

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - RELATÓRIO DE EXECUÇÃO -

Maio de 2017

ÍNDICE

I.	ENQUADRAMENTO	3
II.	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA GUIMARÃES, EPE	3
	1. Apresentação	3
	2. Missão, valores e princípios	4
	3. Código de Conduta Ética	4
	4. Orgânica	4
III.	EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	5
	1. Análise dos dados agregados	6
	2. Análise qualitativa	11
	3. Riscos identificados relativamente às funções e cargos de direção de topo	15
ANEXOS		
	Anexo I	20
	Anexo II	21

I. ENQUADRAMENTO

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

Na sua Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho de 2009, o CPC recomenda que *os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar Planos de gestão de risco de corrupção e infrações conexas*. De modo a dar cumprimento a esta recomendação, o Hospital da Senhora da Oliveira, EPE (HSO)¹ aprovou o seu Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) em 10 de maio de 2010. Desde então, tem sido objeto de sucessivas revisões de, aproximadamente, um ano. De acordo com a referida Recomendação, devem fazer parte do Plano os seguintes elementos:

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

Assim, pretende-se dar cumprimento ao último ponto, espelhando no presente documento a evolução das medidas preventivas apresentadas no Plano aprovado em Fevereiro de 2016, no tocante à sua implementação.

A Recomendação n.º 1/2010, de 7 de abril, indica que devem as instituições publicitar *no sítio da respetiva entidade na internet o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas*, o que tem sido efetuado após a devida homologação pelo Conselho de Administração (CA).

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

O PPRCIC 2016 identifica os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as respetivas medidas preventivas, tal como recomendado pelo CPC, no ponto 1 da recomendação de 1 de julho de 2015.

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

1. Apresentação

O HSO é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro).

Historicamente, de 2007 a 2015, o HSO constituiu, por fusão, com o Hospital de S. José de Fafe, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE (CHAA)². No âmbito do processo de devolução dos hospitais pertencentes às misericórdias, o CHAA passou a integrar apenas o Hospital de Guimarães. Assim, de acordo com o do Decreto-Lei

¹ À data, Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.

² Criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro.

n.º 177/2015, de 25 de agosto (artigo 2.º), “O Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, passa a denominar-se Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães E. P. E., por desafetação do estabelecimento correspondente ao Hospital de São José — Fafe, que foi objeto de devolução à Misericórdia de Fafe, mediante acordo de cooperação celebrado ao abrigo do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro.”

O HSO foi acreditado pela *Joint Commission International (JCI)* em Dezembro de 2008, tendo obtido a reaccreditação, pela mesma entidade, em 2012 e em 2015.

2. Missão, valores e princípios

A missão do HSO é a de *prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.*³

3. Código de Conduta Ética

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

A adoção do Código de Conduta Ética visa contribuir para o correto, digno e adequado desempenho de funções por parte de todos os colaboradores.⁴

4. Orgânica

O HSO rege-se pelo regime aplicável às EPE, regulamento interno e normas aplicáveis ao SNS.

O Regulamento Interno do HSO⁵ foi aprovado em 27 de março de 2013 pelo CA e homologado pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte em 14 de agosto de 2013.

É de referir que o Regulamento Interno prevê a sua revisão três anos após homologação, prazo que foi atingido em 2016. Além disso, na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, o seu artigo 38.º estabelece que “Os regulamentos internos das E. P. E., integradas no SNS devem ser elaborados e submetidos a homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde no prazo de 120 dias a contar da data de entrada em vigor do presente decreto-lei”.

O Regulamento Interno define a natureza, a missão, os valores e princípios que orientam a atividade da Instituição e estabelece a sua estrutura orgânica e funcional, as atribuições e competência das respetivas direções, bem como o modo e as normas internas de funcionamento. (Artigo 1.º)

Constituem órgãos do HSO o CA, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo. O CA do HSO é composto pelo presidente e quatro vogais executivos, dos quais um diretor clínico e um enfermeiro-diretor.

³ Regulamento Interno do CHAA / HSO.

⁴ Capítulo I do Código de Conduta Ética.

⁵ À data “CHAA”.

Quadro I – Órgãos do HSO

Órgãos sociais	Nomeação	Cargo	Mandato	Publicação
Conselho de Administração	Delfim Pereira Neto Rodrigues	Presidente	2015-2017	Resolução n.º 14/2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 42 — 2 de março de 2015
	Filipe Miguel Neves Ribeiro	Vogal Executivo		
	Maria José Teixeira Cabral Costeira Paulo	Diretora Clínica		
	Ana Maria da Ponte Fravica	Enfermeira Diretora		
	João Manuel Gonçalves Miranda	Vogal Executivo	2016-2017	Resolução n.º 31/2016, Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 17 de outubro de 2016
Fiscal Único	Ribeiro, Pires, Sousa e Associados, SROC, Lda., representada por Rui Alberto Machado de Sousa	Fiscal Único	2012-2014	
Conselho Consultivo	José Fernando Rodrigues Alves Pinto	Presidente	2014-2016	Despacho n.º 11068/2014, Diário da República, 2.ª série — N.º 167 — 1 de setembro de 2014
	Amadeu Portilha	R. M. de Guimarães		
	Serafim China Pereira	R. M. de Cabeceiras de Basto		
	Pimenta Marinho	R. da ARS Norte		
	Manuel Carvalho da Mota	R. dos Utentes		
	Manuel Alves Barbosa	R. Deleg. Guim. Cruz Vermelha Portuguesa		
	Nuno Miguel Zambujal	R. dos Trabalhadores		
	António Augusto Gama Brandão	Profissionais de saúde sem vínculo ao HSO		
	Maria Dárida Afonso Gomes			

É de referir, de acordo com os Estatutos dos Hospitais, que o fiscal único mantém-se em funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções, em caso de cessação de mandato.

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

O HSO dispõe também de comissões de apoio técnico, que têm por função colaborar com o CA, por sua iniciativa ou a pedido, nas matérias da sua competência. As comissões são órgãos com carácter consultivo, estando previstas no seu Regulamento Interno.

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

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

O modelo de elaboração do PPRCIC tem por base a auscultação direta de cada um dos responsáveis pelas áreas de risco, que avaliaram, aquando da elaboração do Plano, a probabilidade de ocorrência, impacto previsto, bem como as medidas preventivas para os eventos fatores de risco identificados.

Neste capítulo é efetuado o balanço, relativo ao ano 2016, pelos responsáveis dos Serviços, nas diversas áreas de risco, com a finalidade de serem apreciadas as medidas anteriormente definidas (se foram implementadas e quais os resultados; motivos para a não implementação; medidas por implementar). O quadro seguinte reflete o enquadramento dos Serviços por área e os respetivos responsáveis.

Quadro II – Identificação dos responsáveis

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

1. Análise dos dados agregados

Neste ponto, os dados são apresentados numa perspetiva global da Instituição e mais quantitativa. No ponto seguinte, são apresentadas as principais conclusões por área, mediante uma apreciação mais detalhada e qualitativa.

Globalmente foram identificados 239 eventos fatores de risco, que se distribuem pelas áreas tal como demonstra o quadro seguinte. A maior parte dos eventos (67%) tem risco associado baixo e com menor peso apresentam-se os eventos com risco associado alto (12%). Estes registam-se nas áreas de Produção (22) Faturação (2), Existências (1), Imobilizado (1), Recursos Humanos (1) e Conflitos de Interesses (1).

Quadro II – Fatores de risco⁶ identificados por área e risco

Áreas / Risco	Principais fatores de risco e erros ou omissões (n.º)			
	Alto	Baixo	Médio	Total Geral
Compras		45	7	52
Conflitos de interesses	1	4	3	8
Contabilidade e Reporte		12	1	13
Existências	1	34	4	39
Faturação	2	8	4	14
Imobilizado	1	11	5	17
Produção	22	25	19	66
Recursos Humanos	1	10	7	18
Tesouraria		12		12
Total Geral	28	161	50	239
% (risco/total)	12%	67%	21%	100%

Para os eventos fatores de risco identificados no Plano 2016 foram previstas 152 medidas (quadro III), que corresponde a cerca de 64% do universo dos eventos. Todos os eventos de risco alto têm medidas preventivas associadas (100%) e, em contraponto, 50% das situações de risco baixo têm medidas preventivas associadas. As medidas previstas para eventos que representam risco médio dão cobertura a cerca de 86% das situações.

Quadro III – Fatores de risco⁷ identificados e medidas, por área e risco

Áreas / Risco	Principais fatores de risco e erros ou omissões (n.º)				Medidas preventivas (n.º)				Relação medidas/fatores (%)
	Alto	Baixo	Médio	Total	Alto	Baixo	Médio	Total	
Compras		45	7	52		10	7	17	33%
Conflitos de interesses	1	4	3	8	1	3	3	7	88%
Contabilidade e Reporte		12	1	13		9	1	10	77%
Existências	1	34	4	39	1	18	2	21	54%
Faturação	2	8	4	14	2	4	3	9	64%
Imobilizado	1	11	5	17	1	4	4	9	53%
Produção	22	25	19	66	22	24	19	65	98%
Recursos Humanos	1	10	7	18	1	8	4	13	72%
Tesouraria		12		12		1		1	8%
Total Geral	28	161	50	239	28	81	43	152	64%
Relação medidas/fatores (%)					100%	50%	86%	64%	

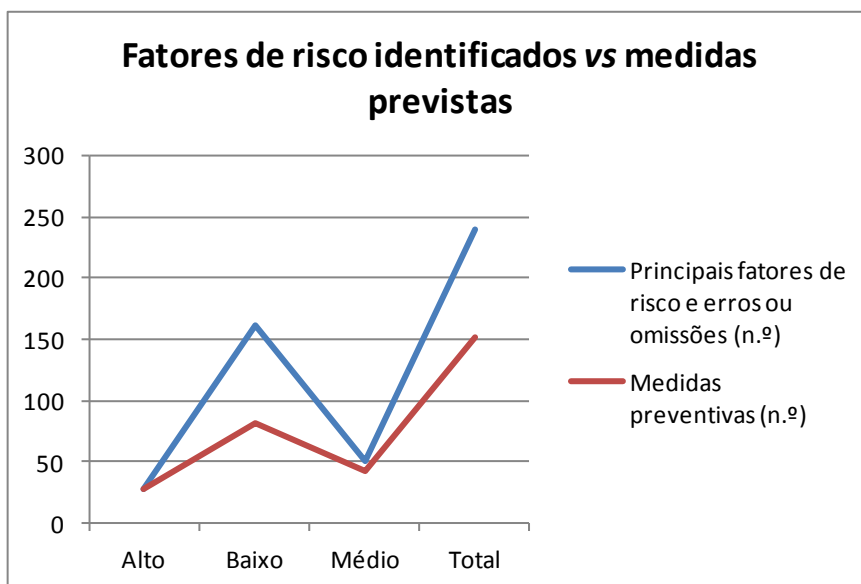
O gráfico seguinte representa globalmente⁸ a relação entre os fatores de risco identificados e as medidas previstas para os diferentes níveis de risco.

⁶ Principais fatores de risco e erros ou omissões.

⁷ Principais fatores de risco e erros ou omissões.

