



Serviço de Auditoria

Refº nº 2/2024

# Relatório de Controlo Interno

## Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

### 2023

março de 2024

## Conteúdo

Conteúdo .....	2
A. Sumário Executivo .....	3
A.1. Introdução .....	3
A.2. Conceito de controlo interno .....	3
B. Descrição do trabalho efetuado .....	4
C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações.....	4
<i>C.1. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2022</i> .....	5
<i>C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores</i> .....	10
D. Conclusão .....	17
E. Definição das categorias e graus de risco .....	18

## A. Sumário Executivo

### A.1. Introdução

Segundo o disposto no n.º 1 do art.º 87.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, diploma que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, é da responsabilidade do Auditor Interno a avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI), e competência do Conselho de Administração (CA) assegurar a sua implementação e manutenção.

A existência de um Serviço de Auditoria Interna (SAI) e consequentemente um SCI eficaz, é um princípio básico para um modelo de governação forte, e a sua ausência aumenta o risco de a Instituição prestar serviços de baixa qualidade. Em última instância, quando os recursos públicos não são usados de forma eficaz, eficiente, e para o propósito para que foram criados, a reputação da organização perante a população está em risco.

O presente relatório pretende reportar ao CA os pontos identificados no decurso do trabalho do SAI com referência ao ano de 2023, com impacto direto no SCI e, realizar balanço dos pontos identificados relativos a anos anteriores, pendentes de implementação.

Cada ponto identificado é composto pela seguinte estrutura:

- Descrição da limitação identificada;
- Implicações dessa limitação;
- Recomendações para medidas corretivas;
- Categoria e grau do risco;
- Órgão responsável pela implementação da medida corretiva.

### A.2. Conceito de controlo interno

*A Internacional Standards on Auditing (ISA) 315 refere: “O controlo interno é o processo concebido, implementado e mantido pelos encarregados da governação, pela gerência e por outro pessoal para proporcionar segurança razoável acerca da consecução dos objetivos de uma entidade com respeito à fiabilidade do relato financeiro, eficácia e eficiência das operações, e cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis. O termo “controles” refere-se a quaisquer aspetos de um ou mais dos componentes do controlo interno.”.*

## **B. Descrição do trabalho efetuado**

A avaliação do SCI teve em conta: i) a avaliação dos riscos inerentes e, ii) o nível de formalização e julgamento existente em cada controlo chave. Nestas circunstâncias, o trabalho desenvolvido para a avaliação do SCI seguiu, com as adaptações consideradas adequadas, as normas previstas no manual de Auditoria Interna - Hospitais, disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (ACSS).

## **C. Pontos de controlo interno, implicações e recomendações**

No presente documento estão identificados cinco pontos de controlo interno associados a auditorias desenvolvidas no ano de 2023: “Indisponibilidade do software de gestão de impressoras (*Papercut*)”, “Recolha dos consumíveis fornecidos pela *CANON*”, “Tempestividade da publicitação dos contratos no portal *Base Gov*”, “Execução de prestação de serviços de manutenção de camas antes da adjudicação / outorga do contrato”, “Custos de manutenção do parque de camas. A seleção dos pontos identificados foi realizada em função do seu grau de risco.

No que respeita aos pontos de controlo interno de anos anteriores, encontram-se pendentes de resolução cinco: “Equipamentos de segurança contra incêndios no *CHL* (imobilizado)”, “*CP n.º A0/19/2021* - regularização da faturação em atraso”, “Análise ao procedimento de inventário do serviço farmacêutico”, “*Prescrição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados*”, “*Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)*”, “*Implementação da rubrica de faturas em receção e conferência*”, “*Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL*”. Os restantes pontos foram excluídos do atual documento por implementação da recomendação ou desatualização da recomendação.

### ***C.1. Principais pontos identificados relativos ao ano de 2023***

Ponto Identificado: 1.1 – Indisponibilidade do software de gestão de impressoras (*Papercut*)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: setembro de 2023

---

**Descrição:** Verificou-se que o software de gestão das impressoras *Papercut* totalmente disponível e já testado em modo piloto para um serviço do CHL, não se encontra disponível para os restantes serviços por limitação interna, comprometendo a possibilidade de minimizar o desperdício e, ao mesmo tempo ter uma experiência de impressão eficiente e segura.

---

**Implicações:** Comprometimento na monitorização e controlo de custos.  
O CHL paga uma mensalidade por *software* que não utiliza na sua plenitude e com todas as suas potencialidades.

