



Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

Incluindo riscos de corrupção e infrações conexas

Revisão 2020



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Índice

1. FICHA TÉCNICA.....	2
2. NOTA INTRODUTÓRIA.....	2
3. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE.....	3
4. Identificação dos Riscos.....	8
5. Matriz de Risco.....	12
5.1 Transversal ao CHPL	12
5.2 Serviços Financeiros	13
5.3 Recursos Humanos.....	14
5.4 Gestão Hoteleira	15
5.5 Aprovisionamento.....	16
5.6 Gestão de Doentes.....	17
5.7 Serviços Farmacêuticos	18
5.8 Sistemas e Tecnologias de Informação	19

Relação de siglas e abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AT	Assistente Técnico
CD	Conselho Diretivo
CE	Caderno de Encargos
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
DGO	Direção Geral do Orçamento
LCPA	Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso
PPRG	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

1. FICHA TÉCNICA

Responsável pelo Relatório	Serviço de Auditoria Interna (SAI)
Âmbito	A elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG), incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna de 2020, visa a atualização do documento elaborado em 2016 e decorre das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC).
Ciclo de realização	Junho a dezembro de 2020
Participação	Dirigentes e Coordenadores das unidades orgânicas do CHPL
Versão	3ª Versão (2010 / 2016 / 2020)
Aprovação do Conselho Diretivo	Reunião do Conselho Diretivo de ...

2. NOTA INTRODUTÓRIA

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), na sequência das Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção nº 1/2009 de 1 de Julho e nº 1/2010 de 7 de Abril, elaborou o primeiro Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Infrações Conexas em 2010 o qual foi atualizado em 2016 com a aprovação em reunião do CD de 15 de março.

Em 2015, o CPC emitiu nova Recomendação nº 2/2015, com vista ao alargamento do âmbito dos Planos, passando a identificar-se a globalidade dos riscos de gestão relativos às funções, ações e procedimentos realizados por todas as estruturas orgânicas, passando este a designar-se por Plano de Prevenção de Riscos de Gestão.

As Recomendações do CPC preconizam que sejam identificados, relativamente a cada área, processo e/ ou departamento:

- Os riscos de corrupção e infrações conexas;
- Com base na avaliação dos riscos, identificação de medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;

- Identificação dos responsáveis envolvidos na gestão, responsáveis pela implementação das medidas preconizadas;
- Que seja efetuada a avaliação anual da execução do Plano.

Em 2017, o CPC efetuou um mapeamento das áreas e fatores de risco de corrupção e infrações conexas no Setor Público, identificando um conjunto áreas prioritárias na gestão pública. Nesta senda, em outubro de 2019 o CPC emitiu uma recomendação sobre a prevenção de riscos de corrupção na Contratação Pública e mais recentemente reviu a anterior recomendação de 2015, relativa à gestão de conflito de interesses no setor público.

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 CHPL e atenta a sua estrutura organizativa, foram definidas as principais áreas identificadas como mais suscetíveis de gerarem riscos.

Em observância com as recomendações do CPC procedeu-se à elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Infrações Conexas do CHPL, contribuindo para a obrigação de orientar esta instituição por princípios da prossecução do interesse público, da transparência, da justiça, da imparcialidade, da boa-fé e da boa administração.

3. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

O CHPL criado pela portaria 1373/2007 rege-se pela alínea a) do n.º 1 do artigo 2º da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro nos termos do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde. É um Hospital especializado, de referência na área da psiquiatria e saúde mental, reconhecido pela qualidade dos cuidados prestados e pela satisfação dos prestadores e colaboradores.

O CHPL tem a preocupação de promover a criação de respostas diferenciadas, desde o internamento, às unidades de reabilitação psicossocial, às residências protegidas e de treino de autonomia, à consulta externa, hospital de dia e área de dia. Constitui grande desafio o acesso, a proximidade e a integração na comunidade, das pessoas com doença mental grave, de modo a que possam manter as relações familiares, sociais e emprego e, simultaneamente, reduzir progressivamente o tempo de incapacidade dos utentes ao longo do seu ciclo de vida.

O CHPL tem sede na Avenida do Brasil, nº 53, no Parque de Saúde de Lisboa.

Missão

O CHPL é um Hospital especializado em psiquiatria que tem por missão prestar cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental à população, em tempo oportuno, de forma integrada, prestados por equipas multidisciplinares qualificadas, visando garantir com sustentabilidade as respostas que os cidadãos portadores de doença mental necessitam em todo o seu ciclo de doença.

Visão

O CHPL pretende manter-se como uma instituição de referência na área da psiquiatria e saúde mental, reconhecida pela qualidade dos cuidados prestados e pela satisfação dos prestadores e colaboradores.

Distingue-se pela qualidade dos cuidados, capacidade de investigação, inovação e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e sustentabilidade.

