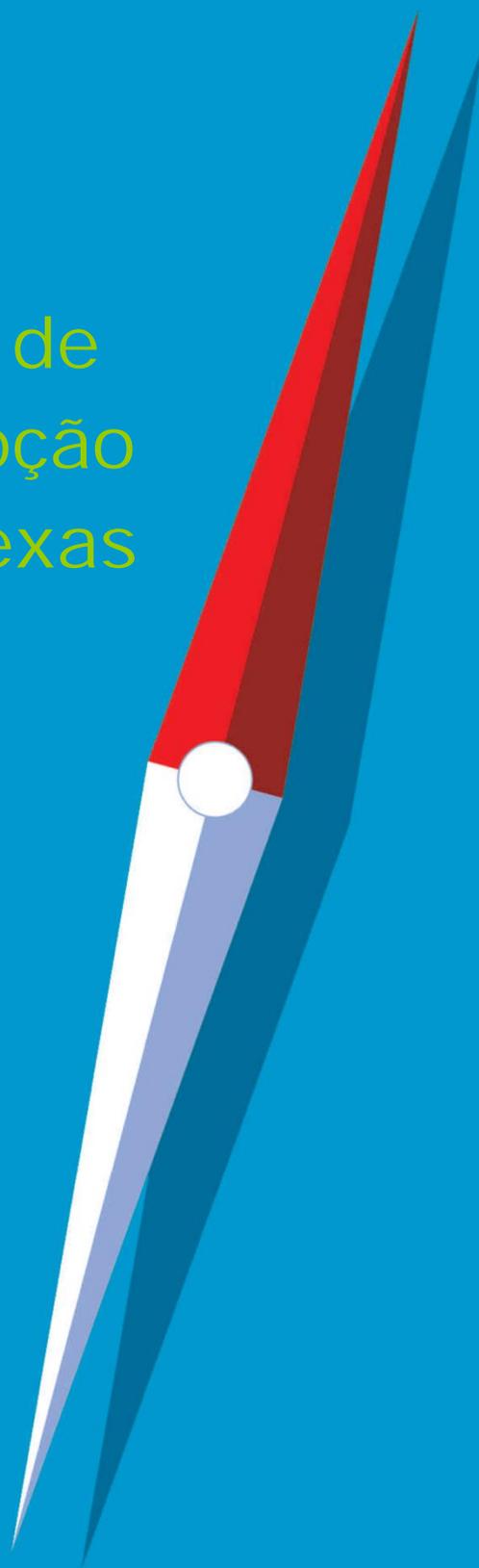


Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

CHLN, E.P.E.



Aprovado na reunião n.º 17/2016 do Conselho de
Administração, realizada a 15 de abril

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar
Lisboa Norte, EPE

1. Enquadramento.....	3
2. Caracterização Geral do CHLN.....	4
2.1. Apresentação.....	4
2.2. Missão, Objetivos e Políticas	4
2.3. Órgãos Sociais.....	6
2.4. Estrutura Organizacional.....	6
2.5. Regulamentação Interna e Externa.....	9
3. Identificação dos Riscos.....	9
3.1. Valores éticos e de integridade.....	9
3.2. Conceito de corrupção e definição do grau de risco.....	10
3.3. Identificação dos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas	10
4. Acompanhamento, atualização e divulgação	12

1. Enquadramento

A corrupção consubstancia uma violação dos princípios de interesse público, da igualdade, proporcionalidade, transparência, justiça, imparcialidade, boa fé e boa administração.

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) – criado pela Lei nº 54/2008, de 4 de setembro, como entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas – em reunião de 4 de março de 2009, "...deliberou, como primeiro passo estrutural para contribuir para prevenir a corrupção e infrações conexas, fazer o levantamento da situação neste domínio, concentrando a sua atenção imediata nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos...".

A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) preparou e divulgou junto de todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o "Modelo de Controlo Interno" que pretende ver implementado em todas as instituições do sector da saúde, constituído por um "Manual de Auditoria", um "Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos" e uma "Metodologia de Gestão de Risco".

O Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN) tem vindo a ajustar os seus procedimentos de controlo interno em linha com o preconizado no referido Modelo, com vista a uma maior segregação de funções, delegação de competências internas e reforço dos mecanismos de controlo.

Para além do fiscal único, órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Centro Hospitalar, o CHLN conta também com um serviço de auditoria interna, com competência para proceder à avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.

O controlo interno deverá, ainda, incluir mecanismos de comunicação de irregularidades, competindo ao conselho de administração a sua implementação e manutenção e ao auditor interno a respetiva avaliação.

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHLN aplica-se a todos os Dirigentes e restantes Trabalhadores ao serviço do CHLN.

2. Caracterização Geral do CHLN

2.1. Apresentação

O CHLN foi criado em 1 de março de 2008, através do Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro, por fusão do Hospital de Santa Maria, EPE, com o Hospital Pulido Valente, EPE, ambos Hospitais Centrais.

O CHLN é, nos termos do disposto no regime jurídico e estatutos aplicáveis às unidades de saúde com natureza de entidades públicas empresariais, uma pessoa coletiva de direito público dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Na sua área de influência, o Centro Hospitalar presta cuidados diretos a cerca de 222.500 habitantes, das freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Coração de Jesus, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, São Domingos de Benfica e São João de Brito. No entanto, as suas características de centro de destino para a referência diferenciada alargam a sua influência a níveis regional e nacional.

2.2. Missão, Objetivos e Políticas

Missão

O CHLN tem como missão a satisfação com qualidade, eficácia e eficiência das necessidades das pessoas que acedem aos cuidados de saúde do Centro Hospitalar, em conformidade com o seu grau de diferenciação e posicionamento como grande unidade do sistema público de saúde, garantindo a equidade e universalidade do acesso.

A atividade do CHLN, centrada na satisfação das necessidades dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, orienta-se por critérios exigentes de qualidade, economia, eficiência e eficácia, num contexto de equilíbrio económico e financeiro sustentável.

Objetivos

O Centro Hospitalar tem por objeto a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos no âmbito das suas capacidades e responsabilidades, em conformidade com o seu grau de diferenciação e posicionamento no SNS.

São objetivos do CHLN:

- Prestação da sua atividade centrada no primado do doente;
- Qualidade e humanização dos cuidados prestados;
- Assegurar e melhorar as condições de acolhimento e internamento dos cidadãos utilizadores dos serviços prestados pelo Centro Hospitalar;
- Garantir elevados padrões técnico-científicos;
- Adequar equipamentos e instalações diretamente ligados à prestação de cuidados de saúde;
- Gestão de recursos humanos eficaz e eficiente;
- Proporcionar aos profissionais condições de realização profissional, que permitam atrair os melhores e mais motivados;
- Desenvolver as atividades de investigação, ensino e formação subordinada, no que respeita à formação de profissionais de saúde;
- Promover a articulação funcional com a rede de cuidados primários, no âmbito da sua área de influência, bem como com a rede nacional de cuidados continuados integrados;
- Promover critérios de rigor, autonomia, responsabilização e flexibilidade na gestão;
- Garantir a sustentabilidade económica e financeira do Centro Hospitalar.

Políticas

Para assegurar os objetivos estratégicos definidos, o CHLN concretiza um conjunto de programas e ações, que decorrem do seu plano estratégico. O plano estratégico do CHLN explicita os princípios orientadores da sua atuação, os quais consubstanciam uma política de compromisso do hospital na convergência para melhores padrões de eficiência na prestação de cuidados clínicos, de qualidade de atendimento e de equilíbrio económico-financeiro.

O Centro Hospitalar organiza-se e funciona de modo a cumprir um conjunto de políticas essenciais ao seu bom desempenho, nomeadamente:

- Política de recursos humanos e formação;
- Política de gestão da qualidade;
- Política de controlo de custos.