⁸ Inclui todas as áreas.

Gráfico 1



Em relação às 152 medidas preventivas identificadas no Plano 2016, mais de metade foi efetivamente implementada (56%). Na decomposição por área, esta situação⁹ verifica-se para quase todas áreas. São exceções a área Imobilizado, que apresenta a maior parte das medidas implementada parcialmente (56%), e a área Tesouraria, que apresenta uma única medida que, por sua vez, não foi implementada. É de referir que o item “em branco” corresponde a situações que não dependem do Serviço da área em causa¹⁰.

Quadro III – Nível de implementação das medidas, por área

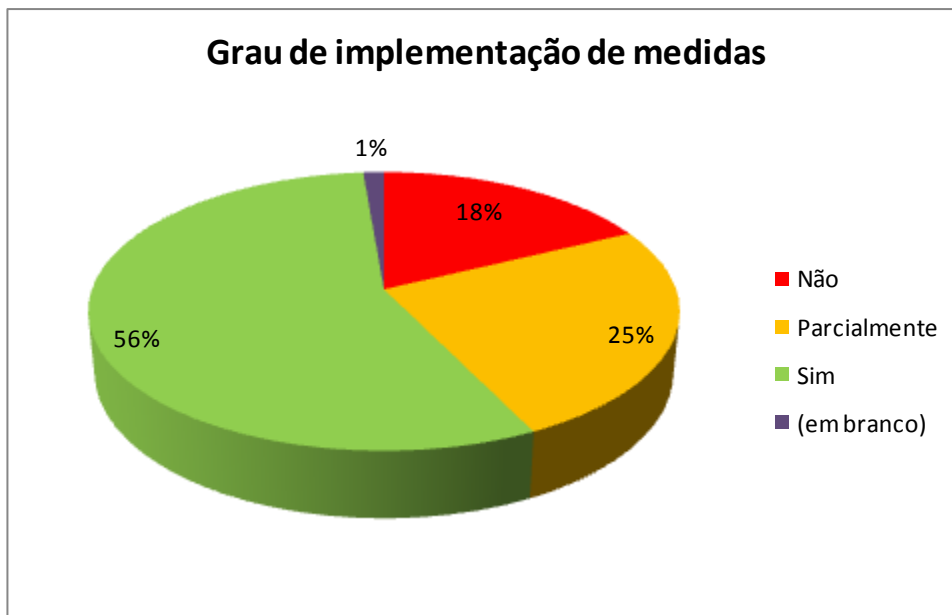
Área	Medidas preventivas por nível de implementação (n.º)					% Medidas preventivas por nível de implementação				
	Não	Parcialm ente	Sim	(em branco)	Total Geral	Não	Parcialm ente	Sim	(em branco)	Total Geral
Compras	1	4	12		17	6%	24%	71%		100%
Conflitos de interesses	1	1	4	1	7	14%	14%	57%	14%	100%
Contabilidade e Reporte	1	3	6		10	10%	30%	60%		100%
Existências	2	5	14		21	10%	24%	67%		100%
Faturação	1	4	4		9	11%	44%	44%		100%
Imobilizado	2	5	2		9	22%	56%	22%		100%
Produção	18	12	35		65	28%	18%	54%		100%
Recursos Humanos		4	8	1	13		31%	62%	8%	100%
Tesouraria	1				1	100%				100%
Total Geral	27	38	85	2	152	18%	25%	56%	1%	100%

⁹ Em que as medidas são implementadas em mais de 50% das situações.

¹⁰ Estas situações podem ser verificadas nas tabelas do Anexo II.

O gráfico seguinte representa globalmente o grau de cumprimento das medidas preventivas.

Gráfico 2



O quadro IV permite conhecer o grau de implementação de medidas por nível de risco (alto-médio-baixo). Em relação às medidas preventivas correspondentes aos eventos de risco alto, 78% foram implementadas ou parcialmente implementadas. Cerca de metade das medidas preventivas correspondentes aos eventos de risco médio (49%) e mais de metade das medidas preventivas correspondentes aos eventos de risco baixo (68%) foram implementadas.

Quadro IV – Nível de implementação das medidas, por risco

Risco	Medidas preventivas por nível de implementação (n.º)					% Medidas preventivas por nível de implementação				
	Não	Parcialmente	Sim	(em branco)	Total Geral	Não	Parcialmente	Sim	(em branco)	Total Geral
Alto	6	13	9		28	21%	46%	32%	0%	100%
Baixo	13	12	55	1	81	16%	15%	68%	1%	100%
Médio	8	13	21	1	43	19%	30%	49%	2%	100%
Total Geral	27	38	85	2	152	18%	25%	56%	1%	100%

No detalhe por área, foram obtidos os seguintes valores:

Quadro V – Nível de implementação das medidas, por área e risco

Área / Risco / Nível de implementação	Medidas preventivas (n.º)				% Nível implementação
	Alto	Baixo	Médio	Total Geral	
Compras		10	7	17	
Não		1		1	6%
Parcialmente		2	2	4	24%
Sim		7	5	12	71%
Conflitos de interesses	1	3	3	7	
Não	1			1	14%
Parcialmente			1	1	14%
Sim		2	2	4	57%
(em branco)		1		1	14%
Contabilidade e Reporte		9	1	10	
Não		1		1	10%
Parcialmente		2	1	3	30%
Sim		6		6	60%
Existências	1	18	2	21	
Não		2		2	10%
Parcialmente	1	2	2	5	24%
Sim		14		14	67%
Faturação	2	4	3	9	
Não		1		1	11%
Parcialmente	2	1	1	4	44%
Sim		2	2	4	44%
Imobilizado	1	4	4	9	
Não		1	1	2	22%
Parcialmente	1	1	3	5	56%
Sim		2		2	22%
Produção	22	24	19	65	
Não	5	6	7	18	28%
Parcialmente	8	1	3	12	18%
Sim	9	17	9	35	54%
Recursos Humanos	1	8	4	13	
Parcialmente	1	3		4	31%
Sim		5	3	8	62%
(em branco)			1	1	8%
Tesouraria		1		1	
Não		1		1	100%
Total Geral	28	81	43	152	

2. Análise qualitativa

Neste ponto apresenta-se a apreciação por área:

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)** - no Plano, foram identificadas 16 medidas para 16 eventos fatores de risco (nove de risco alto, quatro de risco médio e três de risco baixo). Em termos de implementação, 56% das medidas foram implementadas, 25% não e as restantes foram parcialmente. Salientam-se algumas situações de risco alto em que as medidas não foram implementadas ou foram-no parcialmente:
 - Organização da função indefinida – a medida prevista consistia na elaboração de manuais de procedimentos, contudo, dada à carência de recursos humanos em algumas áreas, tal não foi possível. Foram elaboradas contudo orientações e normas internas;
 - Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado – a medida prevista consistia em promover ações de formação, o que não veio a concretizar-se pelo mesmo motivo referido no ponto anterior;
 - Sistema de suporte à produção¹¹ inexistente, desadequado ou desatualizado – a medida preventiva consistia em garantir a interoperabilidade entre os sistemas e atualizar alguns sistemas de suporte à produção. Em termos de resultados, verifica-se que ainda não foi possível corrigir ou atualizar todas as situações sinalizadas.
 - Sobreocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica – as medidas previstas consistiam em “adequar os recursos humanos às necessidades de assegurar a realização de todos os MCDT em tempo útil e promover medidas alternativas, como por exemplo o envio para o exterior, nos casos em que a procura é claramente superior à oferta” - nalguns casos, os exames foram enviados para o exterior, contudo, mantêm-se dificuldades ao nível da resolução de listas de espera de alguns serviços, por sua vez, dependente da contratação de recursos humanos ou da aquisição de equipamento.
- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Consultas (CE) e Hospital de Dia (HDI)** – registam-se predominantemente riscos de cariz alto (6 num total de 10 eventos). Em termos de implementação, a maior parte foi implementada parcialmente. Será necessário assim dar continuidade à implementação das medidas, nomeadamente:
 - Sistema de suporte à produção inexistente, desadequado ou desatualizado - melhorar a interoperabilidade e atualizar os sistemas;
 - Organização da função indefinida - proceder à elaboração de manuais de procedimento e atualização/revisão dos documentos existentes.
- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Gestão de Meios Físicos – Bloco Central e Unidade Cirúrgica de Ambulatório** – nesta área, foram identificadas no Plano 10 medidas para 11 eventos fatores de

¹¹ Gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH.

risco (um de risco alto, três de risco médio e sete de risco baixo). Contudo, apesar de a maior parte das situações terem sido classificadas de risco baixo, verifica-se que as medidas preventivas definidas não foram, quase todas, implementadas. O principal motivo relaciona-se com a falta de apoio das empresas detentoras dos sistemas de informação que impossibilitou proceder a correções e/ou atualizações, no tocante a registos, imputações de custos e informação dos doentes. Apesar da adoção de medidas com vista ao aumento das taxas de ocupação, verifica-se ainda uma taxa de cancelamentos muito elevada. Por implementar a contratualização interna e *Balanced Scorecard* (BSC).

- **Produção – Serviços de prestação de cuidados - Cirurgia e Mulher e Criança** – foram previstas medidas para todos os eventos identificados nesta área de produção (quatro de risco médio e sete de risco baixo), dando-se cumprimento à respetiva implementação, com exceção de duas situações (ambas de risco médio): uma que se prende com o quadro de pessoal e que está dependente da finalização do Projeto Balcão Único¹²; outra situação que é transversal a todas as áreas produtivas, correspondente à ausência de apuramento dos custos e margens por utente. Em relação a esta última mantém-se a medida prevista (critérios de imputação do material de armazém por serviço responsável).
- **Produção – Serviços de prestação de cuidados – Medicina e Urgência** – mais de 70% das medidas preventivas foram implementadas (13 em 18), registando-se maioritariamente resultados satisfatórios. Verifica-se uma única situação em que o risco é alto e cuja medida não está ainda implementada – trata-se da já mencionada ausência de apuramento de custos e margens por utente, sendo que aqui prevê-se como medida a elaboração de *tableaux de bord* e a definição de critérios de imputação. Duas medidas, associadas a eventos de risco médio-alto, foram parcialmente implementadas: uma situação identificada decorre do recurso excessivo a meios de diagnóstico no exterior, sendo o resultado das medidas (reforço de recursos humanos e modernização dos equipamentos) a internalização de MCDT; a outra situação está relacionada com o quadro de pessoal, concluindo-se pela falta de assistentes técnicos e operacionais e de pessoal de enfermagem.
- **Faturação** – foram identificados nesta área vários eventos cuja aferição de risco teve como resultado risco médio/alto (seis em 14). Salvo uma situação a rever no próximo Plano, todos tiveram medidas associadas, sendo de indicar a sua apreciação, findo o ano 2016:
 - Pagamentos fora de prazo pelos clientes – a medida prevista para 2015 consistia na insistência do pagamento (através de cartas aos intervenientes no processo), que foi reforçada em 2016 pela adoção do sistema de interpelação judicial - plataforma GREI. A manutenção destas medidas permitiu obter resultados satisfatórios;
 - Taxas moderadoras não cobradas oportunamente – a implementação e a sustentação do projeto SITAM¹³ tem permitido a obtenção de resultados satisfatórios também neste nível;
 - Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente/ não faturados oportunamente – a medida prevista no Plano para 2016 consistiu em reforçar, junto dos serviços responsáveis pelos registos dos

¹² “Promover a análise e avaliação do conteúdo funcional dos vários secretariados de forma a obter ganhos de eficiência, que se traduzam numa distribuição mais adequada dos RH. Eventual reestruturação e centralização de algumas atividades.”

