

Ct: Aprovado 10.02.2021

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

## Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2020



Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Serviço de Auditoria Interna

Fevereiro 2021

## RESUMO

<b>Identificação</b>	Relatório Anual de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2020
<b>Entidade</b>	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
<b>Fundamentação</b>	Plano Anual de Auditoria Interna 2020
<b>Âmbito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>As áreas dos serviços constantes de Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas</li></ul>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas nas diversas áreas dos serviços minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos institucionais;</li><li>Avaliar e monitorizar os controlos/medidas implementadas e/ou a implementar.</li></ul>
<b>Metodologia</b>	<p>Os trabalhos desenvolvidos tiveram por base:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>A Recomendação n.º 1/2009 de 1 julho de 2009, e demais orientações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC);</li><li>O cumprimento ao artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro que define o regime jurídico e estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde.</li><li>O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado pelo CA a 30 de julho de 2014 (1ª Revisão em 2 de dezembro de 2015)</li></ul>
<b>Auditor Interno</b>	Etelvino Moucho Craveiro
<b>Técnica Superior</b>	Marta Mendes e Margarida Medeiros

## ÍNDICE

RESUMO .....	2
ÍNDICE.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
ÍNDICE DE TABELAS.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	5
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	6
1. INTRODUÇÃO .....	7
2. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO .....	8
2.1 Caracterização do CHLO .....	8
3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRCIC .....	10
3.1 Objetivo .....	10
3.2 Metodologia Adotada.....	10
4. RESULTADOS .....	12
4.1 Identificação de Riscos e Medidas Preventivas.....	13
4.2 Probabilidade de Ocorrência .....	14
4.3 Classificação do Risco .....	15
4.4 Implementação das medidas.....	15
4.5 Prazos e Execução .....	17
5. GESTÃO DE CONFLITO DE INTERESSES .....	18
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	20
7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO.....	21

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.....	9
-------------------------------------------------------------------	---

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas identificadas vs medidas implementadas.....	16
----------------------------------------------------------------	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Nº de Risco Identificados vs N.º de Medidas preventivas.....	13
Gráfico 2 - Probabilidade de Ocorrência de Risco em cada serviço.....	14
Gráfico 3 - Escala de Risco – Impacto no Serviço causado pela ocorrência do risco .....	15
Gráfico 4 - Dificuldades na Execução do Plano .....	18

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CA - Conselho de Administração
- CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
- CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção
- EPE - Entidade Pública Empresarial
- HEM - Hospital de Egas Moniz
- HSC – Hospital de Santa Cruz
- HSFX - Hospital São Francisco Xavier
- PGRCIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- PO - Probabilidade de Ocorrência
- RGPD - Regulamento Geral de Proteção de Dados
- SAI - Serviço de Auditoria Interna
- SF - Serviço Financeiro
- SFARM - Serviços Farmacêuticos
- SG - Secretaria - Geral
- SGCLD - Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição
- SGD - Serviço de Gestão de Doentes
- SGERH - Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
- SGH - Serviço de Gestão Hoteleira
- SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos
- SJC - Serviço Jurídico e de Contencioso
- SPACG - Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão
- SSTI - Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
- STGE - Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamentos

---

## SUMÁRIO EXECUTIVO

No primeiro capítulo é feita a apresentação do objetivo de avaliação dos riscos de corrupção e infrações conexas constantes no Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRCIC) do CHLO, nas diversas áreas dos serviços, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos institucionais, tendo em consideração a Recomendação n.º1/2009, de 1 de julho, e demais orientações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e a alínea e) do n.º 2 do artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

No segundo capítulo é apresentado o enquadramento e âmbito da ação e a forma como o CHLO identifica a gestão de risco como um requisito essencial ao funcionamento da instituição.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia adotada para a avaliação do PGRCIC.

No quarto capítulo são apresentados os dados resultantes da avaliação do PGRCIC.

No quinto capítulo é abordado o conflito de interesses.