---

**Medida Corretiva:** Que o gestor do contrato proceda com a máxima urgência à utilização do aplicativo *Papercut* nos restantes serviços do CHL, de forma a garantir a melhor e mais eficiente utilização possível dos equipamentos adquiridos na prestação de serviço, reduzindo a despesa associada à impressão de documentos, em particular:

- a) Inserção de todos os serviços e funcionários inerentes no sistema de gestão de fotocópias, com respetivo código de acesso, a fim de permitir a monitorização de consumos associados.
- 

**Ponto** O SAI vai realizar procedimento de follow-up no ano de 2024.

**de Situação:** Em adicional, aguarda resposta do SSI ao pedido já realizado de evidência de implementação das recomendações.

---

Responsável pela implementação: SSI

Prazo de Implementação: 2024

---

Ponto Identificado: 1.2 – Recolha dos consumíveis fornecidos pela CANON

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: médio

---

Categoria do Risco: RC / RO

Data da recomendação: setembro de 2023

---

**Descrição:** O contrato celebrado com a CANON faz referência inequívoca à responsabilidade de recolha e tratamento dos resíduos, ainda assim, constatou-se que a recolha de toners no CHL, é realizada em contentores de plástico pela SUCH- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, não tendo a CANON qualquer intervenção no processo. Verificou-se o desrespeito pelo disposto na alínea vi) do ponto 8 do caderno de encargos associado a concurso público n.º A0/19/2021.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto no contrato celebrado entre as partes.  
Pagamento extraordinário por um serviço já contratado.

---

**Medida Corretiva:** Que seja acionado internamente o meio de recolha adequado à colocação de embalagens e consumíveis já fornecido pela CANON.

Que o gestor do contrato, Eng. Vítor Marto, proceda à urgente notificação da empresa prestadora de serviço CANON, para o estrito cumprimento do disposto na alínea vi) do ponto 8 do caderno de encargos associado ao concurso público n.º A0/19/2021, acautelando eventuais gastos futuros de tratamento de resíduos.

---

**Ponto de Situação:** O SAI vai realizar procedimento de follow-up no ano de 2024.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2024

Ponto Identificado: 2.1 - Tempestividade da publicitação dos contratos no portal Base Gov

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: Médio

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: novembro de 2023

---

**Descrição:** Verificou-se que não se atentou ao disposto no artigo 127.º do CCP, em particular, a realização de pagamentos de contratos de consulta prévia/ajuste direto a fornecedores de prestação de serviços, em momento anterior à publicitação do mesmo no portal dos contratos públicos.

---

**Implicações:** A ausência de publicitação dos contratos no portal base.gov.pt, constitui uma infração grave com possibilidade de responsabilidade sancionatória para o CHL.

---

**Medida Corretiva:** Que a Diretora do SA proceda à definição e implementação de procedimentos de controlo interno, que garantam que os contratos adjudicados, segundo consulta prévia e ajuste direto, sejam publicitados (disponíveis para consulta), no portal dos contratos públicos antes da realização de qualquer pagamento.

---

**Ponto de Situação:** O SAI vai realizar procedimento de follow-up no ano de 2024.

---

Responsável pela implementação: SA / SGF

Prazo de Implementação: 2024

---

Ponto Identificado: 2.2 - Execução de prestação de serviços de manutenção de camas antes da adjudicação / outorga do contrato

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: elevado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: novembro de 2023

---

**Descrição:** O fundamento empregado para a contratação segundo procedimento de ajuste direto, assente em critérios materiais, mais especificamente quando *“Seja necessário proteger direitos exclusivos, incluindo direitos de propriedade intelectual”*, assente no artigo 24.º, n.º 1, alínea e), subalínea ii) do CCP, constitui uma clara contradição com o procedimento que o SIE pretende ao propor a abertura de um concurso público (n.º A0/1981/2023) para a contratação de serviços de manutenção de camas do CHL.

---

**Implicações:** Desrespeito pelo disposto código dos contratos públicos.

Desrespeito pelo disposto no regulamento interno da instituição, pela ausência de centralização dos procedimentos de aquisição.

---

**Medida Corretiva:** Considerando que o SA de acordo com o regulamento interno do CHL, é responsável pela centralização da totalidade dos procedimentos de contratação, é recomendação do SAI que o SIE de forma tempestiva, remeta a totalidade dos elementos necessários à tramitação dos processos de aquisição ao SA, para que os mesmos possam ser confirmados previamente, assegurando deste modo o rigor, a consistência e a segregação de funções por forma a assegurar igual fundamento dos processos na decisão de contratar.

