

Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infracções Conexas

Revisão - 2016

INDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. CARACTERIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO CPHL	3
2.1 Enquadramento	3
2.2 Área de influência	4
3. MISSÃO	4
4. ORGANIZAÇÃO	5
4.1 Organograma geral	8
5. CÓDIGO DE ÉTICA	10
6. ENQUADRAMENTO GERAL DO TEMA	11
6.1 Introdução	11
6.2 Conceitos	13
6.3 Metodologia	15
7. QUADROS SECTORIAIS DO PGRCIC	15
8. QUADRO RESUMO DE MEDIDAS A ADOPTAR	23
9. RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	24
10. CONCLUSÃO	24

1. INTRODUÇÃO

O plano proposto e aprovado em 2010 teve como objectivo elencar numa proposta um conjunto de medidas que por si ou em conjunto, pudessem reduzir ou colmatar o risco de corrupção ou infracções conexas, contempladas no questionário sobre Avaliação e Gestão de Riscos proposto pelo CPC em Maio de 2009.

Nestes termos a metodologia seguida contemplou a recomendação do CPC de 1 de Julho de 2009, o Relatório de Gestão de 2008 e Plano de Desempenho 2010, ambos do CHPL, a convenção das NU sobre corrupção e ainda alguma documentação dispersa sobre matéria, mas fez também a recolha de relatórios e sistemas de informação já existentes no CHPL.

Neste momento, pretende-se reavaliar o plano tendo por base as posteriores Recomendações da CPC ou outros normativos que foram sendo emitidos.

Só agora foi oportuno finalizar esta revisão do Plano para 2016, atendendo a motivos de doença.

2. CARACTERIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO CPHL

2.1 Enquadramento

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, criado pela Portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro, integra o universo de estabelecimentos públicos do Serviço Nacional de Saúde dotado de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se pelo Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

Tem sede na Avenida do Brasil, nº 53, no Parque de Saúde de Lisboa, onde aproximadamente 40% das estruturas edificadas se encontram ocupadas por outras entidades do Ministério da Saúde ou com ele relacionadas.

2.2 Área de influência

Na área de influência directa do Centro Hospitalar residem 815.580 habitantes (Censos 2011- Definitivo), encontrando-se identificada nas alíneas a) e b) do nº 1 do Despacho nº 7527/99 de 26 de Março de 1999, da Ministra da Saúde, publicado no DR nº 88 – II Série de 15/04/1999, exceptuando-se as freguesias do Concelho de Almada e Concelhos do Médio Tejo, com uma população de 401.067 habitantes, entretanto integradas nas áreas geodemográficas do Hospital Garcia de Orta e do Centro Hospitalar Médio Tejo. A área entretanto transferida para o Hospital Beatriz Ângelo (287.119 habitantes, Censos de 2011- Definitivo) em 2012 e a área transferida para o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Vila Franca de Xira, em Maio de 2013, traduziu-se em menos 244.377 habitantes (Censos 2011- Definitivo).

A área de influência indirecta compreende os distritos de Beja, Évora e Portalegre onde residem 748.699 habitantes (Censos 2011, Estimativas Provisórias de População), tendo o CHPL sido responsável até Junho de 2015 pela resposta em internamento à população do distrito de Beja.

3. MISSÃO

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa tem como missão a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental a todos os cidadãos adultos, no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, de acordo com os princípios definidos na Lei 36/98 de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) e no Decreto-lei 304/2009 de 22 de Outubro (Estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental), dando execução às

orientações de política de saúde mental a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas, designadamente as previstas no Plano de Acção para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa responde 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, desenvolvendo ainda actividades complementares como as de ensino pós-graduado, investigação e formação.

Na sua actuação, o Centro Hospitalar pauta-se pela prossecução de objectivos estratégicos como a prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno, o aumento da eficiência e eficácia, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável, bem como, a implementação de medidas que visem 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 respectiva reinserção sócio-familiar e na comunidade.