Valores

A Equidade, a Responsabilidade, o Respeito, a Credibilidade e a Inovação são as premissas determinantes na condução da organização. No desenvolvimento da sua atividade, o Centro Hospitalar rege-se, nomeadamente, pelos seguintes valores:

- a) Humanização e personalização no atendimento;
- b) Respeito pela dignidade individual de cada doente;
- c) Respeito pelas condições culturais e convicções filosóficas e religiosas de cada doente;
- d) Direito dos doentes e familiares à informação sobre o estado de saúde, bem como a natureza e continuidade dos tratamentos;
- e) Promoção da saúde mental na comunidade, com organização de respostas adequadas e articuladas com as redes dos cuidados locais de saúde, Segurança Social, autarquias e outras entidades comunitárias;
- f) Equidade no acesso;
- g) Estímulo à investigação, inovação, atualização científica e desenvolvimento pessoal centrado nas necessidades das populações a assistir;
- h) Excelência na intervenção técnica;
- i) Eficiência na gestão dos recursos;
- j) Ética profissional;
- k) Promoção da multidisciplinaridade;
- l) Respeito pelo ambiente e responsabilidade social.

Atribuições

O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referência, cumprindo os contratos-programa celebrados, em articulação com as demais instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde.

O Centro Hospitalar desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional.

O CHPL assegura ainda a gestão dos espaços afetos ao Parque de Saúde de Lisboa.

Objetivos

Na sua atuação, o Centro Hospitalar pauta -se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno;
- b) Aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável;
- c) Implementação e desenvolvimento de Redes de Serviços Locais de Psiquiatria e Saúde Mental, de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 35/99, designadamente nos seus artigos 10.º e 15.º;
- d) Desenvolvimento de áreas de respostas diferenciadas, de carácter regional, na prestação de cuidados de saúde mental, em conformidade com o disposto no artigo 7.º do Decreto -Lei n.º 35/99;
- e) Implementação de medidas visando a melhoria e humanização na prestação de cuidados aos doentes residentes e desenvolvimento de programas de reabilitação adaptados às necessidades específicas dos mesmos, com vista a promover a sua reinserção na comunidade.

Organização interna

A estrutura organizacional do CHPL assenta no Regulamento Interno, e é constituído pelos seguintes órgãos:

- Conselho Diretivo;
- Comissões de apoio técnico
- Fiscal Único;
- Conselho Consultivo;

O Conselho Diretivo, foi nomeado pelo despacho 2343/2020 de 9 de fevereiro, com a seguinte composição:

Presidente – Teresa Maria da Silva Sustelo de Freitas

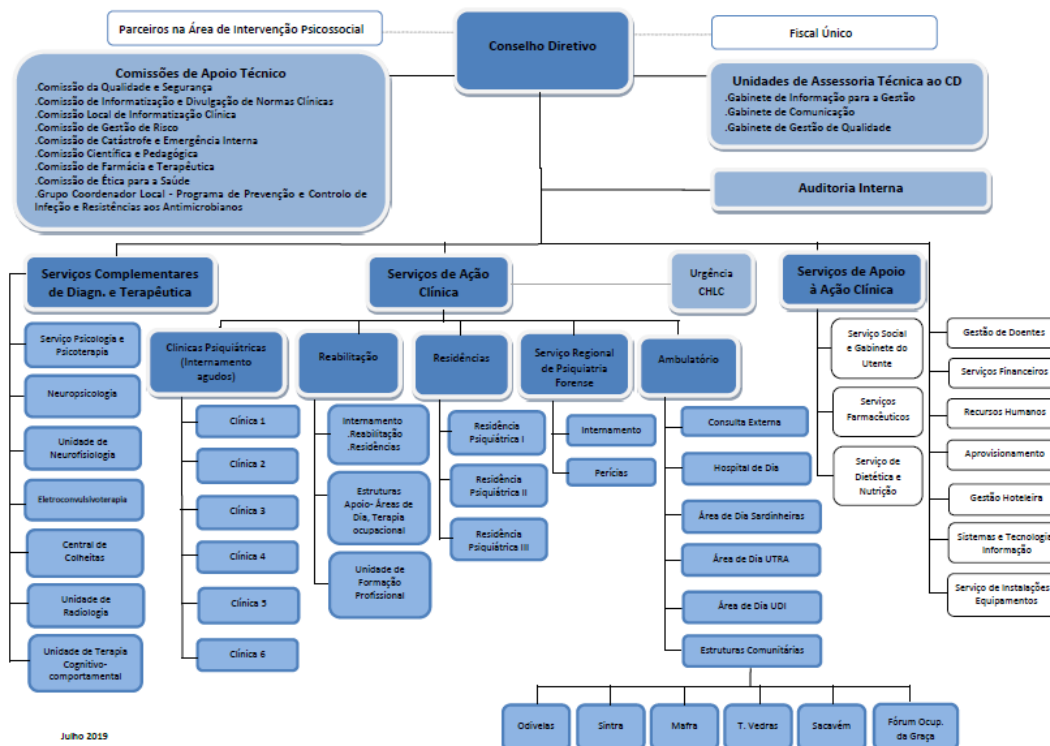
Diretora Clínica – Teresa Isabel Lousada Brito Mota

Enfermeiro Diretor – Eduardo Jorge Delgado Catarino

Vogal Executiva – Maria Fernanda Moreira dos Santos Silva

O **Fiscal Único** é designado e tem as suas competências previstas na Lei-quadro dos institutos públicos (Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro, sua atual redação) sendo que atualmente o Fiscal Único em funções é a ABC – Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associado, SROC, Lda.