No sexto capítulo são apresentadas as conclusões e recomendações efetuadas pelo Serviço de Auditoria Interna (SAI).

## 1. INTRODUÇÃO

Na sequência da Recomendação nº 1/2009, de 1 julho, e demais orientações do CPC que institui a elaboração de um Relatório Anual baseado no PGRCIC do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.(CHLO), aprovado a 30 de julho de 2014 (revisto em 2 de dezembro de 2015) e dando ainda, cumprimento à alínea e) do n.º 2 do artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, estabelece que o plano e os relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Tendo como objetivo avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) referentes aos riscos de corrupção e infrações conexas dos serviços constantes no PGRCIC do CHLO, de forma a mitigar os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que estes podem ter na prossecução dos objetivos da instituição, é elaborado pelo SAI o presente relatório.

Identificados os riscos de corrupção e infrações conexas, procedeu-se à sua avaliação em função da probabilidade de ocorrência, escala de risco (impacto) e à análise e reporte das ações realizadas em cada área dos serviços mencionados no PGRCIC na aplicação dos diversos mecanismos de acompanhamento na execução das mesmas.

## 2. ENQUADRAMENTO E ÂMBITO

A gestão do risco é uma atividade que assume um carácter fundamental, constituindo uma das grandes preocupações nas diversas organizações públicas, nomeadamente, no CHLO, E.P.E. Revela-se um requisito essencial ao funcionamento do CHLO, sendo fundamental nas relações que se estabelecem entre os diversos colaboradores e a Administração, no desenvolvimento do seu normal funcionamento.

É da responsabilidade dos órgãos de gestão de cada instituição, independentemente do cargo ou do nível hierárquico onde se encontram, a criação de mecanismos apropriados na gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas.

Por um lado, uma das bases para uma adequada repressão dos eventuais atos de corrupção encontra a sua sedimentação na sensibilização dos líderes em atuar na plenitude dos seus deveres morais e éticos e por outro é no reforço da dimensão cívica, sendo esta o alicerce do combate à corrupção através de modelos criados pela organização de forma a prevenir práticas que levem à ocorrência de atos de corrupção que ponham em causa o bom nome da organização.

### 2.1 Caracterização do CHLO

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. é um estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