4. ORGANIZAÇÃO

Decorrente da alteração da rede de referência em Psiquiatria e Saúde Mental da região de Lisboa e Vale do Tejo e da Zona Sul do País, nomeadamente com a abertura de serviços locais de Psiquiatria e Saúde Mental em Hospitais Gerais, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, instituição psiquiátrica com um longo e rico historial no tratamento de cidadão adultos com patologia do foro mental, assume um papel de maior relevância na prestação de cuidados diferenciados integrados e de qualidade. É com base nesta premissa que o CHPL deu continuidade em 2015 ao processo de acreditação de dois serviços no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde ACSA promovido pela Direcção Geral de Saúde através do Departamento da

Qualidade na Saúde, envolvendo numa fase inicial o Serviço de Psiquiatria Forense e o Serviço de Psiquiatria Geral e Transcultural - Clínica 3.

Como estrutura monovalente, vocacionada para a prevenção em vários níveis, principalmente secundária e terciária, mas também, primária, foi sentida a necessidade de adaptar a sua organização, de forma a continuar a sua missão; tratar, de forma cada vez mais eficiente e integrada, as pessoas adultas que sofrem de patologia psiquiátrica.

A consolidação da reorganização dos serviços clínicos, designadamente do Internamento de Agudos, manteve como objectivo recentrar o papel do CHPL, adequando-o às novas realidades e necessidades assistenciais, nomeadamente as decorrentes das alterações entretanto operadas na rede prestadora de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental, disponibilizando assim respostas orientadas por patologia através de 6 Clínicas assistenciais:

- ✓Clínica 1 (SETA – Serviço de Estabilização e Triagem de Agudos de 1º Surto Psicótico);
- ✓Clínica 2 (NPD – Neuropsiquiatria e Demências);
- ✓Clínica 3 (PGT- Psiquiatria Geral e Transcultural);
- ✓Clínica 4 (AND – Alcoologia e Novas Dependências Coordenadora);
- ✓Clínica 5 (PA e POC – Patologia Afetiva e Perturbação Obsessiva Compulsiva);
- ✓Clínica 6 (PE – Patologia Esquizofrénica).

Relativamente aos serviços de internamento de outras tipologias destinados a doentes com quadros clínicos diferenciados, o Centro Hospitalar dispõe de um Serviço de Doentes de Evolução Prolongada, um Serviço de Reabilitação Psicossocial e um Serviço de Psiquiatria Forense, bem como, na vertente de ambulatório, de um Serviço de Psicologia e Psicoterapias, além de Unidades de MCDT, designadamente, de Neurofisiologia, de Eletroconvulsivoterapia, Patologia Clínica e de Radiologia.

O Serviço de Doentes de Evolução Prolongada, atendendo às alterações registadas nos últimos anos no perfil dos doentes internados, consequência de factores ligados ao envelhecimento, com manifestações ao nível do grau de autonomia, autocuidado, características comportamentais/funcionais e evolução do quadro psicopatológico, encontra-se organizado por graus de dependência e comorbilidades associadas, resultante da avaliação criteriosa, multifactorial e multidisciplinar de todos os doentes internados nestas unidades.

O Serviço de Reabilitação Psicossocial com uma resposta diversificada e integrada de programas ambulatoriais, inclui também unidades de internamento; uma Unidade de Convalescença, uma Unidade de Treino Residencial, seis Unidades de Vida Apoiada, e três Unidades de Vida Autónoma na comunidade (três apartamentos localizados fora do Centro Hospitalar), nos bairros residenciais de Alvalade e Marvila. Este Serviço desenvolve programas de Reabilitação Psicossocial, designadamente de Treino de Actividades de Vida Diária, Terapia Ocupacional, Formação Profissional e de Emprego Protegido, promovendo a realização de actividades terapêuticas de teatro, actividades enquadradas na dinamização de programas de rádio, de participação em exposições, para doentes em diferentes fases do processo de reabilitação.