2.3. Órgãos Sociais

Conselho de Administração

Por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, foi nomeado com efeitos a 21 de fevereiro de 2013, o Conselho de Administração do CHLN para um mandato de três anos, renovável até ao máximo de três renovações consecutivas:

Presidente – Carlos José das Neves Martins

Vogal – Manuel Francisco Roque Santos

Vogal - Júlio Paulo Candeias Pedro

Diretora Clínica – Maria Margarida Barreira Lucas

Enfermeira Diretora – Catarina Dores Santos Batuca

Fiscal Único

Fiscal Único – António Borges & Associados, SROC n.º 69, representado por António Alexandre Pereira Borges, ROC n.º 559

2.4. Estrutura Organizacional

O CHLN organiza-se em três áreas de atividade:

- Ação médica;
- Suporte à prestação de cuidados;
- Apoio geral e logística.

A área de ação médica está estruturada por departamentos, serviços e unidades funcionais, devendo estes desenvolver a sua atividade por centros de responsabilidade. Os departamentos compreendem os serviços e se necessário as unidades funcionais em ordem ao estabelecimento da necessária articulação com vista à satisfação das necessidades e prossecução de objetivos comuns.

Os serviços, enquanto unidades próprias e específicas de funcionamento autónomo, poderão ser agrupados em departamentos, sempre que tal se revele adequado. As unidades funcionais, enquanto organizações específicas de recursos humanos e tecnológicos, integram-se nos serviços ou atuam de modo autónomo, integradas nos departamentos, colaborando com os vários serviços.

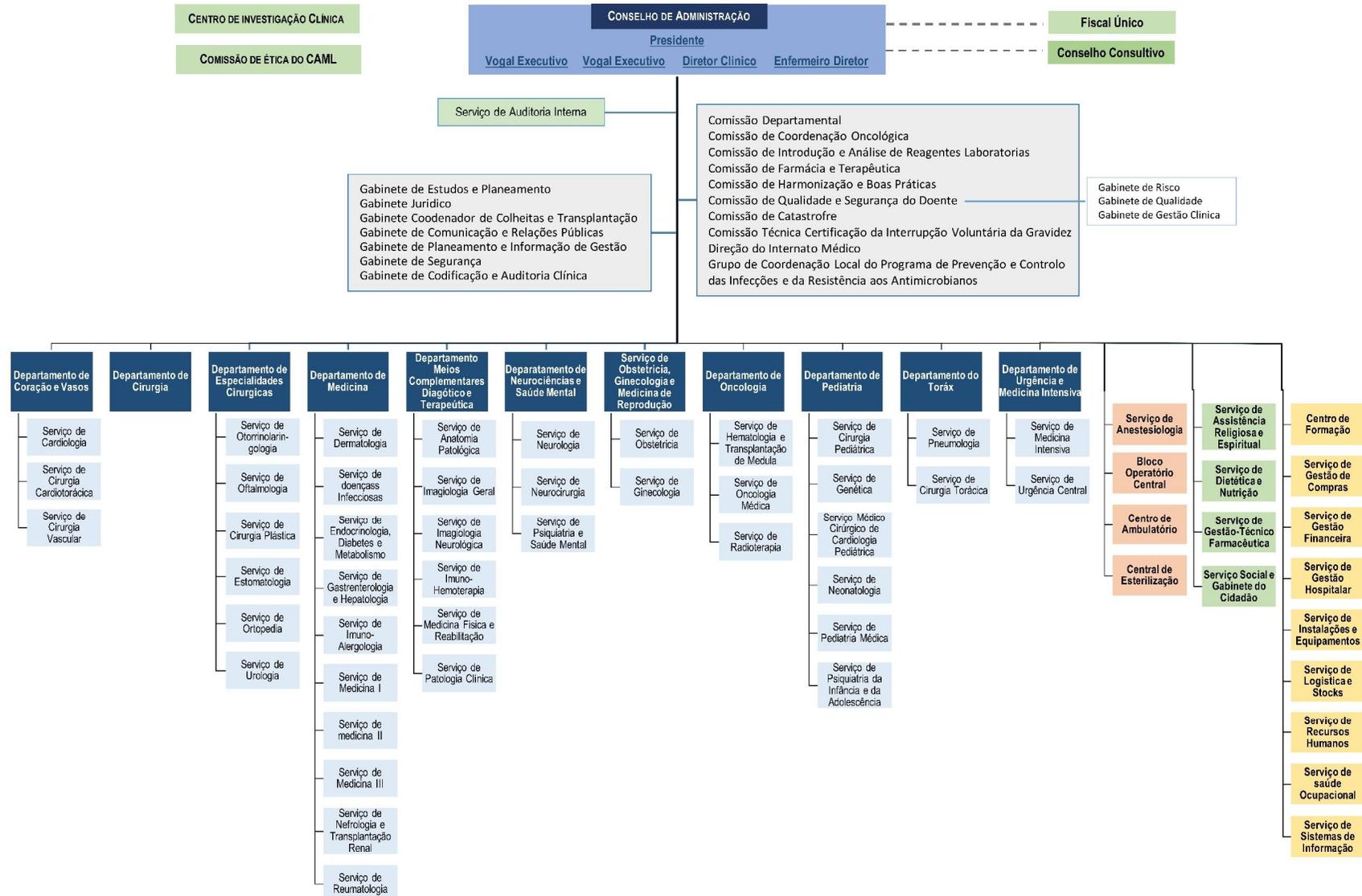
Na área de suporte à prestação de cuidados, são constituídos serviços ou, quando de reduzida dimensão, unidades autónomas, com funções de suporte dos serviços de ação

médica. Os serviços e unidades autónomas são dirigidos respetivamente por um Diretor de Serviço ou Coordenador, ambos responsáveis perante o Conselho de Administração.

Os serviços de apoio geral e logística são dirigidos por responsáveis a nomear pelo Conselho de Administração, em comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho. Compete aos responsáveis dos serviços de apoio geral dirigir as atividades dos respetivos serviços, definindo objetivos de atuação em harmonização com os objetivos gerais estabelecidos.

Organograma CHLN 2016

Elaborado de acordo com alteração ao art. 38 do Regulamento Interno, de 29 jan. 2015



2.5. Regulamentação Interna e Externa

O CHLN é um estabelecimento público do SNS, de natureza empresarial, pelo que se lhe aplica subsidiariamente o Decreto-Lei n.º 133/2013, que estabelece os princípios e as regras aplicáveis ao setor público empresarial.

O CHLN rege-se ainda pelo regime jurídico constante do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, pelas normas em vigor para o SNS, que não sejam incompatíveis com o regime jurídico dos Hospitais EPE, e pelo seu regulamento interno.

O Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, procedeu à modificação do regime jurídico e dos estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro. Esta alteração legislativa pretende, entre outras medidas, o reforço dos mecanismos de controlo interno dos hospitais EPE, através da internalização das atividades de auditoria interna na própria estrutura orgânica dos estabelecimentos.

3. Identificação dos Riscos

3.1. Valores éticos e de integridade

Os objetivos de uma entidade e a forma como são implementados são baseados em preferências ou opções, julgamentos de valor e estilos de gestão. A integridade da gestão bem como o seu compromisso em relação a valores éticos influenciam estas preferências e julgamentos de valor, normalmente traduzidos em normas comportamentais. Como a reputação de uma entidade é tão importante, as normas comportamentais deverão estar para além de um mero cumprimento da legislação.

É necessária uma filosofia de gestão que se traduza em comunicações, opiniões e atitudes caracterizando a forma como a entidade perceciona o risco em todas as suas atividades, desde o desenvolvimento e implementação de uma estratégia até às suas atividades do dia-a-dia. A filosofia de gestão, reflete os valores da entidade, influenciando a sua cultura e estilo operacional e afetando a forma como os componentes de gestão de risco são postos em prática.

No desempenho das suas funções, os colaboradores do CHLN, devem pautar a sua conduta por princípios de competência, integridade, independência, isenção e equidade, atuando

sempre com respeito pelos valores nucleares do Centro Hospitalar, legislação aplicável e respetivos códigos de conduta, deontológicos e éticos.