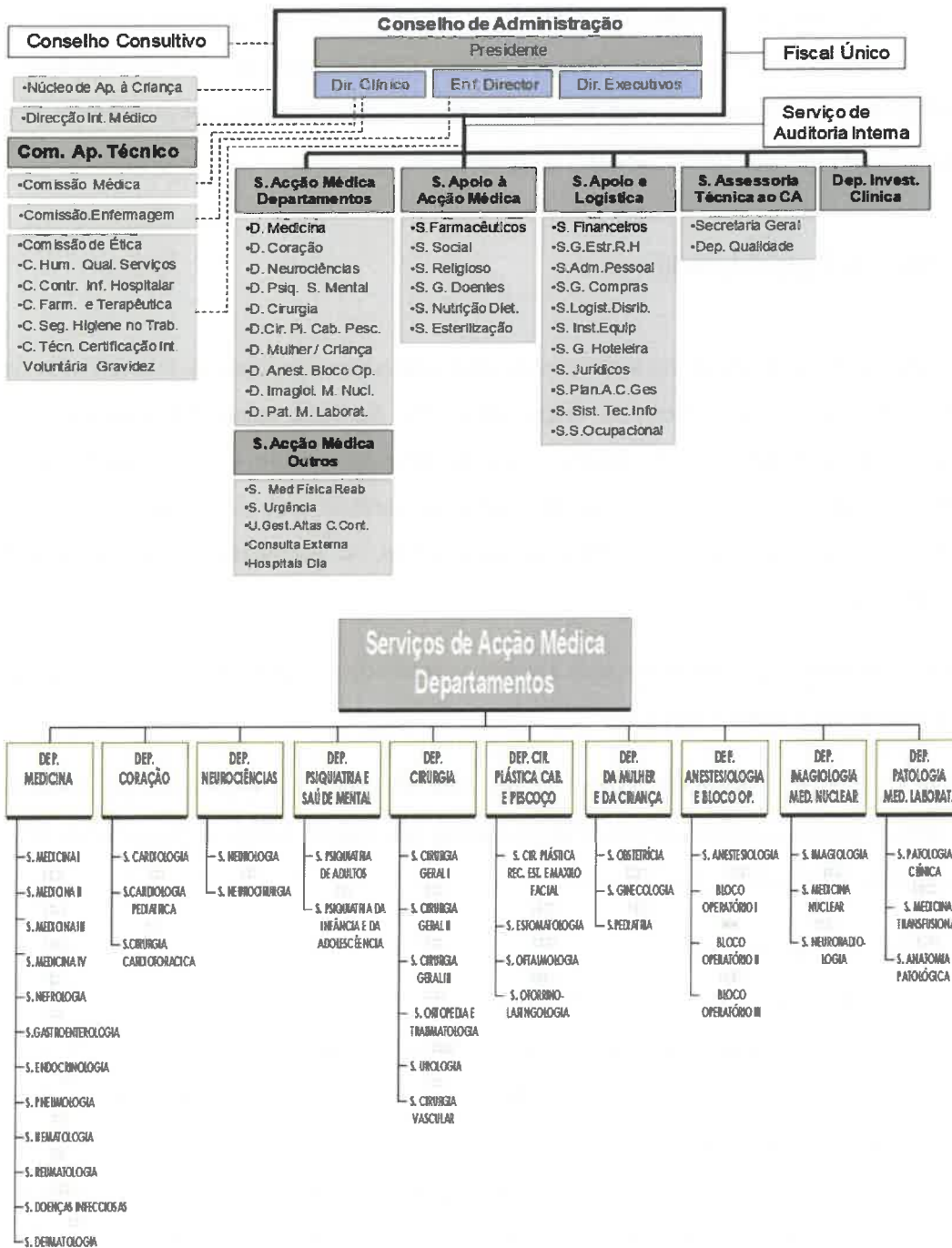
Integrou, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA, o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA, os quais, situados em áreas físicas distintas, visam prosseguir, de forma integrada e coordenada, os objetivos do CHLO, EPE.

O Centro Hospitalar rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro e nos Estatutos constantes dos anexos I e II a esse diploma, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que os não contrariem e pelo seu regulamento interno.



O CHLO, de acordo com a sua estrutura orgânica, prevê, para além das unidades operacionais de natureza assistencial no domínio da prestação direta ou indireta de cuidados de saúde, níveis intermédios de gestão e unidades de tipo logístico para apoio e suporte às unidades de natureza assistencial, próprias de cada unidade hospitalar que o integra ou comuns a todas elas.

Figura 1 - Organograma Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental



### 3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PGRIC

#### 3.1 Objetivo

O objetivo da avaliação da execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) contantes no PGRIC é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o CHLO de capacidade de atenuar/dirimir as falhas nas áreas expostas ao risco. Por outro lado, dar cumprimento à alínea e) do n.º 2 ao artigo n.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

#### 3.2 Metodologia Adotada

Em 2020, tendo como propósito a aferição da implementação dos objetivos estabelecidos no PGRIC, foi submetido a todos os responsáveis dos Serviços, acima referenciados, um questionário elaborado pelo SAI e aprovado pelo CA, para procederem ao seu preenchimento, tendo em conta o estado de execução das medidas preventivas e/ou corretivas contantes do plano em vigor, anteriormente referido, bem como, a apresentação de informação complementar.

Com base na informação recebida e após a avaliação realizada pelo SAI, identificou-se o nível de aplicabilidade das medidas propostas.