¹³ Sistema de Informação de Taxas Moderadoras.

atos, para que os mesmos fossem o mais completos e próximos da execução possível. A implementação não está ainda completa dada a forte dependência externa;

- Faturas por cobrar há muito tempo – apesar da melhoria ao nível da faturação com seguradoras, mantêm-se as dificuldades relacionadas com a ARS. Conclui-se pela implementação parcial de medidas, estando em curso um processo negocial com essa entidade;
- Saldos incorretos de clientes – tal como indicado pelo Serviço, tem sido efetuado um esforço para a atualização dos contactos, nomeadamente através do cruzamento de dados, contudo, dado que a situação não está totalmente revista, mantêm-se as tarefas em curso.

- **Recursos Humanos** – nesta área, 10 em 18 dos eventos identificados representa risco baixo (56%). Relativamente aos restantes eventos, destaca-se um com risco alto associado - não reconhecimento do mérito e desempenho do pessoal. Como medida preventiva apresenta-se o sistema de avaliação e desempenho adaptado a todas as carreiras e regimes, que foi implementado parcialmente (por implementar às carreiras de enfermagem em CIT¹⁴ e TDT¹⁵ integralmente). Apesar disso, na presente fase, não tem efeitos de reconhecimento de mérito ou de evolução da carreira. Em relação aos eventos de risco médio com medidas preventivas associadas, todos registam a implementação das mesmas com melhoria dos resultados (deficiências relacionadas com: registos de alterações mensais de faltas, horas extra e remunerações não regulares e de tempos trabalhados; controlo da assiduidade; pagamento de remunerações).

- **Compras** – nesta área, o nível de risco identificado pelo Serviço de Gestão de Compras oscila entre baixo-médio, sendo de assinalar os riscos médios:
 - Desempenho de fornecedores inadequados – pretendeu-se melhorar o processo de reclamação a fornecedores e o alargamento a outras áreas, todavia, mantiveram-se dificuldades, mantendo-se por implementar medidas que melhorem o processo de reclamação ao fornecedor; no tocante às Operações Hoteleiras, a realização de auditorias periódicas permitiram identificar oportunidades de melhoria;
 - Existência de encomendas por satisfazer após prazo concordado – as medidas implementadas na área dos MCDT (alertas gerados de forma automática a informar exames em falta para as consultas a realizar nos 5 dias seguintes) permitiram reduzir o número de consultas não realizadas por falta de resultados.
 - Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado – ao nível de recursos humanos reconhece-se que ao nível da formação mantém necessidade de formação em termos de legislação (Código dos Contratos Públicos) e informática (Excel).

Os restantes riscos médios identificados tiveram resultados satisfatórios em termos de implementação das medidas preventivas.

Na perspetiva dos Serviços Farmacêuticas foram estabelecidas e implementadas cinco medidas preventivas face à identificação de oito situações de risco (sete de risco baixo e uma de risco médio), na área das compras. A única situação de risco médio relaciona-se com o sistema de suporte

¹⁴ Contrato Individual de Trabalho.

¹⁵ Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

(inexistente/desadequado/desatualizado) estando implementada a medida que consiste em estabelecer contactos regulares com o fornecedor da aplicação informática.

- **Existências** – a maior parte dos riscos associados a esta área são baixos, assinalando-se, pelo Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento, apenas uma situação cuja avaliação do risco determina-o de nível médio. Não foram contudo estabelecidas medidas preventivas (situação a rever no próximo Plano). Foram definidas medidas para 8 situações, obtendo-se resultados satisfatórios para 6 situações. Numa situação, cuja medida consiste em otimizar o procedimento e circuito de material à consignação, a sua implementação não foi completa devido a alguns constrangimentos identificados, prosseguindo a medida no sentido da aplicação total do procedimento. Esta medida visa dirimir o risco de entregas não autorizadas de materiais. Não foi possível manter as contagens e auditorias intercalares aos armazéns avançados, por falta de disponibilidade dos recursos humanos em 2016.

Ainda nesta área assinalam-se quatro eventos com risco médio-alto, pelos Serviços Farmacêuticos, no Plano 2016. Excetuando uma destas situações (Instalações de armazenagem inadequadas), todas têm medidas preventivas identificadas, implementadas parcialmente:

- Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna – este tipo de informação é trabalhada a partir dos dados da aplicação informática, que não responde completamente às necessidades dos Serviços;
 - Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado – as medidas consistem na contratação dos elementos em falta (solicitação ao CA);
 - Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente – a medida preventiva consiste na validação de todos os pedidos pelo farmacêutico. Em falta a automatização do processo de devoluções.
- **Imobilizado** – nesta área foram identificadas no Plano de 2016 nove medidas preventivas, das quais cinco foram implementadas parcialmente. Dos 17 eventos assinalados, seis são de risco médio-alto, quase todos com medidas previstas. Em termos de implementação destas medidas, quatro foram implementadas parcialmente e uma não foi implementada. O risco presente neste último advém de transferências de local não registadas oportunamente, concluindo-se pela falta de capacidade dos serviços em cumprir as regras. No sentido de reverter esta situação, pretende-se desmaterializar o processo. A revisão de procedimentos, que consiste numa medida preventiva para alguns eventos de risco, teve início mas não foi ainda finalizada. O risco de existência de bens obsoletos revela-se alto. Como medidas previstas assinalam-se o investimento (como em 2015) e a submissão de projetos a fundos comunitários. O orçamento deficitário e indisponibilidade de fundos comunitários têm como consequência a implementação parcial do Plano 2016.
- **Tesouraria** – todos os eventos são de risco baixo (12), assinalando-se a definição de medidas apenas para um evento - “débito de juros de mora por pagamentos não efetuados nos prazos” - já consideradas no Plano anterior. Em 2016 e apesar das medidas, verifica-se que os prazos do processo de validação nem sempre foram cumpridos, concluindo-se pela necessidade de implementar um “sistema de alerta para os casos em que vencem juros por falta de pagamento”.

- **Contabilidade e Reporte** – a aferição do risco nesta área é quase exclusivamente de nível baixo, registando-se apenas um evento de risco médio, o qual consiste em contas que não refletem os valores de realização de ativos (por centros de custo). Em termos de medidas estipulou-se incentivar as chefias intermédias a pronunciarem-se, contudo em termos de avaliação das medidas conclui-se pelo alcance parcial dos resultados, uma vez que o assunto não foi abordado de forma permanente.
- **Conflitos de interesse** – as situações potenciadoras de conflitos de interesses foram objeto de estudo pelos responsáveis das áreas, tendo sido as respetivas medidas implementadas em quase todas (uma situação de risco médio tem medidas implementadas parcialmente; uma situação de risco baixo remete para a área de atuação de outro serviço; uma situação de risco baixo não apresenta medidas¹⁶). Sete situações têm risco médio-baixo (88%). Uma única situação é de risco alto e as medidas preventivas estão ainda por implementar - relaciona-se com o controlo dos horários e atividades dos profissionais, não se verificando articulação entre os serviços de suporte e de produção que permitisse a concretização das medidas.

3. Riscos identificados relativamente às funções e cargos de direção de topo

Decorrente da Recomendação de 1 de julho de 2015 (Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas), do CPC, o PPRCIC do Hospital aprovado em 2016 acrescenta informação no tocante ao estipulado no número 2: “Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos”. Esta informação consubstancia-se em eventos associados a riscos relacionados com o incumprimento da legislação. Globalmente, a avaliação do risco desta área é de nível médio, resultante da probabilidade de risco reduzido e do impacto elevado. É efetuada uma apreciação no ponto C. a estas situações (A.) e às medidas preventivas (B.) identificadas no Plano 2016 neste âmbito.

A. Identificação das situações

- Estatuto do gestor público (EGP) - Decreto-lei n.º 71/2007, de 27 de Março
 - Este diploma estabelece no seu artigo 5.º alguns deveres dos gestores públicos, resumidamente – cumprir os objetivos da empresa; assegurar a concretização das orientações definidas nos termos da lei e a realização da estratégia da empresa; avaliar e gerir os riscos; guardar sigilo profissional; acompanhar, verificar e controlar a evolução da atividade; assegurar a suficiência, veracidade, fiabilidade e confidencialidade da informação; assegurar o tratamento equitativo dos acionistas;
 - O artigo 22.º do EGP indica uma série de incompatibilidades e impedimentos, sendo de salientar limitações em celebrar contratos de trabalho ou de prestação de serviços;
 - O artigo 36.º do EGP faz referência à sujeição dos gestores públicos às normas éticas do setor de atividade;
 - O artigo 37.º menciona à sujeição dos gestores públicos às boas práticas decorrentes dos usos internacionais, designadamente em matéria de transparência;

¹⁶ Está contido implícita a continuação das medidas do Plano anterior.

- Avaliação do desempenho – de acordo com o mesmo diploma “O desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações previstas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, ou decorrentes do contrato de gestão, bem como os critérios definidos em assembleia geral.” Tendo em conta a metodologia utilizada, preconizada pela ACSS, o grau de cumprimento dos objetivos fixados para 2014 atingiu 93,4%.¹⁷
- Regimento do CA – documento aprovado por deliberação do CA em reunião de 27.03.2012; encontra-se publicado no sítio da intranet do HSO, promovendo a segregação de funções entre os elementos do CA;
- Cumprimento das reduções remuneratórias aplicáveis – as remunerações dos membros do CA são divulgadas no âmbito do Governo Societário e incluem as reduções legalmente previstas;
- Implementação do código de conduta ética adequado às melhores práticas em vigor – o HSO dispõe deste documento atualizado, homologado em reunião do CA de 13.05.2015, que estabelece o conjunto de princípios e valores em matéria de ética institucional a observar por todos os colaboradores do HSO;
- Contratação Pública – têm sido desenvolvidos esforços no sentido de melhorar a atuação da área de Compras, nomeadamente através da criação e implementação de normas e procedimentos, reconhecendo-se contudo que prevalecem fragilidades que devem ser colmatadas; está prevista a elaboração de um manual para esta área, contudo, e tendo em consideração possíveis alterações legislativas, este documento não foi para já devidamente aprofundado;
- Cumprimento geral da lei – o HSO dispõe de um regulamento interno que lhe confere a intenção de prosseguir a missão e os objetivos a que se propõe de forma clara, transparente e de acordo com a lei.

B. Medidas preventivas

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

¹⁷ In “Relatório relativo ao grau de cumprimento das orientações e objetivos de gestão – Exercício de 2014” do Fiscal Único.