A estrutura do CHPL é representada no organigrama que se apresenta de seguida:



O internamento de agudos é distribuído por enfermarias de acordo com a área geodemográfica e serviços com características especializadas da seguinte forma:

- Clinica 1 Unidade partilhada dos 15 ou 25 anos
- Clinica 2 Psiquiatria geriátrica
- Clinica 3 Loures, Mafra, Torres Vedras, Cadaval e Lourinhã
- Clinica 4 Alcoologia e novas dependências
- Clinica 5 Lisboa Central e Oriental
- Clinica 6 Sintra, Vila Franca de Xira, Azambuja e Odivelas

O CHPL dispõe ainda de Serviço de doentes de evolução prolongada, Serviço de Reabilitação Psicossocial, Serviço regional de psiquiatria forense, e na vertente de ambulatório serviço de psicologia e psicoterapias, unidade de terapia cognitivo-comportamental e unidade de MCDT.

O CHPL possui ainda o Hospital de Dia que sendo uma unidade de internamento parcial para o tratamento, estabilização integração e socialização de doentes com patologia do foro psiquiátrico e mental, presta, maioritariamente, cuidados após o internamento.

O CHPL possui também estruturas comunitárias com o objetivo de cuidados de proximidade e facilitar a integração dos pacientes.

O Atendimento Psiquiátrico de Urgência é realizado na Urgência Metropolitana de Psiquiatria de Lisboa, localizada no Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de S. José, continuando a ser

assegurado por recursos humanos do CHPL, nos turnos médicos de dia e em colaboração com profissionais de Hospitais da Península de Setúbal nos turnos da noite. Os recursos humanos de enfermagem e assistentes operacionais são disponibilizados exclusivamente pelo CHPL.

Os Serviços Clínica 3 e Psiquiatria Forense encontram-se certificados segundo o Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (Modelo ACSA INTERNATIONAL), desde 2016. Em outubro de 2021 terá lugar a visita de avaliação com vista a renovação da certificação.

Em 2019 foram submetidas as candidaturas de mais dois serviços do CHPL (Clínica 4 e Unidade Partilhada para Adolescentes e Jovens Adultos), à Direção Geral de Saúde, para início do processo de certificação segundo o Modelo ACSA. A visita de avaliação terá lugar em abril de 2021.

Código de Ética

Os profissionais do CHPL devem agir, no exercício das suas funções no cumprimento das leis, normas e regulamentos em vigor, nomeadamente a Constituição da República Portuguesa e o Código do Procedimento Administrativo.

Para além das normas legais aplicáveis, os colaboradores do CHPL são trabalhadores em funções públicas pelo que a sua atuação é pautada pelos princípios consagrados na Carta de Ética da Administração Pública, independentemente da sua relação jurídico-profissional:

- Princípio do Serviço Público – Os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo.
- Princípio da Legalidade – Os funcionários atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito.
- Princípio da Justiça e Imparcialidade – Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade.
- Princípio da Igualdade – Os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, convicções políticas, ideológicas ou religiosas, situação económica ou condição social.
- Princípio da Proporcionalidade – Os funcionários, no exercício da sua atividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa.
- Princípio da Colaboração e Boa-Fé – Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da Boa Fé, tendo em vista a realização do interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa.
- Princípio da Informação e Qualidade – Os funcionários devem prestar informações e /ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida.
- Princípio da Lealdade – Os funcionários, no exercício da sua atividade, devem agir de forma leal, solidária e cooperante.
- Princípio da Integridade – Os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de carácter.

- Princípio da Competência e Responsabilidade – Os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.

Os princípios orientadores vertidos na Carta Ética da Administração Pública estão também presentes no Código de Ética do CHPL, aprovado em 07/05/2009, através das normas da defesa do interesse público, da parcialidade e isenção, da responsabilidade, confidencialidade e sigilo, da higiene e segurança no trabalho, no relacionamento entre os profissionais, utentes e terceiros e na norma para evitar conflitos de interesses.

4. Identificação dos Riscos

Com a elaboração do presente Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e Infrações Conexas (PPRG), o CHPL assume formalmente um compromisso de reforço o Sistema de Controlo Interno da Instituição e de promoção do alinhamento dos processos e procedimentos de gestão levados a cabo na Instituição para com os princípios do Bom Governo, de forma a melhor prosseguir os fins que se propõe a alcançar.

A implementação do PPRG materializa um instrumento que, nesse propósito, promove os princípios do interesse público e a mitigação dos riscos de gestão, bem como outros riscos operacionais passíveis de prejudicar o cumprimento dos objetivos da entidade.

Procurando cumprir integralmente com estes pressupostos, para a elaboração do PPRG procedeu-se à identificação sistemática, por áreas e unidades orgânicas, dos riscos da atividade da Instituição no âmbito de corrupção, infrações conexas, de natureza operacional e ainda das situações que possam consubstanciar conflitos de interesses que representam um maior risco para o comprometimento dos objetivos estratégicos e operacionais da instituição.

A elaboração do PPRG, pela transversalidade dos riscos existentes que abrangem todas as atividades desenvolvidas no CHPL, contou com a participação dos diferentes dirigentes e coordenadores dos departamentos abrangidos.

O PPRG concretiza, para cada risco identificado, propostas específicas para prevenir a sua ocorrência e/ou para mitigar os seus impactos, possibilitando ao Conselho Diretivo a constituição de um instrumento pelo qual pode estabelecer critérios de avaliação e gestão dos riscos detetados, priorizando a tomada de medidas de mitigação dos efeitos adversos que estes representam.