O PGRIC, enquanto “documento base” do presente relatório, está organizado por áreas de atividade, cuja elaboração identifica os vários fatores que podem potenciar situações de risco de corrupção e infrações conexas, como:

- A competência da gestão;
- A idoneidade dos gestores e decisores;
- A qualidade do sistema de controlo interno e sua eficácia;
- A conduta dos colaboradores das instituições e a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação;
- A própria legislação, que por vezes não propicia, de forma fácil, a tomada de decisões sem riscos, apresentando-se muitas vezes burocratizante, complexa, vasta e

desarticulada, condicionando uma gestão flexível e ágil da gestão dos recursos públicos (financeiros, humanos e materiais) que potencia o risco de existência de irregularidades.

Assim foram recebidas as monitorizações das áreas/serviços:

- Conselho de Administração (CA);
- Serviço de Auditoria Interna (SAI);
- Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC);
- Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG);
- Serviço de Gestão de Compras, Logística e Distribuição (SGCLD);
- Serviço de Gestão Hoteleira (SGH);
- Serviço de Gestão Hoteleira – Alimentação (SGH-Alimentação);
- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI);
- Serviço Financeiro (SF);
- Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH);
- Serviço de Gestão de Doentes (SGD);
- Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE);
- Secretaria - Geral (SG);
- Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamento (STGE);
- Serviços Farmacêuticos (SFARM);

## 4. RESULTADOS

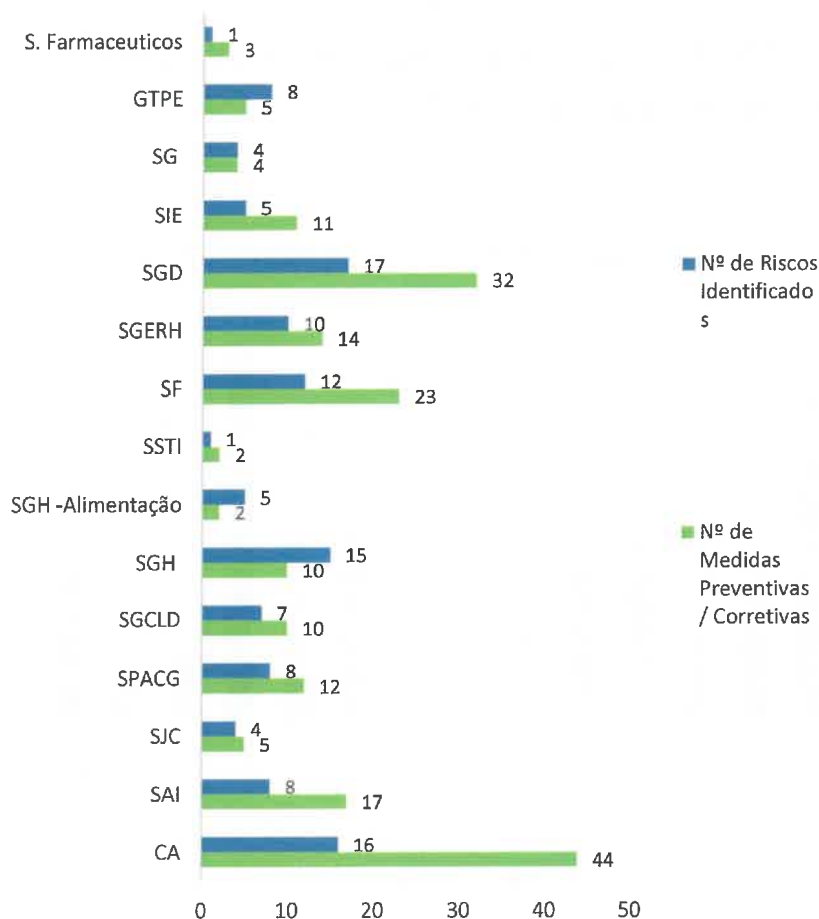
Foi solicitado aos responsáveis dos serviços anteriormente referidos, através de questionário elaborado pelo SAI e aprovado pelo CA, a avaliação do PGRCIC, e com base nas respostas obtidas, o SAI apurou o seguinte:

- Os riscos são considerados suficientes;
- Os níveis atribuídos à probabilidade de ocorrência e à escala do risco (impacto da ocorrência) de cada um dos riscos é adequada;
- Os mecanismos de controlo interno e as medidas de melhoria (preventivas/ corretivas) propostas são consideradas pelos serviços suficientes para mitigar os riscos identificados.