C. Análise das situações e medidas preventivas

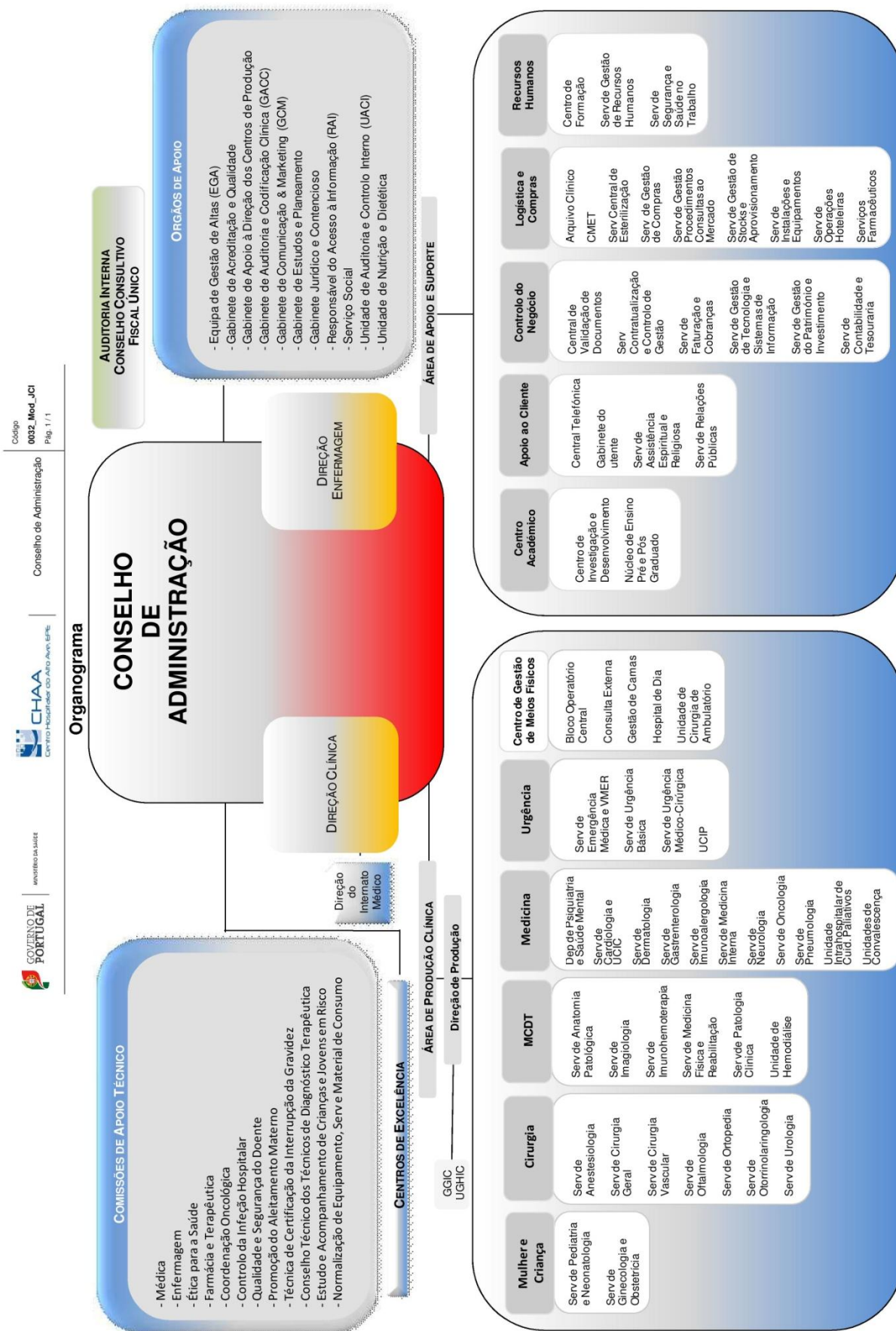
- Avaliação do desempenho – perante o desconhecimento da existência formal do Contrato de Gestão para os Administradores (relatório do órgão de fiscalização, anexo ao relatório do Governos Societário 2015), verifica-se que de acordo com o Relatório e Contas 2015 e Relatório do Governo Societário de 2015, o cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência é de 87,3% (sem validação da ARS Norte e ACSS). O cumprimento do Contrato programa, de acordo com o Relatório e Contas 2015 é de 99,5%.
- No Relatório do Governo Societário de 2015 estão publicadas declarações de independência dos vogais do CA (de decisões do próprio interesse, nomeadamente no tocante a aprovação de despesas).
- Regimento do CA – em 2016 foram realizadas 53 reuniões (de acordo com o regimento do CA, deverá realizar-se uma por semana, prevendo ainda a realização de reuniões extraordinárias; de acordo com Decreto-Lei 233, no mínimo, semanalmente), com uma taxa de participação global de 83% (considerando o total de reuniões possíveis com todos os elementos e as respetivas ausências/presenças). É de referir a contribuição para a diminuição da taxa: a ausência/impedimento do Presidente do CA, que foi substituído pelo Vogal de CA por si designado, e a ausência do Vogal de CA que apresentou renúncia ao cargo. De acordo com o art. 9.º do regimento do CA “O Conselho não pode deliberar sem que esteja presente a maioria dos seus cinco membros”, sendo que, segundo informação recolhida, tem existido sempre à data quórum constitutivo e deliberativo.
- Cumprimento das reduções remuneratórias aplicáveis – o Relatório do Governo Societário 2015 está devidamente publicado, incluindo as remunerações aplicáveis ao CA.
- Contratação pública – foram elaborados diversos procedimentos para esta área, não tendo sido elaborado contudo um manual, como se previa. Assinalam-se a evolução e as mudanças nos últimos anos, que, por um lado, têm permitido melhorar e aperfeiçoar procedimentos, mas também, por outro, dificultado a capacidade de resposta do Serviço devido às variadas obrigações impostas pela Tutela e pela legislação que regulam as aquisições. Face a estas mudanças, que conduziram a uma maior exigência a todos os níveis – jurídicos (como a aplicação do Código dos Contratos Públicos e da LCPA), novas metodologias de consulta ao mercado, plataformas eletrónicas, articulação dos meios informáticos, necessidade de formação, publicações no base.gov, etc. - resultou a necessidade de adequação dos recursos humanos. A equipa adstrita às compras deverá conter determinados requisitos específicos, tais como capacidade para avaliar os procedimentos concursais a adotar e para cumprir genericamente com todas as obrigações impostas. A necessidade de reforço da equipa, bem como outras melhorias, está sinalizada pela Instituição, no entanto, face às dificuldades de contratação de pessoal não está ainda ultrapassada. Todas estas dificuldades impossibilitam de forma plena o funcionamento ótimo dos Serviços e o cumprimento escrupuloso e integral de todos os normativos. Acrescem alguns condicionalismos difíceis de ultrapassar, externos à Instituição, como seja a articulação com as entidades autorizadoras e respetivos tempos de resposta. Esta situação e a aplicação de leis restritivas como a LCPA, de difícil aplicação em instituições públicas complexas, poderiam conduzir em última instância a uma interrupção da prestação de cuidados de saúde.
- Reforçar o capital humano – O total de profissionais aumentou de 2015 para 2016 (+36). Em 2015, o

total de trabalhadores era de 1491 e, em 2016, 1527. No entanto, por força da reversão do regime semanal das 40 para as 35 horas dos trabalhadores em regime de contrato de trabalho em funções públicas, o total de profissionais ETC (a 40 horas) diminui de 1474, em 2015, para 1445, em 2016. Ao nível da formação, em 2016, registam-se, no total, 13.946,75 horas de formação institucional e em serviço (+5.337,25 horas que 2015), dirigidas aos vários profissionais. De acordo com o serviço, “toda a formação foi realizada com base numa cultura de desenvolvimento contínuo dos recursos humanos, visando a atualização permanente de competências, sendo um vetor fundamental na gestão e evolução organizacional”. Destaca-se ainda o programa “EU QUERO – Projeto de Qualificação de profissionais”, dirigido aos Assistentes Operacionais e aos Assistentes Técnicos (no triénio 2014-2016, 2 Assistentes Operacionais obtiveram o 9.º ano de escolaridade e 19 Assistentes Técnicos e 3 Assistentes Operacionais obtiveram o nível IV de qualificação profissional, dos quais 6 concluíram também o 12.º ano de escolaridade em simultâneo).

- Promover políticas de atuação profissional que transmitam aos colaboradores valores como a transparência e o rigor – no âmbito da integração do colaborador na instituição, é-lhe proporcionado um programa formativo que permita o seu desenvolvimento e a sua aculturação aos valores éticos e profissionais da Instituição. Em 2016 foram realizadas três ações do curso (de 4 horas) "Formação Inicial de Profissionais na Instituição", a 112 profissionais, o que totaliza 448 horas de formação.
- Política de rotatividade de funções administrativas entre os profissionais – não está formalmente instituída uma política desta natureza. No entanto, assinala-se no final de 2016 a rotação de assistentes técnicos, prosseguida no Serviço de Urgência, ainda que motivada por fatores, nomeadamente pontuais, que não se relacionam com uma política de rotação pré-definida.
- Implementação de normas e procedimentos que promovem a segregação de funções e o controlo mútuo entre os diversos intervenientes internos – estão publicados (à data da consulta) no portal interno da Instituição 232 normas e procedimentos (dada a elevada quantidade de documentos publicados não foi efetuada uma análise detalhada).
- Elaboração de regulamentos pelos Serviços – foram publicados vários regulamentos no portal interno do Hospital relacionados com Serviços, Comissões, Grupos de trabalho, sistemas de avaliação, espaços, etc. No total, foram publicados 64 documentos (data da consulta – 13/04/2017). Contudo, verifica-se que uma parte significativa dos documentos carecerá de revisão (55% dos documentos foram homologados há menos de 3 anos).
- Controlo e normalização de acessos relativamente a visitantes, em particular dos Delegados de Informação Médica – é utilizado o Programa Informático de Gestão de Visitas (GestVIDI) que permite efetuar os registos dos acessos ao Hospital, à área restrita do Serviço de Internamento. De acordo com este Programa, bem como registos manuais (senhas), foram efetuados cerca de 500 mil acessos no ano 2016, com vista a visitar o doente, a solicitar informações do doente, à realização de visitas aos Serviços pelos delegados de informação médica, entre outras situações. No que toca especificamente aos delegados de informação médica, é efetuado o controlo através da lista de visitas de delegados de informação médica a serviço de saúde do INFARMED (aproximadamente 1500 em 2016). Todavia, de

acordo com a informação do Relatório do Serviço de 2016, existe ainda um número significativo de entradas não abrangidas pelo Programa ou outro sistema de controlo do acesso. Estas situações estão identificadas no mesmo documento: internamentos, levantamento de documentação, consultas, contactar pessoalmente com elementos do corpo clínico.