---

**Ponto de Situação:** O SAI vai realizar procedimento de follow-up no ano de 2024.

---

Responsável pela implementação: SA

Prazo de Implementação: 2024



Ponto Identificado: 2.3 - Custos de manutenção do parque de camas

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: novembro de 2023

---

**Descrição:** Verifica-se uma tendência crescente dos custos com assistência técnica de camas elétricas à empresa IMO, com um crescimento médio anual de 56%. Da análise aos documentos agora expostos, o CHL no período compreendido entre os anos de 2018 a 2023, contratou em prestações de serviços de manutenção de camas, o equivalente a 40% do valor total gasto nos principais contratos de aquisição de camas elétricas e mesas de cabeceira nos anos de 2011, 2012 e 2015.

---

**Implicações:** Custos de manutenção elevados em relação ao preço de aquisição de material equiparado novo.

Indisponibilidade temporária dos equipamentos.

---

**Medida Corretiva:** Que o SIE execute avaliação das despesas de manutenção com base em documento resumo do modelo de camas elétricas com maior número de intervenções e detalhe quantificado por tipologia das reparações executadas.

Deverá ainda com base no documento a elaborar uma previsão anual dos custos de manutenção ao parque de camas e equacionada a efetiva necessidade de abertura de concurso. Para além de proceder à análise de custo benefício por recurso a mão de obra interna para reparação, tendo em conta o ciclo de vida dos equipamentos e a política de gestão interna de investimentos.

É determinante assegurar questões de boa gestão, de transparência e concorrência, sendo as consultas preliminares ao mercado determinantes dando sempre que possível prioridade à utilização do concurso público.

---

**Ponto de Situação:** O SAI vai realizar procedimento de follow-up no ano de 2024.

---

Responsável pela implementação: SIE

Prazo de Implementação: 2024

## **C.2. Pontos identificados relativos a anos anteriores**

Ponto Identificado: 1.1 - Equipamentos de segurança contra incêndios no CHL (imobilizado)

---

Órgão responsável pela detecção: AI

Risco efetivo: elevado

---

Categoria do Risco: RO/RCO

Data da recomendação: abril de 2022

---

**Descrição:** Considera-se a existência de duas falhas graves no sistema de controlo interno do CHL, primeiro em virtude dos dados no aplicativo GHAF não serem completos e atuais, responsabilidade do SA, em segundo, pela utilização de ficheiro edificado à margem do aplicativo oficial do CHL para a gestão / validação da manutenção dos bens de imobilizado, com fomento do risco associado à perda e desatualização da informação oficial do CHL, responsabilidade do SSST.

---

**Implicações:** É determinante que as demonstrações financeiras do CHL apresentem informação verdadeira, completa e atual. Risco de apropriação indevida de ativos.

---

**Medida Corretiva:** A Deliberação do CA do CHL de 2022.04.13, solicita à Diretora do SA, que desenvolva, no âmbito das suas competências, processo de inventário dirigido à totalidade dos equipamentos de segurança contra incêndios do CHL, com recurso ao SSST, para atualização da base de dados do aplicativo GHAF. Esta ação deve ser desenvolvida previamente ao início de abertura do novo procedimento de aquisição de serviços de manutenção para os anos de 2022/2023, tendo em vista a completa determinação do número de equipamentos alvo de inspeção/manutenção.

---

**Ponto de Situação:** Verificou-se a atualização da listagem dos extintores do CHL na comunicação de 2022.09.26 do coordenador do AG para o Serviço de Segurança e Saúde no trabalho, com indicação dos bens a abater e a incluir no imobilizado do CHL, no entanto a informação não foi carregada no sistema GHAF, pelo que não produziu os devidos efeitos.

---

Responsável pela implementação: SA / SSST

Prazo de Implementação: 2024

---

Ponto Identificado: 2.1 - CP n.º A0/19/2021 - regularização da faturação em atraso

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: novembro de 2022

---

**Descrição:** Verificou-se a total ausência de faturação da mensalidade do contrato associado ao CP n.º A0/19/2021, inclusive do ano de 2021. O acréscimo de gastos respeita ao período entre junho a dezembro de 2021, e não tem em consideração o início de vigência do contrato a novembro de 2021.