## 4.1 Identificação de Riscos e Medidas Preventivas

A monitorização do PGRCIC realizada pelo SAI incidiu em 15 Serviços com a colaboração dos respetivos responsáveis, onde foram elencados 121 riscos e 194 medidas preventivas.

Gráfico 1- Nº de Risco Identificados vs N.º de Medidas preventivas



Destacamos no Gráfico 1, que o CA é quem apresenta mais medidas preventivas/corretivas implementadas (44) e o SGD, é quem tem o nº maior de riscos.

Dos 15 serviços avaliados, apenas o Serviço de Gestão de Doentes identificou mais 1 risco e propôs uma nova medida preventiva/corretiva para mitigar o mesmo.

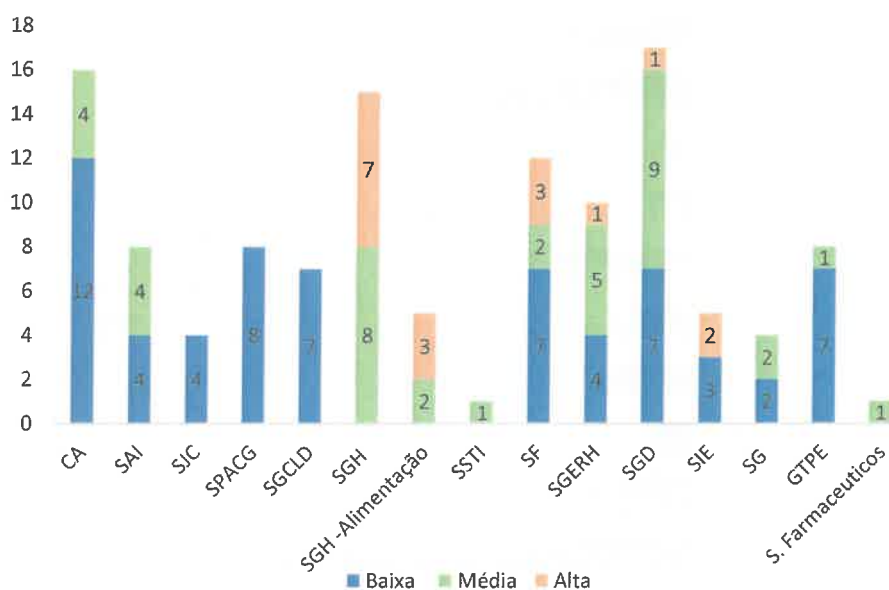
Este novo risco foi identificado/detetado no Serviço de Urgência do CHLO e prende-se, segundo o SGD com a *'prescrição manual ou duplicada de MCDT's que não estão no âmbito das atribuições de prescrição em Serviço de Urgência'*.

A medida preventiva/corretiva proposta pelo SGD passa pela elaboração de procedimentos e circuitos de controlo com a colaboração de vários serviços para uma melhor articulação dos mecanismos a implementar. Está prevista a sua implementação no decorrer do ano 2021.

## 4.2 Probabilidade de Ocorrência

De acordo com o PGRIC, o SAI apurou nos 15 serviços analisados, a probabilidade de ocorrência de risco, classificada com 3 níveis: Baixa, Média e Alta.