3.2. Conceito de corrupção e definição do grau de risco

A prática de qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro, constitui uma situação de corrupção. Existem outros crimes, próximos da corrupção, os quais são igualmente prejudiciais ao bom funcionamento das instituições, tais como o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influência, a participação económica em negócio e o abuso de poder.

A corrupção é um crime público, pelo que nos casos de suspeita de atos de corrupção praticados por funcionários e agentes do Estado, a denúncia é obrigatoriamente feita ao superior hierárquico, que deverá remeter imediatamente participação à entidade competente para instaurar o respetivo processo disciplinar, dando conhecimento ao Ministério Público dos factos passíveis de serem considerados infração penal.

O “risco” pode ser definido como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência que poderá comprometer a realização dos objetivos de uma entidade ou unidade organizacional. Na definição do grau de risco, o presente Plano toma como referência o guião do CPC, o qual estabelece que os riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco, que mede a probabilidade do mesmo ocorrer (elevada, média ou baixa) bem como o seu impacto (elevado, médio ou baixo).

Grau de Risco		Probabilidade de ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto previsível	Alto	Muito Elevado	Elevado	Médio
	Médio	Elevado	Médio	Baixo
	Baixo	Médio	Baixo	Muito Baixo

3.3. Identificação dos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas

A Gestão de Riscos visa identificar e prevenir atempadamente as áreas da organização com maior exposição ao risco. Esta gestão implica a elaboração de programas adaptados aos riscos subjacentes aos procedimentos e atividades que tenham ou possam, potencialmente, ter um impacto materialmente relevante.

Os riscos de gestão, em que se incluem os riscos de corrupção e infrações conexas, configuram factos que envolvem potenciais desvios, gerando ou podendo gerar impacto nos resultados da atividade.

Com base nos objetivos gerais traçados para o CHLN e atenta a sua estrutura organizativa, são apresentadas as principais áreas identificadas como mais suscetíveis de gerarem riscos. Procura-se, de seguida, identificar estes riscos, avaliar o seu grau e apresentar medidas preventivas que permitam ao Centro Hospitalar o seu controlo efetivo.

A metodologia utilizada no levantamento das áreas e processos críticos resulta da perceção consolidada em entrevistas aos responsáveis de cada serviço e utilizado como referencial o questionário sobre avaliação da gestão de riscos elaborado pelo CPC.

A presente classificação sobre riscos de corrupção e infrações conexas assenta na probabilidade de ocorrência, em abstrato, de situações passíveis de serem consideradas infrações associadas à corrupção, dada a natureza das atividades envolvidas, e não na deteção, passada ou presente, de casos passíveis de serem qualificados como de corrupção ou infração conexa.

Os riscos encontram-se classificados numa escala de frequência – baixa, média, alta - em função do respetivo grau de probabilidade de ocorrência.

Em anexo destacam-se, em cada uma das áreas os processos suscetíveis de comportar maiores riscos de corrupção e infrações conexas e respetivas medidas preventivas.

- Conselho de Administração;
- Gestão de Compras;
- Gestão Financeira;
- Gestão Hoteleira;
- Gestão Hospitalar;
- Gestão Técnico Farmacêutica;
- Instalações e Equipamentos;
- Logística e Stock;
- Recursos Humanos;
- Sistemas de Informação.

A gestão do risco de corrupção tem carácter transversal, cabendo esta responsabilidade a todos, sem exceção, sejam dirigentes, trabalhadores ou meros colaboradores.

4. Acompanhamento, atualização e divulgação

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e infrações conexas é um instrumento de gestão dinâmico. Deve ser acompanhado na sua execução e na necessidade da sua atualização.

Tendo em vista a verificação da conformidade entre as normas sistematizadas no Plano e a sua efetiva aplicação deverá ser implementado um mecanismo de monitorização periódica que inclui a realização de um relatório anual de avaliação. Para a concretização deste objetivo, devem ser cometidas aos responsáveis de cada área de atividade identificada:

- a) A responsabilidade pela execução efetiva do Plano, na parte respetiva;
- b) A iniciativa de apresentação, a todo o momento, de propostas de correção e atualização;
- c) O reporte anual de seguimento de execução, ao Conselho de Administração, que inclua, entre outros aspetos:
 - A identificação de novos riscos de corrupção e infrações conexas,
 - A identificação das medidas de mitigação adotadas e das medidas prospetivas a adotar;
 - A descrição dos riscos eliminados ou cujo impacto foi reduzido;
 - Os riscos que se mantêm.

A implementação dos procedimentos destinados a prevenir a ocorrência de riscos identificados no presente Plano poderá ser, igualmente, avaliada no decurso da execução de ações de Auditoria Interna, sendo os seus resultados divulgados anualmente.

O presente Plano deverá ser disponibilizado na página Web do CHLN e divulgado aos seus dirigentes.

Versão 1/2016
Aprovada em Conselho de Administração
ATA N.º 17/2016

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Anexo I

Identificação dos Responsáveis



Serviços	Áreas	Responsáveis	Nome
Conselho de Administração	Actuação e decisão dos membros do conselho de administração	O Presidente nas suas competências próprias	Carlos Neves Martins
		O Conselho de Administração nas suas competências estatutárias	Carlos Neves Martins Julio Pedro Margarida Lucas Catarina Batuca
Gestão de Compras	Gestão de Compras	Diretor de Serviço	Rui Silva
Gestão Financeira	Gestão Financeira	Diretor de Serviço Chefe da Contabilidade	Pedro Leite Maria de Jesus Barata
	Património	Diretor de Serviço	Pedro Leite
	Tesouraria		
Gestão Hoteleira	Alimentação	Diretora de Serviço Técnico Superior Responsavel da Área	Marta Rodrigues Soraia Vaz
	Higiene e Limpeza	Diretora de Serviço Técnico Superior Responsavel da Área	Marta Rodrigues Olga Cordeiro
	Lavagem e Tratamento de Roupa Hospitalar	Diretora de Serviço	Marta Rodrigues
	Resíduos Hospitalares	Técnico Superior Responsavel da Área	Teresa Silva
	Desinfestação	Diretora de Serviço	Marta Rodrigues
	Concessão de Espaços Públicos	Técnico Superior Responsavel da Área	Soraia Vaz
Gestão Hospitalar	Gestão Hospitalar	Diretora de Serviço	Maria Do Céu Valente
Gestão Técnico Farmaceutica	Aquisição de Produtos Farmacêutico	Coordenadores das áreas envolvidas Gestor da qualidade	Filomena Marques Luís Guerreiro
	Gestão de Existências	Coordenadores das áreas envolvidas Gestor da Qualidade	Luís Guerreiro
		Coordenadores das áreas envolvidas	Filomena Marques Vasco Rodrigues
	Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Coordenadores das áreas envolvidas	Filomena Marques Vasco Rodrigues
	Ensaio Clínicos	Coordenador da área envolvida	Ana Paula Carrondo
	Outros riscos transversais às várias atividades	Direção de Serviço	Piedade Ferreira
Instalações e Equipamentos	Gabinete de Projetos e Obras	Coordenador do Gabinete de Projetos e Obras	Nuno Dias Jorge
	Divisão de Instalações	Coordenador da Divisão	Luis Marques
	Divisão de Equipamento Médico	Chefe de Divisão	Oreana Morais
	Nucleo HPV	Coordenador do Nucleo	António Macedo
	Gabinete de Projetos e Obras, Divisão de Instalações, Divisão de Equipamento Medico e Nucleo do HPV	Diretor de Serviço	Durão de Carvalho
Logística e Stock	Imobilizado	Coordenador de Unidade Operacional	Rui Soares
	Gestão de Existências		
Recursos Humanos	Recrutamento de colaboradores	Coordenadora da Unidade de Pessoal Diretora de Serviço	Maria João Pequito Ana Correia Lopes
	Processamentos diversos de remunerações	Coordenadora da Unidade de Remunerações e Assiduidade	Ana Maria Fonseca
		Diretora de Serviço	Ana Correia Lopes
	Elaboração e cumprimento de mapa de férias	Coordenadora da Unidade de Remunerações e Assiduidade	Ana Maria Fonseca
		Diretora de Serviço	Ana Correia Lopes
	Exercício de actividades em acumulação de funções	Coordenadora da Unidade de Pessoal Diretora de Serviço	Maria João Pequito Ana Correia Lopes
Deslocação em serviço público	Coordenadora da Unidade de Remunerações e Assiduidade	Ana Maria Fonseca	
	Diretora de Serviço	Ana Correia Lopes	
Sistemas de Informação	Planeamento e Organização	Director SSI	João Louro
		Coordenadores	Filipe Garcia, Alice Rosa, Pedro Martinho e Pedro Valente
	Aquisição e Implementação	Director SSI	João Louro
		Secretariado	Rosa Bravo
	Manutenção e Suporte	Coordenadores	Filipe Garcia, Alice Rosa, Pedro Martinho e Pedro Valente
		Director SSI	João Louro
Coordenadores SSI	Coordenadores SSI	Filipe Garcia, Alice Rosa, Pedro Martinho e Pedro Valente	
	Coordenador da Área de Helpdesk/Hardware	Pedro Martinho	