A operacionalização do PPRG conta com os seguintes intervenientes:

- O Conselho Diretivo – a quem cabe a definição do modelo de controlo interno e das regras e dos critérios de gestão dos riscos, pelo que, no âmbito do PPRG, é este órgão estatutário competente para o julgamento dos riscos no que respeita aos seus impactos potenciais no cumprimento dos objetivos da Instituição, definindo por este critério quais os riscos sobre os quais é mais importante e prioritário atuar.
- A Auditoria Interna, responsável pela identificação de riscos operacionais, de corrupção, infrações conexas e de conflitos de interesses, sugerindo a sua inclusão, alteração ou retificação dos mesmos no presente documento, prévia e posteriormente à sua aprovação, procedendo à verificação e validação sistemáticos das ações de prevenção e mitigação dos riscos previstos no PPRG;

- Os colaboradores com funções de direção e chefia, a quem cabe, pela prossecução da uniformização dos procedimentos, da racionalização de recursos e da coordenação da respetiva unidade orgânica, o dever de detetar, avaliar e comunicar riscos, bem como propor soluções de prevenção e mitigação dos riscos identificados e a implementação das medidas de forma a alcançar esse fim;
- Todos os funcionários do CHPL, a quem cabe o cumprimento dos deveres e valores inerentes à prática de funções públicas, devem comunicar ao seu superior hierárquico ou ao Auditor Interno, os riscos e irregularidades identificados no desempenho das suas funções, ou dos quais tenham tomado conhecimento através de colegas, utentes ou outros.

Conceitos

Risco

Por risco compreende-se o resultado objetivo da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, aleatório e prejudicial, e o impacto resultante caso este se venha a verificar.

O simples facto de uma atividade existir abre a possibilidade da ocorrência de eventos ou combinação deles, cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens ou ameaças ao sucesso.

Gestão do risco

Consiste no processo de identificação metódica dos riscos inerentes às atividades da Instituição, com o objetivo de identificar e estimar a probabilidade de ocorrência e de controlar a sua ocorrência, através de medidas que permitam evitar, reduzir e/ou assumir os riscos.

A gestão de riscos é um processo contínuo e em constante desenvolvimento aplicado à estratégia da instituição e à implementação dessa mesma estratégia, e integra-se na cultura institucional, através de políticas eficazes conduzidas pelos dirigentes máximos.

Corrupção

Consiste na prática, na forma ativa ou passiva, de um 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 terceiros.

Infrações Conexas

Consiste no ato em que se obtém uma vantagem ou compensação, sendo exemplos, o abuso de confiança, o tráfico de influência, o suborno, o peculato, a participação económica em negócio, a concussão, o abuso de poder e a violação de segredo por funcionário.

Avaliação dos Riscos

São vários os fatores que levam a que o desenvolvimento de um evento tenha um maior ou menor risco. Os fatores externos podem ser dos mais variados e dependem em grande parte da própria envolvente da organização. Quanto aos fatores internos podemos, entre outros, considerar:

- A competência da gestão, uma vez que uma menor competência da atividade de gestão envolve, necessariamente, um maior risco;
- A integridade e cultura de responsabilização dos dirigentes, dado que, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, haverá um menor risco;
- Formação/sensibilização nos domínios da ética e da conduta, e consciencialização para os riscos de corrupção inerentes ao desempenho de determinadas funções;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia já que quanto menor a eficácia, maior o risco;
- A deterioração da condição económica da entidade. À medida que o desempenho se deteriora, os vários níveis da organização têm tendência a tornarem-se negligentes e a deturparem a informação;
- Grau de motivação do pessoal. Uma fraca motivação aumenta o risco.

O PPRG é um instrumento de gestão de risco, no sentido em que identifica os principais pontos críticos para as diferentes áreas de atividade, associando as medidas preventivas correspondentes por forma a mitigar os riscos inerentes.

Na avaliação do risco, deverão ser avaliados os riscos associados a objetivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos.

A aferição do risco contempla dois fatores, probabilidade de ocorrência e impacto, sendo o resultado enquadrado na seguinte matriz de risco (Probabilidade x Impacto):

		Nível de risco		
		Baixa	Média	Alta
I m p a c t o	Alto 3	3	6	9
	Médio 2	2	4	6
	Baixo 1	1	2	3
		Probabilidade		
		1	2	3

Legenda: 1-2 Baixo risco; 3-4 Médio risco; 6-9 Alto risco

Após efetuada a identificação dos riscos, é determinada a forma de resposta aos mesmos que permita a sua não ocorrência ou a minoração do impacto da sua ocorrência. Assim, as medidas preventivas para a mitigação dos riscos implementadas ou a implementar podem assumir quatro formas de gestão do risco:

- **Evitar o risco**, eliminando a sua causa;
- **Prevenir o risco**, minimizando a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo;

- **Aceitar o risco** e seus efeitos;
- **Transferir o risco** para terceiros.

A constituição de diversas comissões e comités é uma das estratégias adotadas para a identificação de riscos e a criação de medidas da sua mitigação, a este propósito destacam-se a criação do comité de cibersegurança criado em 2019, a comissão de gestão de risco, a comissão de ética, o comité de humanização e qualidade, entre outros.