Gráfico 2 - Probabilidade de Ocorrência de Risco em cada serviço



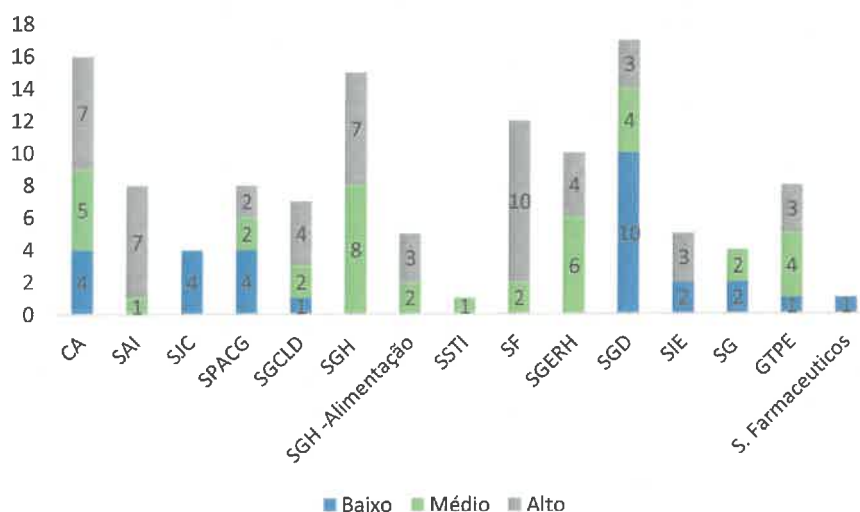
No Gráfico 2, relativamente aos serviços monitorizados, foram identificados, 65 riscos com probabilidade de ocorrência 'Baixa', 39 com 'Média' e 17 com 'Alta'.

Verifica-se que o SGD, detém o maior nº de probabilidade de ocorrência de risco média (9), o CA o maior nº de probabilidade de ocorrência de risco baixa (12) e o SGH o maior nº de probabilidade de ocorrência de risco alta (7).

### 4.3 Classificação do Risco

No seguimento da probabilidade de ocorrência de riscos nos 15 serviços monitorizados, outra das variáveis analisadas foi a escala de risco (impacto) estando esta classificada em três níveis: Baixa, Média e Alta.

Gráfico 3 - Escala de Risco – Impacto no Serviço causado pela ocorrência do risco



No Gráfico 3 verifica-se, que no total de 121 riscos identificados, 29 apresentam uma escala de risco (impacto) ‘Baixo’, 39 ‘Médio’ e 53 ‘Alto’.

O SF regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Alto (10), o SGH regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Médio (8) e o SGD regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Baixo (10).

### 4.4 Implementação das medidas

De acordo com as *guidelines* identificados no PGRCIC, o SAI, face aos dados fornecidos pelos responsáveis dos serviços avaliados, fez um levantamento do número de medidas ‘implementadas ou em execução’, sendo definidas da seguinte forma:

- Medidas Implementadas/em execução;
- Medidas parcialmente implementadas/em execução parcial;

- Não implementadas.

Tabela 1 - Medidas identificadas vs medidas implementadas

SERVIÇOS/ÁREAS	Nº de Medidas	Nº de Medidas Implementadas/Em execução	Nº de Medidas Parcialmente Implementadas/Em execução Parcial	Nº de Medidas Não Implementadas
Conselho de Administração (CA) - (*)	44	44		
Serviço de Auditoria Interna (SAI)	17	17		
Serviço Jurídico e de Contencioso (SJC)	5	5		
Serviço de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão (SPACG)	12	12		
Serviço de Gestão de Compras Logística e Distribuição (SGC)	10	9		1
Serviço de Gestão Hoteleira (SGH)	10	7		3
Serviço de Gestão Hoteleira - Alimentação (SGHA)	2	2		
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)	2	2		
Serviço Financeiro (SF)	23	22	1	
Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos (SGERH)	14	14		
Serviço de Gestão de Doentes (SGD)	32	29	2	1
Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE)	11	11		
Secretaria Geral (SG)	4	4		
Serviço de Transportes e Gestão de Estacionamento (STGE)	5	5		
Serviços Farmacêuticos (SFARM)	3	1		2
<b>TOTAIS</b>	<b>194</b>	<b>184</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>95%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>

(\*) Mecanismos de Controlo Existentes

De acordo com a Tabela 1, das 194 medidas identificadas, 184 (95%) estão implementadas ou em execução, 3 (2%) implementadas ou executadas parcialmente e 7 (4%) não foram implementadas.