---

**Implicações:** Implicações na qualidade da informação financeira produzida pelo CHL. Desrespeito pelas disposições legais de faturação.

---

**Medida Corretiva:** Que o SA proceda à emissão de comunicado à Canon para a urgente regularização da faturação mensal associada à prestação de serviço do CP n.º A0/19/20201, ano de 2021 e 2022.

Que o SSI proceda à devida fundamentação dos custos associados à impressão no período entre a assinatura do contrato e o início de vigência do mesmo, caso seja determinado o início de vigência a 1 de novembro de 2021, e os coloque à consideração do CA. Importa destacar que este custo decorre do incumprimento dos prazos estabelecidos para entrega e instalação dos equipamentos por parte da Canon.

---

**Ponto de Situação:** Segundo indicação do gestor do contrato: *“novembro 2021 a abril 2022 – Está em falta o acerto de novembro de 2021 a abril de 2022, cuja informação foi apenas agora disponibilizada pela CANON (crédito). Nota de crédito não entrou ainda no sistema de validação de faturas do GHAF. Maio de 2022 a outubro 2022 – Enviado acerto pela Canon, mas que se encontra dentro dos 20% do valor excedente, logo, não há lugar a pagamento. Novembro de 2022 a abril de 2023 – A Canon informa que foi feito o acerto, mas não encontram o documento nem nos foi submetido qualquer nota de credito ou fatura. Abriram pedido interno para avaliação da situação. Maio de 2023 a outubro de 2023 – O acerto tem lugar apenas no início de novembro de 2023. Vai ser realizado novo follow-up no ano de 2024.*

---

Responsável pela implementação: SSSI

Prazo de Implementação: 2024

Ponto Identificado: 3.1 - Análise ao procedimento de inventário do serviço farmacêutico

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: médio

---

Categoria do Risco: RO

Data da recomendação: dezembro de 2022

---

**Descrição:** As diferenças identificadas, entre as contagens físicas e os registos informáticos no serviço farmacêutico são significativas, 87% (quantidade) do total da amostra. A situação reportada sugere um débil ambiente de controlo interno.

---

**Implicações:** Ineficiente gestão de stocks.

---

**Medida Corretiva:** Que o SF proceda à revisão dos procedimentos de gestão de *stocks*. É recomendação do SAI a implementação de rotinas de controlo, por contagens periódicas de grupos de artigos, verificação dos valores em existência em armazéns avançados e, responsabilização dos farmacêuticos por áreas a que se encontram alocados.

---

**Ponto de Situação:** Por indicação da diretora do SF de dezembro de 2023, “Relativamente á realização de rotinas de controlo sobre os stocks, informo que no ano de 2023 mais uma vez foi feito um esforço enorme na gestão de stocks mas devido à falta de recursos humanos, em particular farmacêuticos e a outras causas multifatoriais, algumas não dependentes só do SF, tais como: milhares de lançamentos á unidade e muitos com saídas manuais, falta de recursos humanos em todas as áreas e excesso de tarefas, algumas falhas na articulação com o SA, pelo mesmo motivo (falta de recursos humanos), entre outras, não foi possível atingir os objetivos propostos. Em 2023 a situação de falta de recursos humanos, em todas as áreas profissionais, agravou e com o aumento/crescimento de tarefas a executar e em 2024 com a ULS RL, se não houver contratação de mais recursos humanos vai ser difícil se não mesmo impossível a realização dos procedimentos que recomendam. Também é de considerar que durante o ano houve muitas ruturas de stock, pelos laboratórios fornecedores, houve necessidade de recorrer a empréstimos, novos processos de adjudicação. “

---

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2024

Ponto Identificado: 3.2 - Prescrição de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: elevado

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: dezembro de 2021

---

**Descrição:** Que o SF realize os procedimentos necessários à desmaterialização das requisições de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados, no sentido de terminar com a existência de saídas manuais e consequentemente minimizar os erros daí resultantes.

---

**Implicações:** Erros nas quantidades em stock. Redução da qualidade do serviço prestado.

---

**Medida Corretiva:** Que o SF realize os procedimentos necessários à desmaterialização das requisições de estupefacientes/psicotrópicos e hemoderivados, no sentido de terminar com a existência de saídas manuais e consequentemente minimizar os erros daí resultantes.