ANEXO I



ANEXO II

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Moderado	Elevado	Alto	Continuação da monitorização regular no âmbito do grupo de trabalho	Sim		
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Moderado	Médio	Continuar a formação/sensibilização dos profissionais para a imputação correta dos custos e providenciar pelo fornecimento de informação adicional aos gestores, nomeadamente no que concerne a custos com pessoal	Sim		
Atos clínicos	Insatisfação dos utentes	Moderado	Elevado	Alto	Adequar o questionário aos serviços de apoio clínico	Não	Desconhecidos.	
Atos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Reduzido	Moderado	Baixo	Continuar a propr de forma sustentada a realização internas dos exames, bem como os recursos necessários para o fazer	Parcialmente	Apenas por avaria ou falta de capacidade dos equipamentos são enviados para o exterior alguns exames, nomeadamente TAC e RMN	Aquisição de dois equipamentos de TAC para colmatar a lista de espera e continuação da implementação do plano proposto para a RMN, através do qual são enviadas para o exterior todas as RMN que excederem a capacidade do equipamento e dos recursos humanos disponíveis
Atos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Moderado	Baixo	Continuar a monitorizar os casos em que tal suceda	Sim		
Atos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Reduzido	Elevado	Médio	Continuar a monitorização da prescrição e identificar os casos de seleção inadequada de medicamentos	Sim		
Atos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Moderado	Elevado	Alto	Questionar as chefias intermédias dos serviços clínicos sobre as medidas a tomar e o plano de prevenção a adotar	Sim		
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Elevado	Elevado	Alto	Manter o controlo mensal e acompanhamento de rotina das atividades dos assistentes técnicos	Sim		



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/Execução do Plano 2016		
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aterção do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Geral	Desempenho inadequado	Moderado	Elevado	Alto	Manter o controlo diário das situações expostas e avaliar a adequação dos profissionais aos postos de trabalho	Sim		
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Elevado	Médio	Manter o Gabinete nos moldes existentes, mas promover o fornecimento, por outros serviços de suporte, de informação que atualmente não é disponibilizada	Sim		
Geral	Organização da função indefinida.	Moderado	Elevado	Alto	Elaborar manuais de procedimentos	Não	Atendendo à carência de recursos humanos em algumas áreas, não foi possível elaborar ou rever os manuais de procedimentos. Foram, no entanto, elaboradas várias orientações e normas internas ao longo do ano	Elaborar e rever os manuais de procedimentos dos serviços
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Elevado	Alto	Promover formações adequadas a cada grupo profissional	Não	Atendendo à carência de recursos humanos em algumas áreas, não foi possível promover ações de formação interna	Promover ações de formação interna em áreas carenciadas
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Moderado	Elevado	Alto	Garantir a interoperabilidade entre os sistemas e atualizar alguns sistemas de suporte à produção (ex. AIDA)	Parcialmente	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações/atualizações identificadas	Atualização dos SI para cobrir as necessidades efetivas dos serviços
Geral	Sobreocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Elevado	Elevado	Alto	Adequar os recursos humanos às necessidades de assegurar a realização de todos os MCDT's em tempo útil e promover medidas alternativas, como por exemplo o envio para o exterior, nos casos em que a procura é claramente superior à oferta	Parcialmente	Em alguns serviços, os exames foram encaminhados para o exterior, sendo que a resolução das listas de espera de outros serviços está dependente da contratação de RH ou aquisição de equipamento já identificado	Contratação de TDT's e/ou aquisição de equipamento
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Reduzido	Baixo	Com o incremento da utilização dos sistemas de informação, dificilmente será concretizado este fator de risco	Sim		
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Elevado	Reduzido	Médio	Promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo	Não	Os sistemas de informação são ainda muito deficitários a este nível	Continuar a promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016					Monitorização/execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Reduzido	Moderado	Baixo	Estratégia idêntica (Reforço de monitorização periódica por parte do Gestor da área e sensibilização dos diretores de Serviço para a questão nas reuniões mensais).	Sim	Resultados muito satisfatórios.	
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Elevado	Alto	Reforço da monitorização e maior colaboração por parte do Controlo de Gestão.	Sim	Resultados satisfatórios.	Melhorar articulação entre o Gabinete de Apoio à Direção dos Centros de Produção e o Controlo de Negócio (necessidade de implementação de ferramentas próprias para imputação correcta).
Atos clínicos	Insatisfação dos utentes	Moderado	Moderado	Médio	Necessidade de maior colaboração por parte da Área de Apoio ao Cliente.	Não	Informação desconhecida.	Necessidade de maior colaboração por parte da Área de Apoio ao Cliente.
Atos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Moderado	Elevado	Alto	Estratégia idêntica (Modernização do parque de equipamentos e reforço de RH especializados).	Parcialmente	Internalização de MCDT.	Reforçar internalização de MCDT.
Atos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Estratégia idêntica (Auditoria periódica aos processos clínicos e posterior divulgação dos resultados).	Não	Sem resultados - não foi efetuada nenhuma auditoria nesta perspetiva.	Realizar auditorias.
Atos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Moderado	Elevado	Alto	Estratégia idêntica com maior colaboração dos Serviços Farmacêuticos	Sim	Resultados satisfatórios, com base nos resultados do Grupo de Trabalho da Monitorização (Análise publicada e enviada nominalmente para cada prescriptor).	
Atos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Moderado	Elevado	Alto	Estratégia idêntica (Implementação de NOC e posterior envio de resultados obtidos).	Sim	Resultados satisfatórios.	



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Moderado	Baixo	Estratégia idêntica (Verificação periódica dos registos em falta por observação direta de listagens de doentes admitidos nas várias linhas de produção; validação na cadeia/percurso do doente no Hospital).	Sim	Resultados muito satisfatórios.	Reforçar monitorização administrativa.
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Reduzido	Baixo	Monitorização periódica por cada GP	Sim	Ocupação estável.	
Geral	Desempenho inadequado	Reduzido	Moderado	Baixo	Estratégia Idêntica (Monitorização do contratualizado internamente em todas as linhas de produção).	Sim	Resultados satisfatórios.	Melhoria dos automatismos de monitorização.
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo	Apoio do GAGI e Controlo de Gestão	Sim	Mantêm-se os mesmos resultados (satisfatórios ao nível da produção e menos satisfatórios ao nível dos custos e proveitos).	
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Estratégia idêntica (teoria da polivalência e atualização, sempre que se justifique, da funções atribuídas e a realizar)	Sim	Resultados satisfatórios.	
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Estratégia idêntica (Ações de formação internas para atualização de conhecimentos e aposta na polivalência).	Parcialmente	Resultados pouco satisfatórios (falta de RH - Assistentes Técnicos e Operacionais e Enfermeiros).	Reforçar equipas quantitativa e qualitativamente.
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Moderado	Moderado	Médio	Estratégia de continuidade (Implementação processo clínico eletrónico; centralização marcação exames e agendamentos cirúrgicos).	Sim	Resultados satisfatórios.	

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Geral	Sobreocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Moderado	Moderado	Médio	Monitorização rigorosa das altas e utilização da capacidade instalada	Sim	Resultados pouco satisfatórios.	Maior equilíbrio em termos de ocupação dos serviços clínicos e dos MCDT.
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Moderado	Baixo	Continuidade da equipa alocada ao GAGI	Sim	Resultados muito satisfatórios.	
Produção	Codificação de GDH morosa e não conferida.	Moderado	Elevado	Alto	Estratégia idêntica (Cumprimento escrupuloso dos prazos de entrega dos processos clínicos na Codificação).	Sim	Resultados satisfatórios.	
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Elevado	Moderado	Alto	Elaboração de TB por parte do Controlo de Gestão e definição criteriosa dos critérios de imputação.	Não		Implementar medida.



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Implementação das medidas	Monitorização/execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco		Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hospitalares não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Moderado	Médio	Sim		
Atos clínicos	Insatisfação dos utentes	Moderado	Moderado	Médio	Parcialmente	Os projetos do balcão único estão em fase de implementação e inclui o processo de convocatória por SMS	
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Moderado	Elevado	Alto	Parcialmente	Os sistemas informáticos devem ser adequados a permitir cruzar a produção com os locais de produção. Ao nível da consulta externa, tendo por base os planos de atividades para 2016, serão associados no sonho os gabinetes de consulta de forma a permitir retirar as respetivas taxas de ocupação	
Geral	Desempenho inadequado	Elevado	Elevado	Alto	Parcialmente	Criar mecanismos de controlo mais rigorosos	Criar modelo de monitorização (HD).
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Moderado	Elevado	Alto	Sim	Manter o modelo de contratução interna existente e continuar a avaliar mensalmente os principais desvios nos indicadores	
Geral	Organização da função indefinida.	Moderado	Elevado	Alto	Parcialmente	Elaborar manuais de procedimentos	Elaborar e rever os manuais de procedimentos / documentos existentes nos serviços.

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização / execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Elevado	Alto	Promover formações adequadas a cada grupo profissional	Parcialmente	Em algumas áreas, atendendo à carência de recursos humanos, não foi possível promover ações de formação interna.	Promover ações de formação interna em áreas carenciadas.
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Moderado	Elevado	Alto	Garantir a interoperabilidade entre os sistemas e atualizar alguns sistemas de suporte à produção (ex. AIDA)	Parcialmente	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações / atualizações identificadas.	Melhorar a interoperabilidade entre os sistemas no HDI Oncologia e outros. Atualização dos SI para cobrir as necessidades efetivas dos serviços da CE.
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Elevado	Médio	Com o incremento da utilização dos sistemas de informação, dificilmente será concretizado este fator de risco	Sim	Resultados muito satisfatórios.	
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Elevado	Reduzido	Médio	Promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo	Não	Os sistemas de informação são ainda muito deficitários a este nível	Implementar medida.

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/execução do Plano 2016			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.	Não	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações/ atualizações identificadas	Manter o planeamento elaborado para implementação do SI de cubra as necessidades efetivas dos serviços
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada.	Não	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações/ atualizações identificadas	Manter o planeamento elaborado para implementação do SI de cubra as necessidades efetivas dos serviços
Atos clínicos	Registo de atos clínicos sem a execução do respetivo ato.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada	Não	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações/ atualizações identificadas	Manter o planeamento elaborado para implementação do SI de cubra as necessidades efetivas dos serviços
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter a política institucional já implementada	Não	Por falta de apoio das empresas detentoras dos SI, não foi ainda possível proceder à correção de todas as alterações/ atualizações identificadas	Manter o planeamento elaborado para implementação do SI de cubra as necessidades efetivas dos serviços
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Moderado	Moderado	Médio	Implementar as medidas propostas no projeto kaizen.	Parcialmente	Apesar de terem sido adotadas várias medidas para aumento das taxas de ocupação, entre as quais o aumento do nº de doentes operados por tempo operatorio, a taxa de cancelamentos ainda é muito elevada	Melhorar a organização dos serviços para otimização das taxas de ocupação e diminuição do nº de cancelamentos
Geral	Desempenho inadequado	Moderado	Moderado	Médio	Efetuar em 2016 a contratualização interna com a UCA/BO.	Não	A proposta de contratualização interna não foi implementada.	Deve ser elaborado um plano de contratualização com os serviços de BO e UCA diferente do modelo para os serviços clínicos
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Moderado	Reduzido	Baixo	Implementação do BSC, o qual deve incluir um conjunto de indicadores de actividade dos blocos cirúrgicos para análise e implementação de medidas de melhoria com os responsáveis.	Não	O BSC não foi implementado.	