Tendo presente os pontos anteriores, para a identificação dos serviços a envolver, dos respetivos riscos e a sua classificação, e a identificação das medidas preventivas, foram consideradas como fundamentais as seguintes áreas a envolver no PPRG:

- Atividades Transversais ao CHPL
- Serviços Financeiros
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviços de Gestão Hoteleira
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Gestão de Doentes
- Serviço Farmacêutico
- Sistemas e Tecnologia de Informação

A revisão do PPRG visa identificar e criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o CHPL de capacidade para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco, e por outro lado, de dar resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

O Conselho Diretivo é o responsável pela implementação, acompanhamento e promoção da avaliação do presente Plano, sem prejuízo das competências dos diretores de serviço e chefias.

A monitorização do Plano faz parte integrante do processo de gestão de riscos do CHPL, devendo ser produzido um relatório de execução anual, focado na identificação de deficiência e resolução das questões encontradas, através da emissão de recomendações.

Quando surjam novos riscos que, pelo seu impacto e probabilidade na organização impliquem uma revisão e/ou atualização deste Plano, deverão os mesmos ser comunicados superiormente.

O Plano atualizado depois de aprovado, deverá ser remetido às entidades referidas no ponto 1.2. da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do CPC, disponibilizado online no site do CHPL e divulgado aos seus profissionais.

5. Matriz de Risco

5.1 Transversal ao CHPL

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Delegação de competências	Abuso de autoridade delegada	1	1	Baixo	Publicação em Diário da República das delegações e subdelegações de competências	CD e Dirigentes
	Exercício indevido de autoridade delegada	1	2	Baixo	Disponibilização na Intranet das delegações e subdelegações de competências; Criação um repositório de registo informático contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.	CD e Dirigentes
Acumulação de funções público- privadas	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	2	2	Médio	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21º a 24º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;	CD e Dirigentes
	Exercício de atividades não autorizadas	2	2	Médio	Subscrição de declaração em que seja assumido de forma inequívoca que as funções privadas não coincidem com as funções que exerce no CHPL nem colocam em causa a isenção e o rigor da sua ação.	
	Exercício da atividade privada durante o horário de trabalho	2	2	Médio	Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas	CD e Dirigentes
	Não declaração de conflitos de interesse	2	1	Baixo	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas	CD e Dirigentes
	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão	2	2	Médio	Controlar regularmente e aleatoriamente os pedidos autorizados de acumulação com funções privadas, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência.	CD e Dirigentes
Relações de hierarquia	Tomada de medidas lesivas contra os colaborador que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	1	3	Médio	Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas	CD e Dirigentes
	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de colaborador	1	3	Médio	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e colaboradores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir; Realizar auditorias regulares de trabalhos expostos a maiores riscos de corrupção	CD e Dirigentes
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos	2	2	Médio	Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento para todos os intervenientes que tenham influência na tomada de decisão;	CD e Dirigentes
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou colaborador, tenha algum interesse na tomada de decisão	2	2	Médio	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão;	
	Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato	1	2	Baixo	Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis;	
Dever de sigilo	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	2	2	Médio	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores da ACSS ao dever legal de sigilo;	CD e Dirigentes
	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa	2	2	Médio	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação;	
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	2	2	Médio	Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos	
Favorecimento	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	1	1	Baixo	Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis; Promover a tomada de decisões colegiais.	CD e Dirigentes
Segurança das Instalações	Risco de Incêndio	1	2	Baixo	Implementação de um Plano de Segurança das Instalações	CD e Dirigentes
	Risco de intrusão e roubo de bens	1	2	Baixo		

5.2 Serviços Financeiros

Responsável: Fátima Escada

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Gestão de tesouraria	Desvio de fundos de caixa	1	3	Médio	Contagens periódicas da caixa efetuadas pelo Auditor Interno; Reconciliação bancária por trabalhador não afeto à tesouraria; Circularização periódica dos saldos de terceiros.	Diretor do serviço
Fiabilidade da base de dados dos fornecedores	Alteração de dados dos fornecedores não autorizada, em particular a alteração do IBAN	1	3	Médio	Segregação de funções entre quem faz o registo dos fornecedores, quem confere, paga e autoriza; Circularização periódica dos saldos de terceiros; Alteração dos dados de fornecedores dependente de comunicação escrita do fornecedor.	Diretor do serviço
Fornecedores	Pagamento mais célere a determinados fornecedores	1	1	Baixo	Obrigatoriedade de proceder aos pagamentos por ordem de antiguidade de saldos, identificando os fornecedores excecionados da regra.	Diretor do serviço
Cobrança de receitas e pagamentos de despesas	Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento	2	2	Médio	Reconciliação de contas de Clientes periodicamente, por profissional não afeto a esta tarefa; Reconciliação de contas correntes de Fornecedores com extratos emitidos pelas entidades.	Diretor do serviço
	Cobranças não depositadas	1	1	Baixo	Proceder ao depósito diário dos valores cobrados	
	Pagamento indevido por IBAN ou valor errado	1	3	Médio	Segregação de funções entre a conferência, processamento e pagamento; Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente de quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.	
	Falta de registo contabilístico de documentos em tempo útil	2	1	Baixo	Todas as faturas rececionadas devem ser imediatamente contabilizadas; Circularização periódica das contas de fornecedores	
	Pagamento de despesas sem visto prévio do Tribunal de Contas	1	2	Baixo	Comunicação entre o aprovisionamento e Serviço financeiro para segregar esses processos	
Controlo orçamental	Cabimentação com a classificação económica errada	2	1	Baixo	Realização de controlos sistémicos no encerramento do mês	Diretor do serviço
	Emissão de compromissos em incumprimento da LCPA	2	1	Baixo		
	Realização de despesa sem suporte prévio	1	2	Baixo	Verificação de todos os documentos antes do pagamento, existência de autorizações e o controlo da situação tributária e contributiva do fornecedor	Diretor do serviço
Ativos Fixos	Cadastro dos Ativos desatualizado ou incorreto, não refletindo de forma verdadeira a realidade do CHPL	2	2	Médio	Registo mensal das depreciações dos bens; Conferência regular entre as compras e o registo dos Ativos	Diretor do serviço
Prestação de Contas	Informação orçamental e financeira reportada à DGO e ACSS desatualizada ou incorreta	1	1	Baixo	Procedimentos de monitorização instituídos no fecho dos períodos contabilísticos; Relatórios de execução financeira elaborados pelo Auditor Interno.	Diretor do serviço
Manuais de Procedimentos	Falta de standardização, incorreções e falhas dos procedimentos	2	2	Médio	Criação de manuais de procedimentos para as tarefas mais críticas	Diretor do Serviço