---

**Ponto de Situação:** Por indicação da Diretora do serviço farmacêutico de dezembro de 2023 *“Irão ser feitos todos os esforços para, no 1º trimestre de 2024 e considerando os residentes do 2º ano, ser implementada a desmaterialização das requisições de estupefacientes e hemoderivados. Mas mais uma vez é imperativo recursos humanos em nº suficiente para as solicitações atuais. Os erros verificados são devidos a lançamentos manuais de saídas que são feitas pela única AT do SF, que quando está ausente estas saídas ficam acumuladas e depois são feitas em condições que levam a erros de registo. No entanto, para cada artigo existem fichas de prateleira com registo de movimentos de entradas/saídas e que é controlado regularmente pelos farmacêuticos que fazem a dispensa e porque as contagens físicas estavam em concordância com o das fichas, foram corrigidas as discrepâncias.”*

---

Responsável pela implementação: SF

Prazo de Implementação: 2024

Ponto Identificado: 4.1 - Centralização dos procedimentos de compra (ajuste direto)

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RCO

Data da recomendação: abril de 2021

---

**Descrição:** O SAI realizou ação de auditoria a um conjunto de procedimentos de aquisição por ajuste direto, relatório com a referência n.º 3/2021, tendo-se verificado que estes não foram convenientemente realizados pelo SA, onde se deveria encontrar centralizado a totalidade das aquisições. Verificou-se que 1 dos 8 procedimentos analisados incumprem com a alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes.

---

**Implicações:** Incumprimento do disposto na alínea a), do n.º 1 do Despacho n.º 851-A/2017, do Ministro da Saúde.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à centralização da aquisição de bens e serviços, empreitadas em um único serviço, para a correta gestão do procedimento e cumprimento do disposto na alínea a), do ponto 1., do Despacho n.º 851-A/2007, de 13 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde.

---

**Ponto de Situação:** No ano de 2023 verificou-se junto do SA, o desenvolvimento de procedimentos de aquisição à margem deste Serviço, mais especificamente no relatório à prestação de serviços de manutenção ao parque de camas do Centro Hospitalar de Leiria, EPE, com a empresa IMO – Medical Solutions.

O SAI vai realizar novo follow-up da recomendação no ano de 2024.

---

Responsável pela implementação: SA / SIE

Prazo de Implementação: 2024

---

Ponto Identificado: 5.1- Implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência

---

Órgão responsável pela detecção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RO / RCO

Data da recomendação: outubro de 2019

---

**Descrição:** A periodicidade da especialização deve ser mensal, para que a prestação de contas dos diferentes meses do ano, reflitam adequadamente as operações, em conformidade com a Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

---

**Implicações:** A informação financeira mensal produzida não se encontra completa e verdadeira, ano de 2018, resultado da ausência do registo de documentação para além da fatura, pela não utilização da rubrica de faturas em recepção e conferência.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência, para cumprimento do disposto na Circular Normativa n.º 01/2011/UOGF de 5 de janeiro da ACSS, assim como para produção de informação financeira completa e verdadeira.

---

**Ponto de Situação:** O relatório de auditoria aos tempos de faturação foi alvo de deliberação pelo CA, na sua reunião de 2020.02.05, “Concorda-se com a proposta. Envie-se, superiormente, como indicado. Ao Serviço de Aprovisionamento e Serviço de Gestão Financeira, em particular para promoção e intensificação dos mecanismos de correção propostos e devidos.”.

O SGF em conjunto com o SAI, no ano de 2022, realizaram testes e simulações à implementação da rubrica de faturas em recepção e conferência com a empresa ST+I. Devido a incompatibilidades entre os vários aplicativos, GHAF e SICC, não foi possível concretizar a implementação.

Não foram identificados desenvolvimentos no ano de 2023.

---

Responsável pela implementação: SGF

Prazo de Implementação: 2024

Ponto Identificado: 6.1 – Regulamento interno de utilização de viaturas do CHL

---

Órgão responsável pela deteção: AI

Risco efetivo: moderado

---

Categoria do Risco: RO /RCO

Data da recomendação: dezembro de 2019

---

**Descrição:** O CHL dispõe de regulamento de utilização de viaturas aprovado por deliberação do CA de 2013.02.14, com efeito desde 1 de março de 2013, não tendo este sofrido atualização até à presente data.

Verificou-se que o regulamento não contempla procedimentos de controlo sobre o consumo de combustíveis das viaturas, assim como de utilização das mesmas com vista a ganhos de eficiência.

---

**Implicações:** A ausência de normativo atualizado compromete a atuação eficaz por parte dos serviços com competência de fiscalização.