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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/Execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Os RH dos blocos cirúrgicos devem continuar a ajustar-se à procura da atividade cirúrgica.	Sim		
Geral	Sistema de suporte à produção (gestão de doentes, gestão hoteleira de doentes, gestão do processo clínico, sistema de apoio ao diagnóstico e sistema facilitador da classificação por GDH) inexistente, desadequado ou desatualizado.	Elevado	Elevado	Alto	A implementação das medidas propostas no projeto Kaizen poderão ser uma solução.	Não		
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Moderado	Moderado	Médio	Consolidar a imputação de custos intra blocos cirúrgicos, por especialidade.	Não	Os sistemas de informação são ainda muito deficitários a este nível	Continuar a promover uma cultura de apuramento dos custos por doentes, a qual só poderá ser concretizada através da adequação dos sistemas de informação a uma filosofia de imputação de custos por doente e não por centro de custo


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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Atos clínicos	Atos clínicos não registados (execução do ato sem reflexo administrativo/ registo informático), registados incorretamente ou em períodos incorretos.	Moderado	Moderado	Médio	Manter e aprofundar os mecanismos de controlo já existentes, através do cruzamento e análise de dados; Analisar a informação com os responsáveis dos serviços; Promover ações de formação para os profissionais médicos sobre a importância e regras dos registos clínicos ao nível das várias aplicações.	Sim	Resultados satisfatórios.	Manter mecanismos existentes.
Atos clínicos	Custos com pessoal, medicamentos, materiais, meios complementares de diagnóstico e custos hoteleiros não imputados total e corretamente ao ato clínico (processo clínico).	Moderado	Moderado	Médio	Manter e aprofundar os mecanismos de controlo já existentes; Encontrar uma solução para os critérios de imputação do material de armazém, por Serviço Responsável.	Sim	Resultados satisfatórios.	Manter mecanismos existentes.
Atos clínicos	Recurso excessivo a meios diagnóstico exteriores.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes.	Sim	Resultados satisfatórios.	Manter mecanismos existentes.
Atos clínicos	Seleção inadequada de medicamentos a prescrever.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes (Continuar a monitorizar a prescrição de medicamentos, designadamente, os padrões individuais, a partir da informação de retorno da ARS Norte; a Comissão de Farmácia hospitalar deve continuar a analisar a evolução das prescrições de medicamentos e a pronunciar-se sempre previamente sobre a introdução de novos medicamentos).	Sim	Resultados satisfatórios, com base nos resultados do Grupo de Trabalho da Monitorização.	
Atos clínicos	Supervisão clínica inadequada.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes (Os Diretores de Serviço devem continuar a efetuar a supervisão clínica dos atos realizados pelos médicos dos respetivos serviços, entre outras formas através de reuniões semanais; a Gestão de produção deve continuar a partilhar e a analisar com os Diretores dos Serviços um conjunto vasto de informação estatística, que inclua dados e indicadores sobre os atos clínicos).	Sim	Resultados satisfatórios.	



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Dados mestre	Doentes admitidos com informação insuficiente, desatualizada ou incorreta dificultando o processo de faturação.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes (Manter os procedimentos de verificação dos dados administrativos dos utentes, aproveitando todos os contactos que com eles são estabelecidos nas várias linhas de atividade. Recorrer ao RNU (Registo Nacional dos Utentes) sempre que necessário, para validação dos dados administrativos dos utentes).	Sim	Resultados satisfatórios.	
Geral	Baixa ocupação de serviços clínicos e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manter os mecanismos de controlo já existentes (O Centro de Produção avalia com os Diretores de Serviço a demora média por Grupos de Diagnóstico Homogêneos - GDH, o que permite avaliar a adequação dos dias de internamento em função da complexidade clínica dos utentes; os Diretores de Serviço promovem medidas, como por exemplo, a visita médica diária o planeamento altas clínicas, que permitem melhorar o desempenho clínico e a eficiência dos serviços).	Sim	Ocupação estável.	
Geral	Desempenho inadequado	Reduzido	Reduzido	Baixo	Balanço Muito positivo. As medidas preventivas identificadas estão implementadas (As atividades assistenciais, nas várias linhas de atividade, devem continuar a ser objeto de monitorização permanente, através de um conjunto vasto de indicadores, que deverão ser analisados e partilhados no âmbito da Direção de Produção e com os Diretores dos Serviços).	Sim	Resultados satisfatórios.	
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Promover a análise e avaliação do conteúdo funcional dos vários secretariados de forma a obter ganhos de eficiência, que se traduzam numa distribuição mais adequada dos RH. Eventual reestruturação e centralização de algumas atividades	Não	Projeto de Balcão Único em execução.	Finalização do projeto Balcão Único.
Produção	Apuramento moroso dos valores de produção	Reduzido	Reduzido	Baixo	Assegurar o funcionamento do Gabinete de Apoio à Direção de Produção	Sim	Resultados satisfatórios.	
Produção	Custos e margens por utente não apurados.	Moderado	Moderado	Médio	Encontrar uma solução para os critérios de imputação do material de armazém, isto é, que passe a ser por Serviço Responsável.	Não		Implementar medida.



Área de Compras - Serviço de Gestão de Compras

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Conferência de faturas morosa.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Extravio de faturas.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Passivos omissos.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Dados mestre	Dados mestre de clientes em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Adjudicação não autorizada.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Encomenda	Condições contratuais não registadas. Variação, de compra para compra, nos preços e condições por as mesmas não estarem contratadas.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Encomenda	Desempenho de fornecedores inadequado.	Moderado	Moderado	Médio	Melhoria do processo de reclamação a fornecedores com alargamento da medida a outras áreas.	Parcialmente	Falta de tempo/ recursos humanos para formalizar todas as reclamações.	Melhorar o nível de reclamação ao fornecedor
Encomenda	Encomenda de quantidades erradas podendo originar excesso de existências que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletas (prazo de validade) ou rutura de existências.	Reduzido	Moderado	Baixo	Monitorização das quantidades e constante ajustamento aos consumos do HSO.	Sim	Satisfatório	
Encomenda	Existência de encomendas por satisfazer após prazo concordado.	Moderado	Moderado	Médio	Envio de notificações/ reclamações semanais aos fornecedores faltosos.	Sim	Satisfatório	
Encomenda	Medicamentos / materiais inadequados por seleção incorreta.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Moderado	Baixo				

Área de Compras - Serviço de Gestão de Compras

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Encomenda	Organização com posição pouco relevante na negociação de contratos de fornecimento.	Reduzido	Moderado	Baixo	Atualização de todos os contratos.	Sim	Satisfatório	
Encomenda	Penalidades por inconformidade com legislação sobre compras.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Uma das lacunas deste serviço ao nível da formação é na área da legislação – CCP e utilização de Excel. Perante esta dificuldade, tem-se sugerido ao departamento de formação a promoção de ações de formação nesta área.	Parcialmente	Falta de formação.	Formação contínua / atualização na área da legislação – CCP e utilização de Excel (avanzado).
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Reduzido	Moderado	Baixo				
Gestão de contas a pagar	Saldo de fornecedores e credores incorretos.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Pagamentos	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos. Não obtenção de descontos financeiros.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Receção	Receções de materiais e bens não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Receção	Receções de serviços não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Moderado	Moderado	Médio	Melhorar o controlo da execução dos trabalhos e cumprimento dos prazos.	Sim	Satisfatório	



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Conferência de faturas morosa.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Alteração no procedimento de conferência das faturas. A fatura é emitida após a recepção da Nota de Encomenda	Parcialmente	Redução 50% de tempo utilizado na conferência das facturas de entidades privadas.	Alargar às entidades públicas
Controlo de facturas de fornecedores	Extravio de faturas.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Controlo de facturas de fornecedores	Passivos omissos.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Dados mestre	Dados mestre de clientes em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Adjudicação não autorizada.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Condições contratuais não registadas. Variação, de compra para compra, nos preços e condições por as mesmas não estarem contratadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Desempenho de fornecedores inadequado.	Moderado	Moderado	Médio	Sempre que detetado, é realizada exposição ao Aprovisionamento de forma a aplicar as penalidades previstas em Caderno de Encargos. No caso das Operações Hoteleiras são realizadas auditorias periódicas e relatórios trimestrais a garantir a qualidade do serviço prestado.	Sim	Na parte da CMET não se verificam melhorias significativas. Das auditorias realizadas surgiram oportunidades de melhoria.	



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

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/execução do Plano 2016			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Encomenda	Existência de encomendas por satisfazer após prazo concordado.	Moderado	Moderado	Médio	No caso dos MCDT, são gerados alertas de forma automática a informar quais os exames em falta para as consultas a realizar nos 5 dias seguintes.	Sim	Verifica-se uma redução de consultas não realizadas por falta de resultados.	
Encomenda	Extravio de requisições e encomendas.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Organização com posição pouco relevante na negociação de contratos de fornecimento.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Penalidades por inconfiabilidade com legislação sobre compras.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Receção	Receções de serviços não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo				

Área de Compras - Serviço de Contabilidade e Tesouraria e Central de Validação de Documentos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/execução do Plano 2016			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Controlo de facturas de fornecedores	Conferência de faturas morosa.	Reduzido	Moderado	Baixo	Implementação sistema de controlo documental - Gooportal. Integração direta e imediata de parte das NE.	Parcialmente	O processo de validação terá que ser "afinado" uma vez que os prazos de validação não têm sido cumpridos.	Redefinição da política de validação de documentos, nomeadamente no que concerne aos prazos dados aos validadores.
Controlo de facturas de fornecedores	Extravio de faturas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			Devolver faturas que não cumpram os circuitos definidos
Gestão de contas a pagar	Saldos de fornecedores e credores incorretos.	Reduzido	Moderado	Baixo	Ofícios relativos à conciliação de saldos remetidos pelos ROC.	Sim		
Pagamentos	Débito de juros de mora por atraso nos pagamentos. Não obtenção de descontos financeiros.	Reduzido	Moderado	Baixo	Implementação sistema de controlo documental - Gooportal.	Não	O processo de validação terá que ser "afinado" uma vez que os prazos de validação não têm sido cumpridos.	Implementação de um sistema de alerta para os casos em que vencem juros por falta de pagamento.