5.3 Recursos Humanos

Responsável: Luisa Pereira

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Recrutamento e seleção de Pessoal	Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação.	1	3	Médio	Definição objetiva e aprovação prévia dos critérios de avaliação, de modo a simplificar a fundamentação das decisões de contratação	Diretor do Serviço
	Favorecimento por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais)	1	2	Baixo	Utilização de critérios de avaliação objetivos e de acordo com a legislação em vigor para cada carreira; Publicitação dos critérios de seleção de candidatos previamente ao lançamento dos procedimentos concursais; Constituição do júri com número mínimo de 3 elementos; Diversificação dos elementos que compõem os júris de concurso; Obrigatoriedade dos membros do júri de preencherem declaração de inexistência de conflito de interesses.	Diretor do Serviço
Gestão de Recursos Humanos	Assiduidade	2	2	Médio	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal	Diretor do Serviço
	Processamento de vencimentos sem aderência à assiduidade dos colaboradores e/ ou ao seu índice remuneratório	1	3	Médio	Conferência da informação retirada das aplicações de processamento de vencimentos, registos de assiduidade e cadastro do pessoal; Conferência dos processamentos de salários com os respetivos documentos de suporte dos abonos ou horas extra;	Diretor do Serviço
	Processamento de outros abonos ao pessoal (Ex: ajudas de custo, horas extraordinárias) sem correspondência com efetivas prestações de trabalho pelo pessoal	1	3	Médio	Segregação de funções entre quem efetua a autorização, a comunicação e o registo das alterações mensais; Auditorias regulares ao processamento.	Diretor do Serviço
	Acesso indevido a informação confidencial dos funcionários	1	1	Baixo	Acesso aos processo individuais controlado; Acesso restrito aos sistemas de informação através de senhas de acesso; Formação sobre o Regime Geral de Proteção de Dados; Acesso interdito ao BackOffice, de profissionais não pertencentes ao serviço	Diretor do Serviço
	Utilização excessiva do recurso a trabalho extraordinário	2	2	Médio	Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis	Diretor do Serviço
	Utilização da contratação de prestações de serviços como mecanismo para satisfação de necessidades de carácter permanente	2	2	Médio	Levantamento das necessidades de pessoal de carácter permanente Recurso aos instrumentos legais de contratação	Diretor do Serviço
Avaliação dos colaboradores	Potencial discricionariedade no processo de avaliação dos colaboradores	2	2	Médio	Definir à priori os critérios de aplicação das quotas; Comunicação atempada aos avaliadores as quotas atribuídas; Monitorizar o cumprimento dos prazos para a avaliação, atribuição de objetivos e homologação das avaliações; Efetuar o registo das avaliações de desempenho atribuídas no RHV.	Diretor do Serviço
Manuais de Procedimentos	Falta de standardização, incorreções e falhas dos procedimentos	2	2	Médio	Criação de manuais de procedimentos para as tarefas mais críticas	Diretor do Serviço

5.4 Gestão Hoteleira

Responsável: Cristina Cunha

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Prestação de serviços	Inexistência de mecanismos de controlo interno para avaliação dos serviços prestados	1	2	Baixo	Preenchimento, com periodicidade mensal, de questionários de avaliação a todas as unidades orgânicas, abrangidas pela prestação	Diretor do serviço
Obrigações decorrentes dos Cadernos de Encargos	Incumprimento por parte da empresa de Alimentação	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam registar diariamente, o que foi pedido e o que foi fornecido, no que respeita a quantidades (capitação) e qualidade do fornecimento Quantidade. Registo informático (ENFIM) diário das refeições pedidas e registo das fornecidas. Qualidade: elaboração de um plano/check list com estabelecimento dos parâmetros a serem verificados, atento o conteúdo contratual	Diretor do serviço
	Fornecimento de refeições sem justificação	2	1	Baixo	Existência de mecanismos de controlo que permitam cruzar o número de refeições solicitadas pelos serviços com o número de dias de internamento registados Elaboração de estatísticas mensais e confirmação das faturas por elemento responsável pelo SAD. Encarregados de sector que efetuam observação direta	Diretor do serviço
	Incumprimento por parte da empresa de tratamento da roupa	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias	Diretor do serviço
	Incumprimento por parte da empresa de limpeza	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias; Validação de horas faturadas versus horas efetuadas	Diretor do serviço
	Incumprimento por parte da empresa de segurança	2	2	Médio	Existência de mecanismos de controlo que permitam verificar em tempo útil se o serviço foi prestado por parte da empresa; Registo diário/mensal de check-list de controlo interno	Diretor do serviço