---

**Medida Corretiva:** Que se proceda à revisão do regulamento de utilização de viaturas pelo Gabinete Jurídico, com a colaboração do SIE, e revisão do SAI, no sentido de criar um documento que identifique as normas relativas à atribuição dos veículos e o seu controlo, da sua manutenção, do controlo de custos, garantindo uma utilização prudente, criteriosa, transparente, eficiente e económica, prevenindo e evitando os desperdícios e desvios injustificados.

---

**Ponto de Situação:** Na comunicação do Presidente do Conselho de Administração da ULSRL de 04.03.2024, com o assunto “Regulamento de transportes e utilização de viaturas”, é solicitado análise e comunicação de propostas do referido documento.

Pelo exposto, observam-se desenvolvimentos no ponto identificado e considerasse que no primeiro semestre do ano de 2024 o regulamento seja aprovado

---

Responsável pela implementação: SIE/ GJ

Prazo de Implementação: 2024

---



#### **D. Conclusão**

A compilação das deficiências reportadas no presente relatório expõe um conjunto de lacunas no SCI do CHL que exigem observação e correção pelos serviços intervenientes.

A existência de um SCI, não se traduz na ausência de erros humanos, irregularidades ou fraudes, na medida em que existem diversos fatores que podem influenciar negativamente a operacionalidade do SCI.

No ano de 2023, foram colmatadas deficiências identificadas de anos anteriores com impacto direto no SCI, permanecendo sete recomendações sem implementação. Considerando a necessidade crescente de melhoria dos processos e controlos, e no sentido de fazer face a um ambiente em constante transformação, é essencial a existência de um SCI rigoroso, conferindo maior fiabilidade aos processos organizacionais.

A ausência de recursos humanos em número adequado à realização das tarefas, assim como o crescente aumento de tarefas a realizar, surgem como principal justificação à não implementação das recomendações.

## E. Definição das categorias e graus de risco

Os pontos identificados foram qualificados de acordo com as categorias de risco abaixo definidas e com o grau de risco atribuído:

### **Categoria de riscos**

**Risco de estratégia: (RE)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

**Risco operacional: (RO)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

**Risco de “compliance”:** (RCO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

**Risco dos sistemas de informação: (RSI)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

**Risco de reputação: (RP)** consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos para o CHL, consequente de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

### **Grau de risco**

**Critico:** Assuntos que apresentam muitos riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos no imediato.

**Elevado:** Assuntos que apresentam riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos com a maior brevidade possível.

**Moderado:** Assuntos que apresentam riscos e / ou montantes relevantes, razoavelmente controlados pela entidade, que deverão ser adequadamente monitorizados.

**Baixo:** Assuntos que apresentam alguns riscos e / ou que iriam melhorar o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

**Muito Baixo:** Assuntos que apresentam reduzidos riscos e / ou que iriam preencher o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

**A avaliação do risco subjacente aos graus de risco:**

**Tabela I – Escala do nível de impacto**

<b>Impacto</b>	<b>1 Reduzido</b>	<b>2 Moderado</b>	<b>3 Significativo</b>	<b>4 Elevado</b>	<b>5 Muito elevado</b>
Exposição Financeira: % Capital	X <0,01 %	0,01% <X <0,5 %	0,5 % <X <2 %	2 % <X <10 %	10 % <X
Exposição Financeira: Intervalo monetário	X <500.000€	500.000€ <X <2 M€ <sup>1</sup>	2 M€ <sup>1</sup> <X <10 M€ <sup>1</sup>	10 M€ <sup>1</sup> <X <30 M€ <sup>1</sup>	40 M€ <sup>1</sup> <X
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

<sup>1</sup>-Milhoes de euros

**Tabela II – Probabilidade de ocorrência**

<b>Probabilidade</b>	<b>1 Muito Improvável</b>	<b>2 Improvável</b>	<b>3 Ocasional</b>	<b>4 Frequente</b>	<b>5 Muito frequente</b>
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, foi determinado pelo SAI a seguinte classificação do risco inerente:

### Matriz I – Risco inerente

RISCO INERENTE						
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
IMPACTO						

Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

**Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo**

ESCALA DE RISCO EFETIVO						
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
---	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado	
RISCO INERENTE						

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I e da delineação do nível de controlo interno identificado pelo SAI, tabela III, que se encontra hierarquizado em cinco pontos: muito baixo, baixo, moderado, elevado e critico.