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Anexo II

Identificação dos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas

Procedimentos preventivos a adotar



Conselho de Administração

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Actuação e decisão dos membros do conselho de administração	Aprovação de Regulamentos Internos	Manipulação, omissão ou utilização indevida da informação	Média	Preferência da colegialidade plena da decisão.	O Presidente nas suas competências próprias O Conselho nas suas competências estatutárias
		Manipulação de informação para benefício de terceiros ou próprios	Média	Atas revistas e assinadas por todos os membros do Conselho presentes	
	Planos de Actividade, Orçamentos, Relatório de Actividade e Gestão e Contas	Interferencia nas decisões técnicas dos departamentos/Serviços	Média	Reuniões periódicas para avaliação do cumprimento do Plano	
		Manipulação de informação para benefício de terceiros ou próprios	Média		
	Administrar o património, as receita e autorizar despesa	Quebra do sigilo e divulgação de informação a terceiros	Média	Preferência da colegialidade plena da decisão.	
		Manipulação de informação para benefício de terceiros ou próprios	Média	Atas revistas e assinadas por todos os membros do Conselho presentes	
Aquisição de Bens e Contratação de Serviços	Quebra do sigilo e divulgação de informação a terceiros	Alta	Preferência da colegialidade plena da decisão.		
Contratação de Recursos Humanos	Manipulação de informação para benefício de terceiros ou próprios	Alta	Atas revistas e assinadas por todos os membros do Conselho presentes		

Gestão de Compras

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Gestão de Compras	Aquisição de bens e serviços por ajuste direto	Aquisições diversas ao mesmo fornecedor; Violação dos princípios gerais de contratação; Corrupção passiva para ato ilícito; Tráfico de influência, participação económica em negócio, abuso de poder	Média	Justificação da necessidade de aquisição; Qualificar e selecionar os melhores fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital.	Diretor de Serviço
	Processos de aquisição de bens e serviços	Supressão de procedimentos necessários; Corrupção passiva por ato ilícito; Tráfico de influência; Participação económica em negócio; Violação dos princípios gerais de contratação	Baixa	Segregação de funções em termos de consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre de fornecedores	
	Verificação do material aquando da sua receção	Desvio ou não fiscalização da quantidade ou qualidade dos bens;	Baixa	Comparação das quantidades rececionadas com as notas de encomenda;	
	Aquisição de bens	Repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano – fracionamento da despesa;	Baixa	Planeamento adequado das atividades a desenvolver em termos de compras anuais;	
		Corrupção passiva para ato ilícito e tráfico de influência		Melhoria do processo de gestão de stocks	
	Fornecimento de bens, serviços e empreitadas	Fornecimento por familiares ou pessoas com relações de forte amizade ou inimizade; Informação privilegiada; Violação do segredo por funcionário; Conluio entre os adjudicatários e os funcionários; Corrupção passiva para ato lícito ou ilícito e tráfico de influência.	Média	Ampla divulgação do regime de impedimentos; Subscrição de delegação de compromisso relativo a incompatibilidades, impedimentos ou reserva.	
Pré consultas para determinados preços base	Passagem de informação privilegiada;	Baixa	Quando possível, determinação do preço base sem consulta ao mercado recorrendo a base de dados com informações de aquisições anteriores;		
	Corrupção passiva para ato lícito ou ilícito;		Realização preferencial de consulta ao mercado através da recolha de preços disponibilizados via internet.		
	Tráfico de influência; Participação económica em negócio				

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adoptar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Gestão de Compras	Intervenção em processos de contratação e processos de júris de concurso	Intervenção em processos em situação de impedimento; Corrupção passiva para ato lícito ou ilícito; Tráfico de influência; Participação económica em negócio	Baixa	Ampla divulgação do regime de impedimentos; Subscrição de declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos ou escusa.	Diretor de Serviço
	Inexistência de mecanismos que possam identificar situações de conluio entre adjudicatários e os funcionários	Favorecimento de fornecedores de forma a obter benefícios; Corrupção passiva para ato ilícito ou lícito; Tráfico de influência; Participação económica em negócio	Baixa	Sensibilização para as consequências da corrupção e infrações conexas.	
	Existência de trabalhos a mais no âmbito de empreitadas	Risco de avançar com a execução dos trabalhos sem prévia autorização do órgão competente e realização de novo procedimento para efetuar o pagamento destes trabalhos; Corrupção passiva para ato ilícito ou lícito; Tráfico de influência	Baixa	Criação de manual de procedimentos no âmbito das empreitadas;	
	Renovação de contratos	Falha no sistema de alerta dos termos dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação; Favorecimento de fornecedores; Participação económica em negócio; Corrupção passiva para ato ilícito ou lícito; Tráfico de influência	Média	Base de dados com contratos existentes e sua calendarização em termos de renovações; Listagem mensal dos contratos suscetíveis de renovação, Criação de sistemas de alertas informáticos.	

Gestão Financeira

Áreas	Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adoptar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis	
Gestão Financeira	Controlo Orçamental	Dificuldade de controlo da execução orçamental por deficiência do SAP Deficiente controlo dos compromissos assumidos versus dotação disponível	Média	Implementar, em definitivo o "Funds Management"	Director de serviço + Chefe de Contabilidade
		Assumpção de compromissos sem prévia cabimentação e conseqüente afectação orçamental	Baixa	Implementar, em definitivo o "Funds Management". Até lá, utilizar mecanismos manuais de segurança	
	Cabimentação e Assumpção de Compromissos	Despesa com a errada classificação económica	Média	Possibilitar ao SGF a faculdade de alterar a rubrica contabilística previamente indicada	Director de serviço + Chefe de Contabilidade
		Deficiente numeração de compromissos ao nível da aplicação, ou seja, inexistir sequencialidade na sua emissão	Alta	Correcção da aplicação, tendente a obviar o erro	
	Despesa	Realização e pagamento de despesa sem suporte prévio ou antes de ter sido autorizada pelo Tribunal de Contas em sede de visto prévio	Baixa	Manter a estreita colaboração inter Serviços que permita mitigar o risco. Assegurar que todos os processos que têm de ir a Tribunal de Contas, efectivamente, vão. Não efetuar pagamentos sem garantir que todos os procedimentos de suporte à realização da despesa foram cumpridos	Director de serviço + Chefe de Contabilidade
		Controle de Fundo Maneio	Baixa	Controlar mensalmente, ou sempre que existe reposição da documentação enviada, bem como dos limites mensais superiormente autorizados	
		Incorrecta documentação dos processos de despesa, nomeadamente aquando da sua instrução para pagamento		Controlo por várias pessoas de diferentes sectores, ao longo da cadeia de processamento dos pagamentos, culminando com a aferição do Director do SGF	
		Pagamento de despesa sem verificar a situação tributária e contributiva do fornecedor		Manter a base de dados de fornecedores actualizada. Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores	
		Incumprimento dos prazos de pagamento que pode originar quebras de fornecimento	Alta	Reforço da dotação orçamental, por parte dos Ministérios da Tutela	
	Inventariação	Possibilidade de não inventariação de bens à entrada do Centro.	Média	Interacção e articulação com os Serviços	Director de serviço
Actualização da base de dados de inventário		Alta	Visitas periódicas aos Serviços		
Operações Contabilísticas	Risco de deficiências na contabilização e na produção de informação contabilística	Baixa	Supervisão e revisão dos processos. Segregação de funções	Chefe da Contabilidade	