Área de Compras - Serviços Farmacêuticos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Atualização do plano			Monitorização/execução do Plano 2016			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Ajustamentos não registados, aprovados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Encomenda	Encomenda de quantidades erradas podendo originar excesso de existências que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletas (prazo de validade) ou rutura de existências.	Reduzido	Moderado	Baixo	Validação técnica das encomendas.			
Encomenda	Medicamentos / materiais inadequados por seleção incorreta.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Comissões de escolha			
Encomenda	Notas de encomenda erradas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Validação técnica das encomendas.			
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Sistema de suporte à contratação, compras, desempenho de fornecedores e gestão de fornecedores inexistente, desadequado ou desatualizado	Moderado	Moderado	Médio	Contactos regulares com fornecedor da aplicação informática.			
Receção	Receções de materiais e bens não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Conferência diária de todas as encomendas rececionadas; registo informático no próprio dia			

Área de Contabilidade e Reporte - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/ execução do Plano 2016		Medidas por implementar
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Afiação do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	
Fecho do período / exercício	Classificação incorreta das transações.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Globalmente, não se verificaram ao longo do Ano situações identificáveis como de classificação incorreta.	
Fecho do período / exercício	Movimentação em períodos que não o correto.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Parcialmente	Incumprimento dos fornecedores das indicações dadas sobre esta matéria. Notas de crédito ao abrigo do acordo da Apifarma recebidas fora de prazo com indicações para contabilizar.	Externas ao serviço.
Fecho do período / exercício	Dados de contabilidade geral, analítica e orçamental em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Situação satisfatória.	
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Situação satisfatória.	
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Formalização da subdelegação de competências no responsável do serviço.	Sim	Cumprida	
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Apresentação de um plano de formação para o serviço com ações individualizadas para cada um dos elementos.	Não	Não realização de ações de formação propostas no plano de atividades 2016.	Renovar pedido de ações de formação direcionadas.
Geral	Sistema de suporte à contabilidade desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção do procedimento adotado de intervenção direta no processo de melhoria da aplicação através do <i>servicedesk</i> criado pela SPMS para o efeito.	Parcialmente	Aplicação centralizada	
Movimentos	Contas não reflectem os valores de realização dos ativos.	Moderado	Moderado	Médio	Incentivar as chefias intermédias a pronunciarem-se sobre os respetivos centros de custo.	Parcialmente	Chefias não se pronunciaram de forma relevante e permanente sobre o assunto.	

Área de Contabilidade e Reporte - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Movimentos	Especialização de custos e proveitos não efectuada.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Movimentos	Transações não registadas no respetivo período.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Reporte	Inconformidade com legislação.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Reporte	Informação de gestão / financeira produzida com erros.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Situação satisfatória.	
Reporte	Informação de gestão / financeira produzida com grande atraso.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Cumprida	



Área de Existências - Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Abate de materiais e produtos farmacêuticos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Cumprimento do procedimento e expectativa futura de reduzir o número de abates	Sim	Satisfatória	
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados ou não contabilizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Dados mestre	Dados mestre de existências em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Despacho	Entrega não autorizada de materiais / medicamentos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Otimizar o circuito do material à consignação	Parcialmente	Falta de recursos humanos na Esterilização; a plataforma eletrónica ainda não está totalmente desenvolvida.	Aplicação total do procedimento
Despacho	Entregas por quantidades incorretas e de materiais / medicamentos sem qualidade.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência detalhada dos materiais na receção para identificar qualquer anomalia	Sim	Satisfatória	
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Gestão de existências	Existências fora do prazo de validade, com rotação reduzida ou obsoleto, não identificadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Verificação dos prazos de validade com uma maior periodicidade	Sim	Satisfatória	
Gestão de existências	Existências não geridas.	Reduzido	Moderado	Médio				
Gestão de existências	Níveis excessivos de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Procurar fornecedores alternativos com mínimo de embalagem ou quantidades a encomendar	Sim	Satisfatória	

Área de Existências - Serviço de Gestão de Stocks e Aprovisionamento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Medidas preventivas	Implementação das medidas	Monitorização/ execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco				Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Gestão de existências	Valorização incorreta de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Gestão física de existências	Armazéns desarrumados.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Continuação da sensibilização e alterações de localizações de artigos, caso seja para contribuir para uma melhoria	Sim	Satisfatória	
Gestão física de existências	Execução de contagens físicas inadequada ou por pessoas com funções incompatíveis.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Gestão física de existências	Existências em armazéns centrais e avançados não controladas.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Continuação das contagens e auditorias aos armazéns avançados (AA).	Não	Por falta de tempo/recursos humanos não foi possível em 2016 efetuar as auditorias.	Realização de auditorias nos AA.
Movimentos de existências	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Receção	Receção pouco eficiente.	Reduzido	Reduzido	Baixo		Conferência detalhada dos materiais na receção para identificar qualquer anomalia	Sim	Satisfatória	
Salvaguarda de existências	Desvio ou deterioração de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Salvaguarda de existências	Instalações de armazenagem inadequadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo					



Área de Existências - Serviços Farmacêuticos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Abate de materiais e produtos farmacêuticos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Restringir o número de pessoas que podem efetuar estes movimentos.	Sim		
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados ou não contabilizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo				
Dados mestre	Dados mestre de existências em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Inventários intercalares	Parcialmente	Insuficiência de Recursos humanos	
Despacho	Entrega não autorizada de materiais / medicamentos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Validação de todos os pedidos pelo farmacêutico.	Sim		
Despacho	Entregas por quantidades incorretas e de materiais / medicamentos sem qualidade.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Conferência aleatória dos produtos preparados.	Não	Insuficiência de Recursos humanos	
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Moderado	Moderado	Médio	A informação de gestão é trabalhada internamente a partir dos dados da aplicação informática.	Parcialmente	O sistema informático ainda não responde completamente às nossas necessidades	
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manuais de Gestão por setores.	Sim		
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Elevado	Alto	Solicitado ao CA contratação dos elementos em falta.	Parcialmente		
Geral	Sistema de suporte à gestão de existências inexistente, desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo				
Gestão de existências	Existências fora do prazo de validade, com rotação reduzida ou obsoleto, não identificadas.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Normas internas	Sim		
Gestão de existências	Níveis excessivos de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Revisão periódica dos pontos de encomenda e dias de stock.	Sim		

Área de Existências - Serviços Farmacêuticos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016					Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar	
Gestão de existências	Valorização incorreta de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Automaticamente pelo programa informático à entrada dos produtos.	Sim			
Gestão física de existências	Armazéns desarrumados.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Gestão física de existências	Execução de contagens físicas inadequada ou por pessoas com funções incompatíveis.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Gestão física de existências	Existências em armazéns centrais e avançados não controladas.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Movimentos de existências	Movimentos de existências não registados e/ou contabilizados incorretamente.	Moderado	Moderado	Médio	Validação de todos os pedidos pelo farmacêutico.	Parcialmente	Falta automatizar o processo de devoluções		
Receção	Receção não controlada física e qualitativamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Conferência diária de todas as encomendas por pessoal qualificado.	Sim			
Receção	Receção pouco eficiente.	Reduzido	Reduzido	Baixo					
Salvaguarda de existências	Desvio ou deterioração de existências.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Controlo de circulação de pessoas.	Sim			
Salvaguarda de existências	Instalações de armazenagem inadequadas.	Moderado	Moderado	Médio					


Área de Faturação - Serviço de Faturação e Cobranças

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/ execução do Plano 2016			
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Ajustamentos à faturação e a saldos de clientes não aprovados, registados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas anteriores.	Sim	Necessidade de medidas adicionais	Desmaterialização do circuito em avaliação.
Cobranças	Cobranças não registadas nas contas dos respetivos clientes e contabilizadas oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Cobranças	Pagamentos fora do prazo pelos clientes.	Moderado	Moderado	Médio	Manutenção das medidas previstas	Sim	Situação satisfatória.	
Cobranças	Taxas moderadoras não cobradas oportunamente.	Moderado	Moderado	Médio	Sustentação do projeto SITAM.	Sim	Situação satisfatória. Emitido 1 ou 2 ciclos por ano.	
Dados mestre	Dados mestre de clientes e preços em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção das medidas previstas	Sim	Situação satisfatória.	
Facturação	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou sobre o cliente) ou não faturados oportunamente.	Moderado	Elevado	Alto	Insistências a nível dos serviços responsáveis pelos registos dos atos, de modo a que estes sejam o mais completos e próximos da execução possível.	Parcialmente	Forte dependência exterior ao serviço para que se proceda à faturação.	Determinações superiores (interna e externamente) para que a faturação se proceda.
Facturação	Emissão de faturação fora de prazo.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Facturação	Faturação emitida sem a execução do respetivo serviço.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Solicitação à auditoria interna de realização de ações direcionadas para os registos dos atos clínicos.	Não	Não foi solicitada ação de auditoria interna. (informação de AI - apesar de constarem no Plano ações desta natureza, não foram efetuadas).	Coordenar ações com Auditoria Interna.
Facturação	Faturação não detalha atos clínicos efetuados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo	Manutenção e aperfeiçoamento das medidas previstas.	Parcialmente	Contingências internas ao serviço: licenças de maternidade e alterações dos colaboradores do serviço.	Reporte mensal sobre a atividade do serviço e seus colaboradores.
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Sistema de suporte à faturação e gestão de clientes desadequado ou desatualizado.	Moderado	Moderado	Médio	Nada a assinalar.			
Gestão de clientes	Faturas por cobrar há muito tempo.	Elevado	Elevado	Alto	Situação a rever durante o ano de 2016, com envolvimento direto do CA.	Parcialmente	Mantém-se situações relacionadas com ARS.	Processo negocial em curso com a ARS tendo em vista a conciliação de saldos.
Gestão de clientes	Saldos de clientes incorretos.	Moderado	Moderado	Médio	Situação a rever durante o ano de 2016.	Parcialmente	Ainda que não totalmente, tem sido efetuado um esforço por atualização dos contactos com cruzamento de dados.	Manutenção das tarefas em curso.

Área de Imobilizado - Serviço de Gestão do Património e Investimento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016					Monitorização/ execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Ajustamentos	Ajustamentos não aprovados, registados e contabilizados.	Reduzido	Moderado	Baixo	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado.	Parcialmente	Apenas um colaborador no serviço.	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado.
Ajustamentos	Transferências de local não registadas oportunamente.	Elevado	Reduzido	Médio	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado. Reforço dos esclarecimentos junto dos serviços acerca das regras de salvaguarda de bens.	Não	Incapacidade dos serviços de cumprirem regras em vigor	Desmaterialização do processo. Situação em análise com fornecedor da aplicação de gestão de armazém/imobilizado.
Ajustamentos	Transferências de obras em curso não registadas e contabilizadas correta e oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Amortizações	Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Amortizações	Cálculo de amortizações em erro.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Amortizações	Taxas de amortização incorretas. Atribuição de vida útil inadequada ao bem originando amortizações mal calculadas e valores residuais desajustados. Inconformidade com legislação. Depreciação económica de activos superior à amortização praticada motivada por obsolescência técnica.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Aquisições	Adições de imobilizado não registadas ou registadas por valores errados. Valorização incorreta de imobilizações.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Dados mestre	Dados mestre de imobilizado em falta, incorretos ou desatualizados.	Moderado	Moderado	Médio	Revisão dos procedimentos na área da Gestão de Imobilizado. Reforço dos esclarecimentos junto dos serviços acerca das regras de salvaguarda de bens.	Parcialmente	Foi efetuada a revisão de procedimentos, mas não finalizada. Ações de sensibilização aos serviços efetuada ocasionalmente.	