5.5 Aprovisionamento

Responsável: Ana Isabel Gonçalves

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Procedimentos de aquisição de bens e serviços e empreitadas	Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição	2	1	Baixo	Elaboração obrigatória de informação que expressa a necessidade da aquisição	Diretor do serviço
	Não submissão do procedimento à concorrência	1	3	Médio	Estabelecer como regra o convite a vários fornecedores; Procedimento de avaliação regular do desempenho dos fornecedores; Registo dos procedimentos na plataforma eletrónica	Diretor do serviço
	Fracionamento de despesa (repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano)	1	2	Baixo	Implementação de Plano Anual de Compras	Diretor do serviço
	Desdobramento de contratos para possibilitar o procedimento de ajuste direto, podendo privilegiar fornecedores	2	1	Baixo	Correta definição das necessidades e planeamento de compras anual	Diretor do serviço
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos	2	2	Médio	Inclusão no Caderno de Encargos de cláusulas sobre penalizações por incumprimento e aplicação das mesmas Reporte da situação de incumprimento pelo serviço ou gestor do contrato e aplicação das cláusulas	Diretor do serviço
	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	1	2	Baixo	Verificação exaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos com os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário.	Diretor do serviço
	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens, serviços ou empreitadas foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	1	3	Médio	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	Diretor do serviço
	Favorecimento de Fornecedores (especificações/cadernos de encargos pouco específicos e incompletos; incumprimento das regras contratuais; avaliação das propostas com critérios subjetivos)	2	2	Médio	Diversificação na constituição dos júris; Utilização de critérios de seleção objetivos; Auditorias internas regulares; Obrigatoriedade de todos os intervenientes na avaliação de propostas preencherem declaração de inexistência de conflito de interesses Cumprimento do estipulado no Manual de Procedimentos	Diretor do serviço
	Risco de contratação de trabalhos não previstos (trabalhos extra)	2	2	Médio	Elaboração de cláusulas no Caderno de Encargos que prevejam a ocorrência destas situações	Diretor do serviço
Gestão de garantias dos bens, da prestação e libertação de garantias / cauções bancárias	2	1	Baixo	Definição de um procedimento de gestão das garantias, com prazos e condições.	Diretor do serviço	
Gestão do património	Falhas no registo dos bens, preenchimento de taxas da amortização, valores de reavaliação e alteração na localização dos bens	2	2	Médio	Segregação de funções entre o registo de fichas e etiquetagem e o manuseamento dos bens; Controlo regular do cadastro dos bens com verificações aleatórias e conciliação da informação; Realização de inventários periódicos;	Diretor do serviço
	Abate indevido de bens	1	3	Médio	Ficha de abate tem de ser sempre validada no serviço de instalações e equipamentos e no serviço onde o bem estava afetado; Entrega de autorização de abate aquando do levantamento do bem	Diretor do serviço
	Utilização indevida de bem abatido documentalmente sem confirmação do abate físico do bem	2	2	Médio	Verificações aleatórias dos bens que permitam identificar bens abatidos documentalmente mas sem abate físico; Verificação de autos de abate	Diretor do serviço
	Transferência indevida de bens	3	1	Médio	Manter inventário atualizado; Revalorização dos ativos fixos que continua estão ativos já após o fim da vida útil;	Diretor do serviço
	Incorreta valorização dos ativos do CHPL	2	1	Baixo	Auditorias ocasionais aos serviços; Entrega aos serviços de relação de bens à sua responsabilidade;	Diretor do serviço
	Desvio de bens inventariáveis	2	3	Alto	Relação dos bens inventariáveis em cada divisão	Diretor do serviço
Receção de materiais	Desconformidades entre a aquisição e a receção	1	2	Baixo	Segregação de funções entre aquisição e receção; Dupla conferência quantitativa e qualitativa na receção dos bens com o preenchimento de um formulário de receção; Envio de Nota de Encomenda ao serviço que efetua a receção; Emissão frequente de listagem com notas de encomenda "não satisfeitas" para controlo	Diretor do serviço
Armazém	Acesso indevido às instalações passível de provocar desvios de bens	1	2	Baixo	Controlo de acessos automatizado; Vídeo vigilância	Diretor do serviço