Áreas	Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis	
Património	Abates	Média	Parecer de Abate de material Reaproveitável	Director de Serviço	
			Bem abatido continuar no serviço;		Realização de testes de conformidade relativamente ao cumprimento dos manuais de procedimentos e de controlo interno existentes na instituição;
			Abates sem autorização do órgão competente;		
			Utilização indevida, para fins privados, de bens abatidos documentalmente no período até à data da sua eliminação física;		
	Proposta indevida de envio de bens para abate	Conferências físicas periódicas para verificar se os bens abatidos ainda se encontram no local; Verificar se a autorização do abate foi proferida pelo órgão com competência para o efeito. Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate; Desenvolvimento e cumprimento do manual de gestão do imobilizado			
	Etiquetagem	Baixa	Realização de testes de conformidade relativamente aos manuais de procedimentos e de controlo interno da instituição;	Director de Serviço	
Equipamento não etiquetado, Apropriação ou utilização indevida de bens públicos, para fins privados, Ausência de Inventário/Etiquetagem			Conferências físicas periódicas.		
Transferência de bens	Média	Reforço das medidas de controlo interno, numa perspectiva de prevenção.	Director de Serviço		
		Transferência de bens sem comunicação;		Todos os pedidos de transferência devem ser comunicados por escrito	
		Apropriação indevida de bens públicos; Desaparecimento do bem; Peculato e abuso de poder.		Para além desse documento, são registados via mail com conhecimento de todos os Serviços envolvidos os materiais a transferir, data, hora e local	
Cedência de equipamentos	Baixa	Reforço das medidas de controlo interno			
Ofertas à instituição	Baixa	Sugerir aprovação do C.A. Das ofertas ao CHLN	Director de Serviço		
		Ofertas à instituição sem processo formal de aceitação; Não inventariação de bens causadora de eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos, para fins privados; Violação do princípio do interesse público; Peculato e abuso de poder.		Controlo de equipamentos doados afectos a alguns Centro de Custo aleatoriamente seleccionados Criação e divulgação de um Procedimento Interno de Aceitação e Inventariação de Ofertas	

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Tesouraria	Emissão de recibos	Não emissão ou anulação indevida de recibos, de modo a eliminar a receita ou o recebimento do dinheiro, ficando o funcionário com o montante recebido; Corrupção passiva para acto ilícito; Abuso de poder.	Baixa	Reforço das medidas de controlo interno sensibilizando os responsáveis de área sobre os perigos que daqui decorrem Sempre que um funcionário anula um recibo deverá emitir uma listagem com os recibos anulados e justificar o motivo;	Director de Serviço
	Conferência de valores	Entrega de valores não coincidentes com o somatório dos recibos; Corrupção passiva para acto ilícito; Abuso de poder.	Baixa	Seguir os procedimentos instituídos no hospital para o caso de não coincidência entre os valores entregues e as folhas resumo dos recebimentos , recusando os recebimentos/recolhas	Director de Serviço e Tesoureiro
	Pagamentos adoptando procedimentos excepcionais	Corrupção passiva para acto ilícito; Abuso de poder.	Baixa	Seguir os procedimentos de controlo interno instituídos no SGF do CHLN, que se consubstanciam, no essencial, na não aceitação de ofertas/presentes e afins	Todos os colaboradores do Serviço são responsáveis

Gestão Hoteleira

Áreas	Funções	Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Alimentação/ Higiene e Limpeza/ Lavagem e Tratamento de Roupa Hospitalar/ Resíduos Hospitalares/ Concessão de Espaços Públicos	Elaboração do Caderno de Encargos para a contratação da prestação de serviços, o qual servirá de base à elaboração do contrato a estabelecer com o prestador de serviços;	Participação ativa do atual prestador de serviços na elaboração do CE; Adaptação das cláusulas técnicas do CE com vista à criação de barreiras jurídicas que limitem a concorrência; Favorecimento de entidades/concorrentes no acesso à informação; Tráfico de influências;	Média	Divulgação da necessidade de cumprimento das regras do dever de sigilo profissional junto dos intervenientes.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área Encarregado Operacional da Área
	Integrar as comissões de avaliação/análise e escolha das propostas apresentadas pelos concorrentes no âmbito dos procedimentos de aquisição encetados pelo Serviço de Gestão de Compras;	Suborno na aquisição de informação; Favorecimento de um concorrente por via de adulteração da proposta com vista à sua melhoria para efeitos de adjudicação; Descriconariedade dos processos de avaliação;	Média	Divulgação da necessidade de cumprimento das regras do dever de sigilo profissional junto dos intervenientes. Nomeação de Júris/Comissões de análise e escolha diferenciados e multidisciplinares.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área Encarregado Operacional da Área
	Supervisão da execução das condições estabelecidas nas cláusulas contratuais e respetivo Caderno de Encargos;	Desvio ou não fiscalização das quantidades/qualidade dos bens fornecidos; Enviesamento intencional ou negligente na análise de resultados face aos objetivos contratados; Desvio/adulteração de produtos; Retenção de material para uso próprio;	Média	Divulgação do Caderno de Encargos aos vários serviços que estão diretamente ligados à prestação de serviços contratada, quer na qualidade de utilizadores, quer na qualidade de conhecedores técnicos da prestação de serviços necessária. Comparação dos bens fornecidos com a proposta adjudicada. Criação de procedimentos de supervisão <i>in loco</i> .	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área Encarregado Operacional da Área
	Ouvir e atender às reclamações e/ou solicitações dos serviços hospitalares do CHLN, e se necessário providenciar junto do prestador de serviços a implementação das medidas corretivas necessárias e indispensáveis;	Conluio; Atraso ou prolongamento no tempo da implementação de medidas/soluções que representem custos adicionais para o prestador de serviços;	Média	Aplicação de medidas de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento da implementação das medidas/soluções corretivas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área Encarregado Operacional da Área

Áreas	Funções	Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adoptar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Alimentação/ Higiene e Limpeza/ Lavagem e Tratamento de Roupa Hospitalar/ Resíduos Hospitalares/ Concessão de Espaços Públicos	Conferência das respetivas faturas mensais da prestação de serviços em parceria com o SDN.	Supressão de procedimentos tidos como necessários à conferência de faturas;	Média	Segregação de funções dos vários serviços intervenientes, designadamente SDN, UGH, SSI.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área Encarregado Operacional da Área
		Conferência e validação de faturas não conformes com o suporte informático disponível de requisição de dietas sem justificação plausível, ou indicação de créditos/débitos a emitir por parte do prestador de serviços;		Previlgiar a automatização de mapas de controlo de faturação.	
Higiene e Limpeza/ Lavagem e Tratamento de Roupa Hospitalar/ Resíduos Hospitalares/ Resíduos Hospitalares/ Concessão de Espaços Públicos	Avaliar a qualidade dos serviços prestados, quer por recurso a auditorias internas e externas, quer pela avaliação do fluxo e quantidade de reclamações provenientes dos serviços hospitalares;	Desvio/não fiscalização da implementação de medidas corretivas que foram propostas nos relatórios de auditoria;	Média	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento das medidas corretivas propostas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
		Supressão de informação relevante e de incumprimento por parte do prestador de serviços;			
	Ouvir e atender às solicitações do GCLPPCIRA do CHLN, e se necessário providenciar junto do prestador de serviços a implementação das medidas corretivas necessárias e indispensáveis;	Conluio;	Média	Aplicação de medidas de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento da implementação das medidas/soluções corretivas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
Atraso ou prolongamento no tempo da implementação de medidas/soluções que representem custos adicionais para o prestador de serviços;					
Alimentação	Solicitação de orçamentos e avaliação dos preços apresentados para a realização de serviços especiais requisitados pelos serviços do CHLN;	Enviesamento intencional ou negligente na análise de resultados face aos objetivos contratados;	Média	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento das medidas corretivas propostas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
		Participação ativa da UGH na apresentação de preços/orçamentos orientados para determinados valores;			