Assim:

**Medidas parcialmente implementadas/ em execução parcial:**

- SF – Apresenta uma limitação na execução das reconciliações das contas correntes;
- SGD – 2 medidas carecem de revisão do Manual de Procedimentos da Unidade Hospitalar de Gestão Inscritos Para Cirurgia.



### **Medidas não implementadas:**

- Armazéns Centrais dos 3 Hospitais afetos ao SGCLD – O sistema de videovigilância ainda não se encontra em funcionamento;
- SFARM – Aguarda-se a instalação de câmaras de videovigilância no HSC e a integração das câmaras de videovigilância no sistema de videovigilância central do HEM;
- SGH – As auditorias periódicas não foram realizadas de acordo com o estipulado no PGRIC devido ao contexto de pandemia;
- SGD- Está em curso a prescrição uniformizada de MCDT's no SO (em parceria com diversos serviços vão elaborar um Plano de ação).

A implementação das medidas preventivas/corretivas propostas, bem como os mecanismos existentes são consideradas por todos serviços como suficientes.

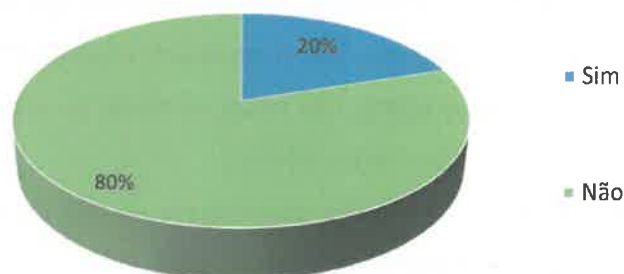
## **4.5 Prazos e Execução**

Os prazos de execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) propostas no plano, segundo a informação recolhida junto dos responsáveis dos serviços avaliados, estão a ser cumpridos conforme os prazos definidos, com exceção de 3 Serviços.

- SFARM - Demora na instalação de camaras de videovigilância no HSC e na integração das camaras de videovigilância do HEM no sistema de videovigilância central;
- SF – A reconciliação de contas correntes não é feita conforme consta no plano devido à falta de Recursos Humanos qualificados;
- SGCLD – Atraso no funcionamento do sistema de videovigilância nos armazéns centrais dos 3 Hospitais do CHLO.

Outra das variáveis sujeita a análise prende-se com a dificuldade dos serviços no cumprimento da execução total das medidas preventivas e corretivas constantes no PGRIC.

Gráfico 4 - Dificuldades na Execução do Plano



Dos 15 Serviços avaliados, apenas os Serviços Farmacêuticos e os Serviços Financeiros afirmam ter dificuldades na execução das medidas propostas no PGRIC. Contudo o SAI relativamente ao SGDL verificou uma medida proposta não executada<sup>1</sup>.

- Os SFARM confirmam ter dificuldade na execução das medidas propostas uma vez que aguardam a instalação de câmaras de videovigilância para os Serviços farmacêuticos do HSC e a integração das câmaras de videovigilância dos Serviços Farmacêuticos do HEM no sistema de videovigilância central;
- Os SF confirmam ter dificuldade na execução de algumas medidas propostas devido à carência de Recursos Humanos com conhecimentos técnicos para desempenhar tarefas diferenciadas.

## 5. GESTÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

A recomendação nº 5/2012 do CPC, de 7 de novembro, determina que “As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses, devidamente

<sup>1</sup> Apesar do SGCLD ter respondido que não teve qualquer dificuldade na implementação total do plano, o SAI identificou uma medida não executada (Funcionamento do Sistema de videovigilância nos 3 Armazéns Centrais dos três hospitais).

publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais”.

