é sempre indicado a possibilidade de instituírem outra(s) medida(s) que mitigue(m) o risco ou situação que originou a recomendação, caso considerem mais eficazes.	Implementada		
Gestão de Riscos	Supervisão e avaliação do PPR deficiente e acompanhamento desadequado da sua execução.	3	3	9	Monitorização do PPR junto dos vários Serviços, assegurando a sua atualização com a ocorrência de alterações a processos/riscos/medidas e surgimento de novas áreas.	Implementada		
					Acompanhamento intercalar e anual da execução do PPR.	Implementada	Efetuada o acompanhamento intercalar e anual.	
					Avaliação por amostragem de medidas de controlo identificadas (se estão efetivamente implementadas e se são eficazes para mitigação dos riscos identificados).	Parcialmente implementada	Solicitada aos serviços a evidência do grau de implementação das medidas associadas a um risco com grau de risco $\geq 6$ , ou seja elevado.	

Identificação (processo)	Riscos	Risco Inerente			Medida de Controlo	Grau de implementação	Medidas por adotar/implementar/sem efeito: Justificações /Nova medida (exceto se implementada)
		P	I	Avaliação do Risco			
Código de Ética	Não cumprimento das Normas Internacionais de Auditoria e dos princípios Éticos de Auditoria	1	3	3	Instituir carta de auditoria, aonde se apresenta os princípios éticos específicos do SAI.	Em implementação	Decorrente de uma alteração numa das alíneas referente ao SAI nos Estatutos dos Hospitais EPE, foi efetuado pela auditora interna de parecer externo.
					Divulgação das Normas Internacionais de Auditoria e Código de Ética dos auditores na intranet no Subseparador do SAI.	Implementada	
Competências Técnicas	Inadequada formação, conhecimento e experiência para desempenhar os serviços de auditoria interna.	2	2	4	Plano de Formação alinhado com as necessidades urgentes de conhecimento e reciclagens.	Implementada	
					Apenas são aceites os trabalhos para os quais o SAI tenha competência para os realizar, caso contrário serão solicitados o apoio de peritos para assegurar a qualidade do trabalho prestado.	Implementada	
Receção e Comunicação de Irregularidades	Omissão da informação comunicada, que seja materialmente relevante, sem dar conhecimento ao CA e ao GCCI segundo a Instrução n.º 3/2018 de 19 de junho.	2	3	6	Regulamento de Comunicação de Irregularidades /Canal de denúncias com a identificação das vias possíveis de submissão (e-mail/ correio confidencial / presencial) , com menção da necessidade de declaração de confidencialidade por parte da equipa de tratamento da denuncia/comunicação de irregularidade e da proteção ao denunciante.	Implementada	
					Solicitar aos Diretores dos Serviços Técnicos e de Apoio do HGO, a identificação, se foi instruído ou não algum processo/ ou tiveram conhecimento de algum facto enquadrável nos tipificados na Instrução n.º3/2018.	Implementada	
Plano de Anual de Auditoria Interna	Incumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna	3	3	9	Salvaguardar prioridades de reportes obrigatórios.	Parcialmente implementada	O ataque informático condicionou alguns reportes no cumprimento dos prazos
					Necessidade de reforço da equipa de profissionais do SAI.	Em implementação	Foi efetuado dois processos de recrutamento por mobilidade e um para o quadro da entidade, este último, ainda não se encontra concluído.
					Registo de atividades extraplano.	Implementada	