Áreas	Funções	Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Alimentação	Elaboração e envio de comunicações para informação e conhecimento de ocorrências, bem como reclamações, para efeitos de resposta e introdução de medidas corretivas com impacto a nível operacional;	Desvio/não fiscalização da implementação de medidas corretivas que foram propostas concretizar perante o reclamante;	Média	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento das medidas corretivas propostas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
	Acompanhamento de auditorias realizadas às cozinhas do HSM e HPV e receção e análise do respetivo relatório de auditoria;	Desvio/não fiscalização da implementação de medidas corretivas que foram propostas nos relatórios de auditoria; Supressão de informação relevante e de incumprimento por parte do prestador de serviços;	Média	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do cumprimento das medidas corretivas propostas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
	Análise de relatórios elaborados pelo SDN sobre a prestação de serviços de alimentação, para deteção de ocorrências passíveis de análise e discussão com o prestador de serviços e aplicação de eventuais penalidades contatuais;	Não elaboração/instrução do projeto de aplicação de penalidades propostas pelo SDN, e/ou em tempo útil; Não execução efetiva, em termos financeiros, das penalidades propostas;	Média	Divulgação e partilha do regime de penalidades previsto em Caderno de Encargos aos serviços intervenientes no processo (UGH/SDN/SGF/CA) e correspondente evolução do processo de execução das mesmas.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
Lavagem e Tratamento de Roupas Hospitalares	Anualmente, informar o SGC das quantidades de roupa hospitalar que serão necessárias adquirir de modo a garantir o normal funcionamento das Rouparias do HSM e HPV, e consequente satisfação das necessidades diárias dos serviços hospitalares do CHLN;	Enviesamento intencional ou negligente da quantidade e tipologia de roupa necessária adquirir face aos objetivos contratados;	Baixa	Criação de grupo multidisciplinar para avaliação das quantidades e tipologias necessárias para garantir a correta prestação de serviços no CHLN.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área
Concessão de Espaços Públicos	Gestão administrativa da concessão de serviços contratada, cabendo-lhe assim a resolução de situações/ocorrências verificadas, bem como aplicação de penalidades, caso se verifiquem incumprimentos às condições contratuais estabelecidas.	Desvio ou não fiscalização do cumprimento das obrigações por parte do concessionário; Enviesamento intencional ou negligente na análise de resultados face aos objetivos contratados;	Média	Verificação in loco, das condições em que é prestado o serviço concessionado pelo CHLN.	Diretor de Serviço Técnico Superior Responsável da Área

Gestão Hospitalar

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis	
Gestão Hospitalar	Identificação do doente	Identificação incorreta ou incompleta do utente	Média	Elaborar procedimento sobre a identificação do doente;	Responsáveis diretos dos Assistentes Técnicos (AT) em articulação com os Administradores Hospitalares (AH)	
		Inadequação do perfil dos profissionais para o exercício das funções		Rever os campos de preenchimento obrigatório na ficha de identificação do doente (B.I./C.C./Passaporte, etc);	Responsáveis diretos dos AT em articulação com os AH	
		Adulteração dos registos de identificação do doente		Formação contínua: partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela chefia;		
	Recurso a entidades externas para realização de MCDT	Recurso indevido a entidades externas para a realização de MCDT	Média	Ações formativas sobre responsabilidade disciplinar, direitos e deveres e códigos de conduta;	Responsável do Gabinete de Gestão de Termos de Responsabilidade	
				Adequar o perfil do trabalhador ao posto de trabalho promovendo a rotatividade dos trabalhadores;		Diretora do Serviço de Gestão Hospitalar
				Monitorização mensal dos MCDT realizados dentro e fora do CHLN;		
			Privilegiar o recurso a entidades públicas para execução dos MCDT definindo acordos/protocolos c/ as entidades que apresentam as melhores condições globais para a instituição;			
			Providenciar informação sobre a necessidade de adquirir MCDT ao exterior, para consulta ao mercado;			

Áreas		Risco de Corrupção e Infracção Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Gestão Hospitalar	Cobrança de taxas moderadoras e serviços prestados	Taxas moderadoras e serviços não cobrados oportunamente	Média	Adequação do perfil do trabalhador ao posto de trabalho e rotatividade dos trabalhadores; Envio mensal de comunicação de dívidas referentes a taxas moderadoras e serviços prestados aos utentes do CHLN; Revisão dos procedimentos de ambulatório para identificação dos que são objeto de codificação; Reforço do controlo e verificação da codificação clínica, através de auditoria interna; Elaboração de procedimento sobre cobrança de taxas moderadoras Elaboração de procedimento sobre recolha de dados relativos aos cuidados prestados, da responsabilidade de terceiros pagadores;	Responsáveis diretos dos AT em articulação com os AH Unidade de Gestão Clínica - Codificação Responsáveis diretos dos AT em articulação com os AH
	Incumprimento dos deveres inerentes à função	Não registar a atividade realizada Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores	Média	Analisar o registo mensal da atividade e promover a correção dos registos; Implementação do plano de integração em cada posto de trabalho; Elaboração e divulgação de norma sobre as "Funções e responsabilidades dos AT";	Responsáveis diretos dos AT em articulação com os AH
	Conservação da documentação	Eliminação ou extravio de documentos de processos clínicos	Baixa	Elaboração de procedimento quanto às regras aplicáveis na movimentação e circuito dos processos clínicos; Conservação dos documentos em suporte "microfilme";	Responsáveis diretos do Arquivo Clínico

Gestão Técnico Farmacêutica

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Aquisição de Produtos Farmacêutico	Favorecimento de fornecedores	Baixa	Assegurar a segregação de funções: No SGTF e entre o SGTF e o Serviço de Gestão de Compras (SGC)	Coordenadores das áreas envolvidas
		Tráfico de informações sobre intenções de aquisição	Baixa	Implementação de sistemas de avaliação das necessidades Auditorias Internas	Coordenadores das áreas envolvidas
		Aquisição de Produtos Farmacêuticos em quantidades desadequadas ou desnecessárias.	Baixa	Implementação de sistemas de avaliação das necessidades. Circuito de autorização dos pedidos de compra.	Coordenadores das áreas envolvidas
		Desempenho de fornecedores inadequados, em termos de prazo de entrega, qualidade e quantidade	Baixa	Avaliação periódica de fornecedores, em termos de qualidade, cumprimento de prazos e das quantidades encomendadas.	Gestor da qualidade
		Receção não controlada física e qualitativamente dos Produtos Farmacêuticos aquando da sua entrega	Baixa	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona. Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por colaboradores com competências específicas e a efetiva evidência de quem o fez. Assegurar o registo de não conformidades para situações irregulares.	Coordenador da área envolvida
	Gestão de Existências	Risco de deterioração dos Produtos Farmacêuticos, resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade	Média	Existências de aparelhos que permitam medirem os níveis de temperatura e humidade ambiental. Implementação de um sistema de monitorização da temperatura dos frigoríficos, com sistemas de alerta sempre que a temperatura se desvie dos valores definidos. Instrução de trabalho sobre o controlo e registo de temperaturas e humidade. Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nas enfermarias. Realização de contagens periódicas.	Coordenadores das áreas envolvidas Gestor da Qualidade
		Desvio de Produtos Farmacêuticos	Média	Autorização pelo Conselho de Administração dos abates resultantes do inventário final de ano. Controlo de acesso nas áreas de armazenagem.	Coordenadores das áreas envolvidas
		Desvio de Estupefacientes e Psicotrópicos	Média	Garantir a segurança do local de armazenagem, colocação de cofres. Limitar o acesso. Dupla conferência das dispensas.	Coordenador da área envolvida