Em matéria de conflitos de interesses foram identificadas e constam no PGRCIC as principais áreas de risco, bem como, as potenciais situações que possam originar este tipo de conflitos e a implementação de mecanismos e medidas adequadas (preventivas/corretivas) de modo a preveni-los ou geri-los, tais como:

- A elaboração de Manuais de Boas Práticas;
- Desencadearam-se ações de sensibilização sobre esta temática;
- A obrigatoriedade de obtenção de declarações de compromisso de inexistência de conflito de interesse em processos que possam de alguma forma colocar em causa a sua isenção/idoneidade.

## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Variáveis	Conclusões	Recomendações
Identificação de Riscos e Medidas Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nos 15 serviços analisados foram identificados 121 riscos e 194 medidas preventivas;</li> <li>O CA possui o maior número de medidas preventivas implementadas (44) e o SGD o maior número de riscos (17);</li> <li>O SGD identificou/detetou mais 1 risco e propôs uma nova medida preventiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O desenvolvimento e implementação de mecanismos necessários ao cumprimento da execução das respetivas medidas preventivas/corretivas de acordo com o estipulado no PGRIC de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis que delas possam surgir;</li> </ul>
Probabilidade de Ocorrência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nos 15 serviços analisados foram identificados 65 riscos com probabilidade de ocorrência 'Baixa', 39 com 'Média' e 17 com 'Alta';</li> <li>O SGD, é que detém a maior probabilidade de ocorrência de risco média (9);</li> <li>O CA com a maior probabilidade de ocorrência de risco baixa (12);</li> <li>O SGH com a maior probabilidade de ocorrência de risco alta (7).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A permanente monitorização dos processos de gestão de risco e redefinição das medidas preventivas a implementar;</li> </ul>
Classificação do risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se, que, no total de 121 riscos identificados, 29 apresentam uma escala de risco (impacto) 'Baixo', 39 'Médio' e 53 'Alto'.</li> <li>O SF regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Alto (10);</li> <li>O SGH regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Médio (8);</li> <li>SGD regista o maior n.º de riscos com escala (impacto) de nível Baixo (10).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A atualização dos manuais de procedimentos dos serviços envolvidos, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos;</li> <li>Nas áreas mais técnicas e operacionais, que se efetuem ações de controlo periódicas pelos serviços de modo a garantir a efetividade das medidas implementadas e consequentemente mitigação de riscos;</li> </ul>
Implementação das medidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das 194 medidas implementadas, 184 (95%) estão implementadas ou em execução, 3 (2%) parcialmente implementadas ou executadas parcialmente e 7 (4%) não foram implementadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que o PGRIC seja considerado um instrumento fundamental para a gestão e entendido como dinâmico, sujeito a uma atualização e 'aperfeiçoamento contínuos, através da experiência que vai sendo adquirida e tendo em consideração o contexto atual e as novas situações que vão surgindo no seio da organização;</li> </ul>
Prazos de execução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segundo a informação prestada pelos responsáveis dos serviços avaliados, estão a ser cumpridos os prazos definidos na execução do plano com exceção de 3 serviços: SFARM, SF e SGCLD.</li> <li>Dos 15 Serviços avaliados, apenas os SFARM e os SF afirmam ter dificuldades na execução das medidas propostas no PGRIC. Apesar do SGDLIC ter dado todas as medidas como executadas, contudo o SAI identificou a existência de uma medida proposta mas não executada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A realização de ações de formação a todos os colaboradores com o objetivo de sensibilização para este tema;</li> <li>A publicação na internet e intranet do presente relatório de execução.</li> </ul>

## 7. DISTRIBUIÇÃO DO RELATÓRIO

De acordo com n.º 13, do art.º 19 do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro o presente relatório deve ser enviado e divulgado para:

- Conselho de Prevenção da Corrupção;
- Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ARSLVT, ACSS, IGAS, DGTF e IGF);
- Divulgação na internet e intranet do CHLO.