Área de Imobilizado - Serviço de Gestão do Património e Investimento

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016					Monitorização/ execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Moderado	Baixo	Relatório trimestral sobre atividade do serviço como objetivo para 2016.	Não	Apenas um colaborador no serviço.	Relatório trimestral sobre atividade do serviço como objetivo para 2017.
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Nada a assinalar.			
Gestão de imobilizado	Cadastro de imobilizado desatualizado.	Moderado	Moderado	Médio	Necessidade de realização de auditorias ao imobilizado existente nos serviços.	Parcialmente		Necessidade de realização de auditorias ao imobilizado existente nos serviços.
Gestão de imobilizado	Controlo físico de imobilizações deficiente.	Reduzido	Moderado	Baixo	As intervenções adotadas em toda a instituição relativas à movimentação de pessoas e bens reforçarão o controlo e salvaguarda do imobilizado.	Sim	Situação satisfatória.	
Gestão de imobilizado	Elevado nível de manutenção de bens.	Moderado	Moderado	Médio	Possibilidade de implementação de um software específico para gestão das reparações.	Parcialmente	Custos associados	Em avaliação com fornecedor da aplicação de armazen/imobilizado.
Gestão de imobilizado	Existência de bens obsoletos.	Elevado	Moderado	Alto	Manutenção do nível de investimento iniciado em 2015. Submissão de projetos a fundos comunitários.	Parcialmente	Orçamento deficitário. Indisponibilidade de fundos comunitários.	Esforço adicional para realização de investimento e captação de verbas.
Gestão de imobilizado	Obras em curso não controladas.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Salvaguarda de bens	Activos desviados por colaboradores ou terceiros.	Reduzido	Moderado	Baixo	As intervenções adotadas em toda a instituição relativas à movimentação de pessoas e bens reforçarão o controlo e salvaguarda do imobilizado.	Sim	Situação satisfatória.	



Área de Recursos Humanos - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/execução do Plano 2016			
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Dados mestre	Informação (dados mestre) sobre pessoal incorreta ou desatualizada.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Proceder à comunicação interna de atualização de dados biográficos dos colaboradores com periodicidade semestral no sentido de reduzir o risco	Sim	O SGRH, com a implementação deste procedimento tem um registo mais atual dos dados biográficos dos trabalhadores	
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Realização de reuniões semanais - kaizen, de análise e discussão de indicadores de rh por categoria profissional	Sim	A implementação de novos dashboards com novos indicadores de reporte mensal resultou na disponibilização atualizada dos indicadores e sua monitorização, deteção de desvios e a adoção de medidas corretivas para a melhoria contínua.	
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Continuar com o manual de procedimentos a terminar em 2016	Parcialmente	Ainda em execução.	A terminar em 2017
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Aumentar capacidade formativa para qualificação de profissionais	Parcialmente	Positivo. Qualificação de profissionais assistentes técnicos e assistentes operacionais.	Vai dar-se continuidade à formação e qualificação de trabalhadores no ano de 2017, designadamente através do desenvolvimento do projeto "EU QUERO – PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS", abrangendo profissionais assistentes técnicos e assistentes operacionais.
Geral	Sistema de suporte à gestão de recursos humanos, processamento de vencimentos e registo de tempos desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Iniciou-se, em 2016, processo de auditoria mensal, por serviço, dos horários carregados no SISQUAL, com vista à verificação do cumprimento da legislação em vigor; regulamentos de horários e assiduidade do HSOG, descansos obrigatórios e complementares, etc.	Parcialmente	A monitorização e controlo interno do cumprimento dos horários de trabalho e deveres de assiduidade dos profissionais foi realizada com periodicidade mensal no ano de 2016, tendo sido identificadas e corrigidas algumas irregularidades nas escalas de horário dos trabalhadores. N	o ano de 2017 vai reforçar-se a monitorização mensal dos saldos e bolsas de horas dos trabalhadores e a sua correta validação. A nova versão do SISQUAL - plataforma de gestão de horários e controlo de assiduidade terá novas ferramentas/funcionalidades que facilitarão esse controlo.



Área de Recursos Humanos - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Monitorização/ execução do Plano 2016		
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação
Gestão de recursos humanos	Dificuldade em recrutar pessoal qualificado.	Moderado	Moderado	Médio	Dependente de Despacho de concordância do Sr. Secretário de Estado da Saúde. Apresentação de fundamentação e indicadores que sustentem o pedido de contratação. Vagas não atribuídas ou não preenchidas		
Gestão de recursos humanos	Indefinição do perfil do pessoal a contratar.	Reduzido	Moderado	Baixo			
Gestão de recursos humanos	Não reconhecido o mérito e desempenho do pessoal.	Elevado	Elevado	Alto	Implementação Integral do Sistema de Avaliação e Desempenho Adaptado a todas as carreiras e regime (CIT ou FP), ainda que, na presente fase, sem efeitos de reconhecimento de mérito designadamente ao nível da evolução na carreira.	Parcialmente	Foi implementado o Sistema de Avaliação e Desempenho Adaptado a todas as carreiras do regime geral, e às carreiras médicas. Ainda não implementado integralmente às carreiras de enfermagem em CIT e TDT. A aguardar regulamentação da tutela.
Gestão de recursos humanos	Pessoal sem a formação adequada ao desempenho das suas funções.	Reduzido	Moderado	Baixo			
Inputs ao processamento	Controlo de escalas (turnos) inadequado.	Reduzido	Elevado	Médio			
Inputs ao processamento	Controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário inadequado.	Reduzido	Elevado	Médio			
Inputs ao processamento	Processamento de abonos e descontos não autorizados.	Reduzido	Elevado	Médio			
Inputs ao processamento	Registo das alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) não efectuado, ou efectuado de forma errada no programa informático de processamento das remunerações.	Moderado	Moderado	Médio	Análise individualizada das ausências e reporte à Direção de Serviço para regularização. Segregação de funções.	Sim	Melhoria dos resultados
Inputs ao processamento	Registo de tempos trabalhados e controlo de assiduidade inadequados.	Reduzido	Elevado	Médio	Instrução de serviço para todos os profissionais no sentido do cumprimento da obrigação do registo biométrico.	Sim	Melhoria dos resultados

Área de Recursos Humanos - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016				Monitorização/execução do Plano 2016		
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Pagamento de remunerações pelo valor indevido.	Reduzido	Elevado	Médio	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Sim	Melhoria dos resultados	
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Pagamento de vencimentos, contribuições e impostos não contabilizado oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Sim	Melhoria dos resultados	
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Responsabilidades com férias, subsídio de férias e 13º mês não apuradas e contabilizadas.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Sim	Melhoria dos resultados	
Processamento de vencimentos, contribuições e impostos	Vencimentos, contribuições e impostos calculados em erro e/ou não verificados e contabilizados oportunamente.	Reduzido	Moderado	Baixo	Segregação de funções e plataforma informática de apoio à gestão de recursos humanos - RHV de elevada fiabilidade	Sim	Melhoria dos resultados	

Área de Tesouraria - Serviço de Contabilidade e Tesouraria

Âmbito	Principais fatores de risco e erros ou omissões	Plano 2016			Medidas preventivas	Implementação das medidas	Monitorização/execução do Plano 2016	
		Probabilidade ocorrência	Impacto	Aferição do risco			Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
Dados mestre	Dados mestre de tesouraria em falta, incorretos ou desatualizados.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Informação de gestão insuficiente e/ou inoportuna.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Organização da função indefinida.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Quadro de pessoal inadequado ou pouco qualificado.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Geral	Sistema de suporte à gestão de tesouraria desadequado ou desatualizado.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Gestão de tesouraria	Gestão de tesouraria inexistente ou ineficaz.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Movimentos de tesouraria	Cobranças não depositadas oportuna e integralmente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Movimentos de tesouraria	Cobranças não registadas e contabilizadas corretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Movimentos de tesouraria	Débito de juros de mora por pagamentos não efectuados nos prazos.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Manutenção das medidas previstas.	Não	O processo de validação terá que ser "afinado" uma vez que os prazos de validação não têm sido cumpridos.	Implementação de um sistema de alerta para os casos em que vencem juros por falta de pagamento.
Movimentos de tesouraria	Pagamentos não registados e não contabilizados corretamente.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			
Salvaguarda de valores de tesouraria	Desvio de fundos.	Reduzido	Moderado	Baixo	Nada a assinalar.			
Salvaguarda de valores de tesouraria	Falhas de caixa ou perda de cheques.	Reduzido	Reduzido	Baixo	Nada a assinalar.			

Área Conflitos de Interesses - Vários Serviços

Serviços envolvidos	Plano 2016				Monitorização/Execução do Plano 2016		
	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Aferição do risco	Medidas preventivas	Implementação das medidas	Resultados / motivos para não implementação	Medidas por implementar
CMET e Serviços Operações Hoteleiras	Reduzido	Reduzido	Baixo	A escolha dos Juris dos concursos fica a cargo do Aproveitamento de forma a cumprir com os preceitos legais			
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Moderado	Moderado	Médio	Todos os colaboradores encontram-se obrigados a solicitar pedido de acumulação de funções e a declarar a não conflitualidade com o cargo ocupado. Comunicação interna aos colaboradores alertando que devem ser comunicados no site do INFARMED todo e qualquer tipo de subsídio recebido.	Sim	Utilização de novo impresso de pedido de acumulação de funções pelos trabalhadores	
Serviço de Gestão de Compras	Reduzido	Moderado	Baixo	Há legislação clara que é respeitada: quem integra os jurís dos procedimentos não pode ter qualquer tipo de ligação aos representantes das empresas. Além disso, existe nas diversas áreas uma segregação de funções de forma a potenciar a intervenção de vários intervenientes em cada tarefa. Nenhum trabalhador do serviço acumula funções com entidades que mantenham relações comerciais com o HSO.	Sim	Satisfatório	
Serviço de Gestão de Stocks e Aproveitamento	Reduzido	Reduzido	Baixo	Existe segregação de funções	Sim	Satisfatória	
Serviços de prestação de cuidados - Cirurgia e Mulher e Criança	Moderado	Moderado	Médio	Potenciais conflitos entre a atividade clínica no sector público e privado. Como exemplo: seleção adversa dos utentes classificados por cor branca na triagem de Manchester no SU, admitidos por indicação do médico e/ou para realização de tratamentos; Encaminhamento de utentes para a CE a partir do SU e posterior inscrição em LIC com tempos de espera em alguns casos inferiores, dentro do mesmo grau de prioridade, face aos restantes doentes; rever esta problemática.	Parcialmente	Análise mais cuidadosa na aplicação das medidas (Triagem de Manchester).	Maior rigor na monitorização e aplicação de medidas corretivas (Triagem de Manchester).
Serviços de prestação de cuidados - Medicina e Urgência	Moderado	Moderado	Médio	Estratégia de motivação dos RH; controlo rigoroso de atitudes e segregação de funções	Sim		Melhoria das condições de trabalho.
Serviços de prestação de cuidados - MCDT	Elevado	Elevado	Alto	Melhorar os meios de controlo dos horários e atividades dos profissionais	Não	Não houve articulação entre serviços de suporte e de produção que permita apurar da concretização desta medida	Controlo rigoroso da atividade dos profissionais e dos seus horários devido à possibilidade de sobrepor atividade privada na atividade pública e canalizar doentes do privado para o público
Serviços do Centro de Controlo do Negócio	Reduzido	Moderado	Baixo				

Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Data	Homologação	Data
1	3	Auditor Interno – Carla Sampaio	17-12-2014	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	09-01-2015
2	0	Auditor Interno – Carla Sampaio	15-02-2016	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	25-02-2016
3	0	Auditor Interno – Carla Sampaio	26-05-2017	Conselho de Administração – Delfim Rodrigues	31-05-2017
Próxima Revisão:		1 ano após homologação.			