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adoptar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Gestão de Existências	Desperdício por não controlo dos prazos de validade	Média	Existência de orientações e instruções de trabalho relativamente à arrumação dos medicamentos. Controlo periódicos dos prazos de validade. Implementação de sistemas de alerta e anotação visual das situações em limite.	Coordenadores das áreas envolvidas
		Abatimento não controlado de bens	Média	Realização de contagens periódicas. Autorização pelo Conselho de Administração dos abates resultantes do inventário final de ano. Controlo de acesso nas áreas de armazenagem.	Coordenadores das áreas envolvidas
	Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Ausência de averiguação das queixas e reclamações apresentadas pelos utentes ou colaboradores de outros Serviços do CHLN.	Baixa	Registo de todas as queixas/reclamações, do resultado das averiguações e se for caso disso, das medidas destinadas a corrigir as situações.	Coordenadores das áreas envolvidas
		Favorecimento no atendimento dos doentes.	Baixa	Sistema de senhas. Identificação das situações abrangidas pelo atendimento prioritário.	Coordenador da área envolvida
		Não cumprimento das regras existentes relativas à dispensa de medicação, no CHLN, decorrentes da legislação em vigor, do INFARMED, da Comissão de Farmácia e Terapêutica entre outros.	Média	Existência e procedimentos, instruções de trabalho relativos à dispensa de produtos farmacêuticos.	Coordenadores das áreas envolvidas
		Não imputação correta dos consumos no momento da dispensa.	Média	Conferência dos produtos aviados. Contagens periódicas. Análise aleatório de registos de dispensa.	Coordenadores das áreas envolvidas
	Ensaio Clínicos	Favorecimento na atribuição de ensaios clínicos aos colaboradores.	Baixa	Existência de normas relativas aos critérios de atribuição de ensaios clínicos.	Coordenador da área envolvida
	Outros riscos transversais às várias atividades	Violação do segredo profissional, mediante a divulgação abusiva da informação contida nas bases de dados.	Média	Restrição e controlo de perfis/acessos informáticos. Ações de Sensibilização para a confidencialidade/sensibilidade dos dados.	Direção de Serviço
		Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos	Baixa	Dever de declarar conflitos de interesse.	Direção de Serviço
		Extravio de documentos	Baixa	Procedimento de controlo de documentos e registo	Direção de Serviço
		Promover o arquivo dos documentos e processos após a sua conclusão, durante o tempo definido	Baixa	Procedimento de controlo de documentos e registo	Direção de Serviço

Instalações e Equipamentos

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Gabinete de Projetos e Obras	Planos de Investimento na elaboração de projetos, adjudicação e fiscalização de obras	Elaboração de projetos pouco explícitos e apenas compreensíveis por algum empreiteiro em particular	Baixa	Revisão dos projetos por segunda equipa	Coordenador do Gabinete de Projetos e Obras
		Adjudicação inadequada	Baixa	Respeito pelos critérios de adjudicação e parecer técnico subscrito por três técnicos	Coordenador do Gabinete de Projetos e Obras
		Fiscalização e recepção de trabalhos com execução defeituosa, por executar ou em incumprimento do caderno de encargos	Media	Autos de medição assinados no mínimo pelo técnico e pelo Coordenador. Avaliação final da obra	Coordenador do Gabinete de Projetos e Obras
		Incumprimento do empreiteiro com o argumento do Incumprimento nos pagamentos	Alta	Atuação da Fiscalização em conformidade com a legislação, isto é, segregação das funções do SIE das funções do SGFinança. O empreiteiro utiliza os recursos que a lei lhe faculta ao nível financeiro e nunca qualquer incumprimento de execução	Coordenador do Gabinete de Projetos e Obras
Divisão de Instalações	Manutenção subcontratada	Contratação de prestador sem capacidade técnica e logística para manutenção das instalações e equipamentos gerais em causa	Baixa	Dar preferência aos instaladores e representantes das instalações e equipamentos em causa	Coordenador da Divisão
		Contratação de prestador por preço superior ao valor corrente de mercado para instalações e equipamentos de tecnologia corrente	Baixa	Utilização do procedimento de concurso ou utilização do SUCH por se tratar de instituição sem fins lucrativos e legalmente em regime de contratação excluída e ainda a comparação com custos anteriores	Coordenador da Divisão
		Estabelecimento de contratos desajustados da utilização das instalações quanto à criticidade da sua falha	Media	Revisão anual dos cadernos de encargos antes do seu envio para o Serviço de Gestão de Compras, discussão em equipa dos critérios de manutenção privilegiando a disponibilidade operacional	Coordenador da Divisão
		Deficiente avaliação dos serviços prestados com recepções de ordens de serviço de manutenções não efectuadas ou efectuadas deficientemente	Baixa	Avaliação efectuada por ordem de serviço, uma a uma e nunca em grupo, e avaliação final em reunião de equipa técnica	Coordenador da Divisão
	Planos de Investimento em instalações técnicas na elaboração de projetos, adjudicação e fiscalização das respectivas obras e aquisição de equipamentos	Elaboração de cadernos de encargos pouco explícitos e com compreensão limitada a alguns concorrentes	Baixa	Revisão dos cadernos de encargos quando da aprovação por nível superior	Coordenador da Divisão
		Adjudicação inadequada	Baixa	Respeito pelos critérios de adjudicação e parecer técnico subscrito por três técnicos	Coordenador da Divisão
		Fiscalização e recepção de trabalhos e de equipamentos com execução ou fabrico defeituoso ou em incumprimento do caderno de encargos	Media	Autos de medição e recepção assinados no mínimo pelo técnico e pelo Coordenador. Avaliação final da obra	Coordenador da Divisão

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adoptar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Nucleo HPV	Manutenção subcontratada	Contratação de prestador por preço superior ao valor corrente de mercado para instalações e equipamentos de tecnologia corrente	Baixa	Utilização do procedimento de concurso ou utilização do SUCH por se tratar de instituição sem fins lucrativos e legalmente em regime de contratação excluída	Coordenador do Nucleo
		Estabelecimento de contratos desajustados da utilização das instalações quanto á criticidade da sua falha	Media	Revisão anual dos cadernos de encargos antes do seu envio para o Serviço de Gestão de Compras, discussão em equipa dos criterios de manutenção privilegiando a disponibilidade operacional	Coordenador do Nucleo
		Deficiente avaliação dos serviços prestados com recepções de ordens de serviço de manutenções não efectuadas ou efectuadas deficientemente	Baixa	Avaliação efectuada por ordem de serviço, uma a uma e nunca em grupo, e avaliação final em reunião de equipa tecnica	Coordenador do Nucleo
	Planos de Investimento em equipamento, quanto à elaboração de especificações técnicas, adjudicações e recepções.	Elaboração de especificações tecnicas pouco explicitas, com características irrelevantes e condicionantes da escolha e com compreensão limitada a alguns concorrentes	Media	Participação dos utilizadores na elaboração dos cadernos de encargos e sua revisão pela Chefia	Coordenador do Nucleo
		Adjudicação inadequada	Baixa	Respeito pelos criterios de adjudicação e parecer tecnico elaborado e subscrito pelo SIE e pelos Utilizadores	Coordenador do Nucleo
		Recepção dos equipamentos com fabrico defeituoso ou em incumprimento da adjudicação efectuada	Media	Recepção e ensaio efectuados pela SIE e pelos Utilizadores	Coordenador do Nucleo
Gabinete de Projetos e Obras, Divisão de Instalações, Divisão de Equipamento Medico e Nucleo do HPV	Recursos humanos	Incumprimento de horarios	Media	Alem do registo de assiduidade, cada chefia deve zelar por esse cumprimento sendo sempre informada dos motivos apresentadas para justificação de ausencias	Coordenadores ou Chefia de Divisão
		Recurso indevido a trabalho extraordinario e/ou prevenção	Baixa	Decisão tomada pela chefia direta e chefia superior	Coordenadores ou Chefia de Divisão e Diretor de Serviço
		Inadequada distribuição de funções	Baixa	Existencia de manual de procedimentos contendo distribuição de funções, divulgado e discutido pelos proprios	Coordenadores ou Chefia de Divisão e Diretor de Serviço
		Favorecimentos nas classificações de serviço	Baixa	Definição de objectivos e competencias com base em criterios transversais a todo o Serviço e discussão das classificações finais entre avaliadores.	Diretor de Serviço