5.6 Gestão de Doentes

Responsável: Cristina Cunha

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Prestação de Serviços	Faturação incorreta por falta de identificação da entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados	1	2	Baixo	Elaboração e divulgação de procedimentos escritos; Monitorização de ocorrência de erros de inserção através da emissão semanal, no GICG, de listagem de erros/ lacunas existentes na informação inserida na ficha de identificação/ episódio, por utente e a respetiva correção dos dados; Mapas arquivados digitalmente pela Responsável do Serviço de Gestão de Doentes, sendo a informação guardada 2 anos.	Diretora do Serviço
Cobrança de taxas moderadoras	Falha na cobrança, conferência ou entrega de Taxas Moderadoras na Tesouraria do CHPL	1	2	Baixo	Existência de procedimentos escritos identificando de locais de cobrança, os circuitos e a identificação dos intervenientes e das tarefas desempenhadas; Emissão de listagem relativa ao ato prestado e montante cobrado e recebido, com identificação do nº de episódio, sempre que há lugar ao pagamento de taxa moderadora e envio no próprio dia da listagem aos Serviços Financeiros - Tesouraria para validação. Verificação semanal pela Responsável da Gestão de Doentes, através da identificação dos episódios realizados se houve atos suscetíveis de serem cobradas taxas moderadoras.	Diretora do Serviço
Salvaguarda dos bens	Extravio de bens constantes em espólio dos doentes internados	2	2	Médio	Regulamento de espólio de doentes agudos internados. Verificação semanal pela Responsável do Serviço de Gestão de Doentes do cumprimento do Regulamento relativo ao espólio, produzindo evidência.	Diretora do Serviço
Identificação de utentes	Recolha/atualização de dados incompleta ou incorreta criando dificuldades de identificação	2	2	Médio	Realização de verificações aleatórias regulares que visem identificar falhas nos dados de identificação; Criação de regras de cruzamento de dados para garantir a correta identificação dos doentes.	Diretora do Serviço
Confidencialidade da informação clínica	Risco de acesso e/ou divulgação indevida de informação clínica sigilosa por parte dos funcionários	1	1	Baixo	Sensibilização dos profissionais para o Código de Ética	Diretora do Serviço

5.7 Serviços Farmacêuticos

Responsável: Sara Alexandre

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco	Medidas preventivas e de controlo	
Aquisição de medicamentos	Favorecimento de fornecedores	1	2	Baixo	Existência de Júri nos procedimentos de aquisição de medicamentos; Fornecedores selecionados da Base de Dados do Infarmed; Avaliação dos fornecedores quanto ao cumprimento dos contratos	Diretor do Serviço
	Aquisições desadequadas, ou em excesso que provoquem desperdício ou insuficientes que provoquem quebras no fornecimento	2	1	Baixo	Efetuar um plano de compras anual; Controlo periódico dos stocks	Diretor do Serviço
Receção de bens	Receção de bens em quantidade ou qualidade não conforme com a aquisição	1	3	Médio	Receção efetuada sempre por um AT e por um TDT ou Farmacêutico, fazendo a consolidação entre a Nota de Encomenda e a Guia de remessa e entre esta e o produto realmente entregue	Diretor do Serviço
Armazenamento	Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade	1	2	Baixo	Instalação de aparelhos de ar condicionado e desumidificadores; Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos; Procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade.	Diretor do Serviço
Stocks	Controlo de prazos de validade	2	2	Médio	Controlo de stocks informatizado com pontos de encomenda definidos e alvo de revisão constante; Inventários periódicos; Dispensa de medicamentos pelo prazo de validade mais reduzido	Diretor do Serviço
Reembalamento em unidose	Risco de deterioração dos produtos e de etiquetagem com informação incorreta	1	2	Baixo	Reembalagem efetuada de forma automatizada; Existência de procedimentos escritos; Cumprimento das normas relativas à identificação e individualização de medicamentos	
Estupefacientes	Armazenamento e dispensa de medicação com riscos de desvio	1	3	Médio	Existência de um procedimento escrito para a aquisição, armazenamento e dispensa de estupefacientes; Os estupefacientes são dispensados apenas por farmacêuticos em formulário próprio; Encontram-se armazenados em cofre com acesso condicionado;	Diretor do Serviço
Acesso às instalações	Acesso indevido às instalações e desvio/extravio de existências	1	3	Médio	Existência de videovigilância; Acesso restrito às instalações	Diretor do Serviço
Participação em eventos	Relacionamento dos profissionais de saúde com a Indústria Farmacêutica	1	1	Baixo	Todos os convites para a participação em eventos científicos devem ser autorizados pelo Conselho Diretivo; Todas as participações devem ser declaradas na Plataforma de Transparência do Infarmed;	Diretor do Serviço

5.8 Sistemas e Tecnologias de Informação

Responsável: Vitor Morgado

Atividade/ Função/ Processo	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Nível de Risco		
Segurança da informação	Acesso indevido aos dados ou aplicações	1	2	Baixo	Acesso às aplicações feita através de perfis de utilizadores com níveis de permissões diferenciados; Utilização de passwords pessoais e intransmissíveis; Reforço das políticas de segurança, em colaboração com os SPMS; Acesso remoto sempre através do protocolo de ligação dos SPMS	Diretor do Serviço
	Acesso de terceiros (empresas de manutenção, colaboradores, etc) através de ligação remota	1	2	Baixo		
	Utilização de dispositivos de armazenamento externo	1	2	Baixo		
Apoio técnico	Demora ou ausência de resposta aos pedidos de apoio técnico	2	2	Médio	Implementação de um sistema de tickets que permita gerir a qualquer momento os pedidos concluídos/abertos e medição dos tempos de resposta; Elaboração de manuais de procedimentos	Diretor do Serviço
Acesso à informação/ Perda de dados	Ocorrências que possam causar interrupções nos servidores e rede que impossibilitem o acesso à informação ou a destruição da infraestrutura	1	3	Médio	Criação de Plano de contingência; Criação de backups locais nas instalações do CHPL	Diretor do Serviço