Logística e Stock

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
I Imobilizado	Verificação de material no acto da recepção de encomendas	Falsificação de assinaturas nas guias, por parte de terceiros	Média	Assegurar a efectiva segregação de funções entre quem encomenda e as recepciona; Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas; Revisão dos procedimentos reavaliação do controlo interno existente; Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas;	Coordenador de Unidade Operacional
		Entrega directa de material ao Serviço Requisitante, desrespeitando os procedimentos existentes			
Recepção não controlada física e qualitativamente					
Retenção indevida de materiais					
	Utilização de bens públicos	Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores às contratadas, ou de diferente qualidade;	Baixa	Reforço das medidas de controlo interno, numa perspectiva da corrupção de infracções; Espaço de armazenamento fechado em ambos os Hospitais e de acesso restrito Divulgação dos princípios gerais da actividade administrativa	Coordenador de Unidade Operacional
		Apropriação indevida de bens públicos;			
		Utilização indevida de bens públicos, designadamente para fins privados. Violação do princípio do interesse público; Peculato e abuso de poder			
Gestão de Existências	Verificação de material no acto da recepção de encomendas	Entrega directa de material ao Serviço Requisitante, desrespeitando os procedimentos existentes	Média	Assegurar a efectiva segregação de funções entre quem encomenda e as recepciona; Efectiva evidência de quem recepcionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante; Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas; Revisão dos procedimentos administrativos, nomeadamente através da Checklist da Recepção; Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas; Registo diário de não conformidades Efectuada uma Avaliação de Fornecedores baseada no registo de não conformidades evidenciadas Segregação de funções (quem verifica não é a mesma pessoa que recepciona)	Coordenador de Unidade Operacional
		Retenção indevida de materiais;			
		Recepção não controlada Física e qualitativamente;			
		Apresentação de documentos fora de prazo ou apresentação de documentos falsos			
		Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores às contratadas, ou de diferente qualidade			

Areas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Gestão de Existências	Armazenamento de materiais	Desvio de materiais;	Alta	Realização de Inventários cíclicos e aleatórios, e realização de um Inventário global anual supervisionado pelo SGF;	Coordenador de Unidade Operacional
		Falta de Controlo nos stocks em Armazém		Restrição de acesso aos armazéns a pessoal autorizado	
		Acesso de Pessoal não autorizado		Dificultado acesso a alguns bens mais suscetíveis a extravios	
	Distribuição de materiais	Desvio de materiais;	Média	Realização de Inventários cíclicos e aleatórios nos armazéns periféricos;	Coordenador de Unidade Operacional
Interferência de terceiros	Os armários onde se armazena material nos Serviços, têm chave, e encontram-se em locais de acesso restrito				
				Os carros que transportam o material têm chave, e estão identificados os materiais que transportam	
				Promovida a rotatividade de colaboradores na entrega dos diferentes Serviços	

Recursos Humanos

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis
Recursos Humanos	Recrutamento de colaboradores	Favorecimento do candidato;	Média	Nomeação de júris diferenciados para concursos;	Coordenadora da Unidade de Pessoal/Diretora de Serviço
		Corrupção passiva para acto ilícito;		Formalização de regras de recrutamento e selecção;	
		Tráfico de influência		Implementação de regulamento de contratação	
	Processamentos diversos de remunerações	Pagamentos indevidos;	Baixa	Implementação de mecanismos de controlo interno que passam pela segregação de funções e rotatividade do pessoal nas diferentes tarefas;	Coordenadora Unidade de Remunerações e Assiduidade/Diretora de Serviço
		Corrupção activa para acto ilícito;		Revisão das regras existentes, visando o reforço de medidas de prevenção da corrupção e infracções conexas (Segregação de funções e rotatividade).	
		Peculato			
	Elaboração e cumprimento de mapa de férias	Atribuição de férias em número superior ao que o funcionário tem direito;	Baixa	Verificação anual, num período aleatório, do cumprimento específico para esta área no âmbito do sistema de controlo interno existente;	Coordenadora Unidade de Remunerações e Assiduidade/Diretora de Serviço
		Corrupção passiva para acto ilícito.		Segregação de funções e rotatividade.	
	Exercício de actividades em acumulação de funções	Incompatibilidades;	Baixa	Ampla divulgação do regime de acumulações;	Coordenadora da Unidade de Pessoal/Diretora de Serviço
		Acumulação de funções sem prévia autorização		Verificação anual de declaração de rendimentos dos profissionais em exclusividade; Obtenção de declaração do profissional sobre acumulações de funções.	
	Deslocação em serviço público	Deslocação em serviço público sem prévia autorização	Baixa	Aplicação das normas e procedimentos instituídos no âmbito do modelo de controlo interno na instituição	Coordenadora Unidade de Remunerações e Assiduidade/Diretora de Serviço

Sistemas de Informação

Áreas		Risco de Corrupção e Infração Conexa	Frequência de Risco	Procedimento a Adotar que Previna a sua Ocorrência	Responsáveis					
Sistemas de Informação	Planeamento e Organização	Risco de baixa execução de plano de SI	Média	É feito o controlo semanal das atividades de SI realizadas vs previstas, realizadas reuniões semanais de coordenação e produzido um relatório de progresso semanal, que é enviado ao Conselho de Administração	Director SSI e Coordenadores					
		Risco de falta de alinhamento entre os investimentos informáticos e os objetivos da Instituição	Média	Os pedidos de aquisição ou de desenvolvimento requerem para além do orçamento, a identificação do motivo do pedido, bem como uma justificação dos benefícios e/ou dos impactos/riscos de não haver decisão	Director SSI e Coordenadores					
	Aquisição e Implementação	Riscos de falhas/incoerência nos procedimentos de aquisição (licenciamento, manutenção, novos desenvolvimentos, outros serviços)	Média	Existem responsabilidades segregadas nos pedidos de aquisição: -Elaboração das especificações técnicas, orçamentação e justificação dos benefícios; -Validação dos pedidos de aquisição e conversão em proposta de decisão Existem responsabilidades segregadas na emissão e na validação/liberação das requisições Existe diferenciação de responsabilidades na conferência e aprovação de recepções/faturas É feita a revisão anual de procedimentos aquisitivos recorrentes	Director SSI, Secretariado e Coordenadores					
						Manutenção e Suporte	Risco de redução de qualidade do apoio técnico	Média	Todos os incidentes, pedidos de equipamentos ou de serviço são registados aplicacionalmente, sendo feito o controlo regular dos pedidos pendentes e dos respetivos tempos de resolução	Director e Coordenadores SSI
							Risco de tratamento diferenciado de Serviços ou Utilizadores	Média	Existe uma política de distribuição de equipamentos informáticos e de priorização de novos pedidos São elaborados ficheiros de controlo de equipamentos a entregar/entregues	Director SSI e Coordenador da Área de Helpdesk/Hardware
							Risco de Interrupção de serviço contínuo, perda ou adulteração da informação	Baixa	Existe sistema de monitorização de componentes da infra-estrutura tecnológica Existem diversos sistemas redundantes Existem sistemas de backup e as tapes são guardadas em local distinto Existe controlo de acessos a nível do sistema/rede e das aplicações	Coordenadores
		Riscos de perda de controlo do meio físico	Baixa	Existem mecanismos de controlo de acessos físicos ao Datacenter, bem como de registo dos acesso realizados São feitas inspeções regulares aos sistemas de alimentação ininterrupta, refrigeração e de extinção de incêndio	Coordenador da Área de Sistemas Inspeções: responsabilidade do Serviço de Instalações e Equipamentos					