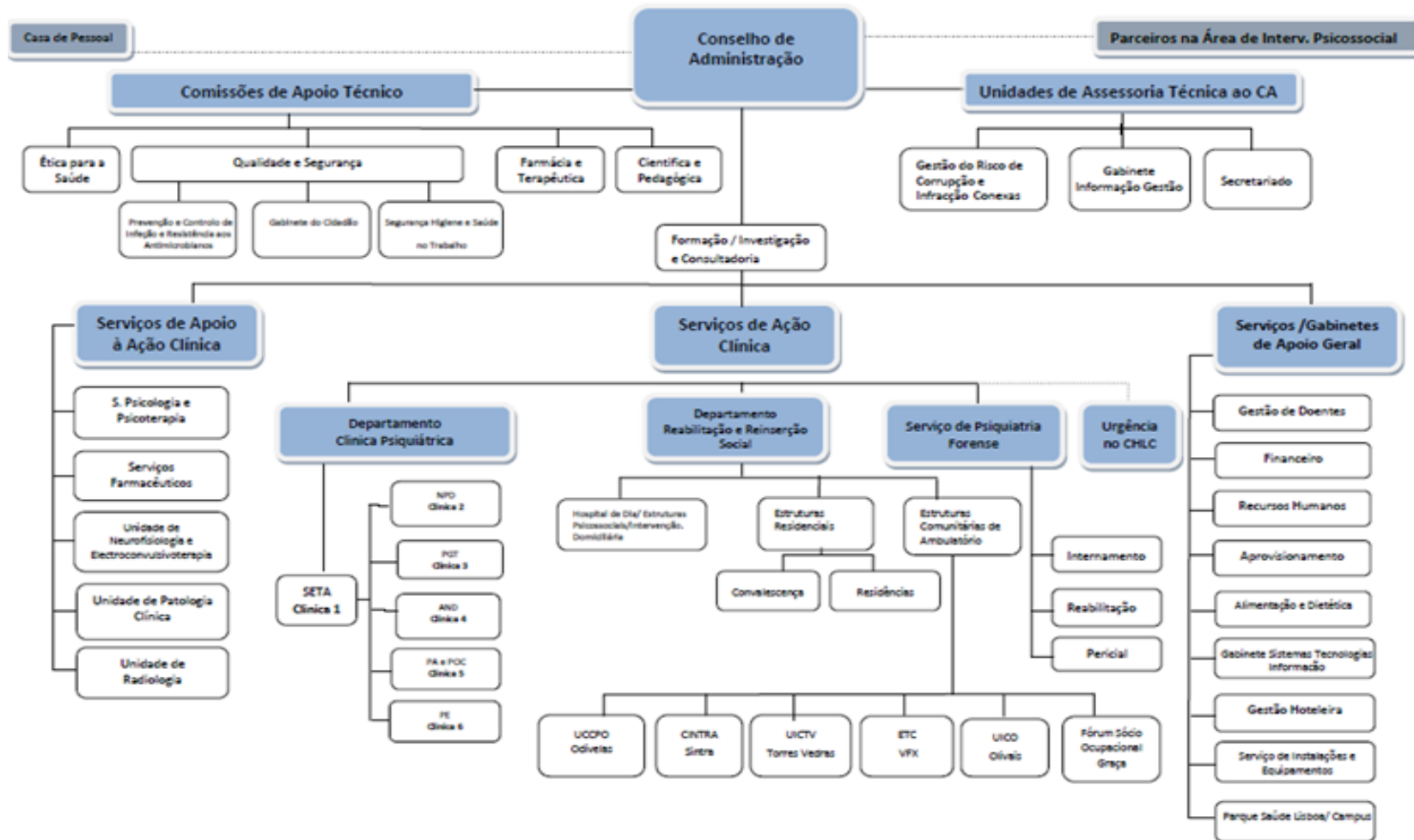
O Serviço Regional de Psiquiatria Forense tem como missão essencial a implementação dos mais diferenciados e completos programas de tratamento, segurança e reabilitação a cidadãos sentenciados pelo Tribunal através da intervenção de uma equipa multidisciplinar diferenciada e especialmente vocacionada, possuindo também uma actividade avaliativa com realização de exames periciais médico-legais em psiquiatria e psicologia solicitados pelos tribunais e INML. Com outras actividades descrevem-se as funções de consultadoria em psiquiatria e psicologia forense, formação estruturada de médicos e psicólogos na referida área forense, realização de avaliações de incapacidade temporária protocolada com instituições públicas. Dispõe de internamento de média-baixa segurança com intervenção assistencial integrada destinado a residentes na área geodemográfica do CHPL e da região sul do País, com lotação de 32 camas.

O Hospital de Dia 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 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.

4.1 Organograma geral

Na página seguinte apresenta-se o organograma actual do Centro Hospitalar.



5. CÓDIGO DE ÉTICA

Os princípios, objectivos e missão do CHPL só serão alcançados se a conduta dos seus profissionais estiver orientada para essa concretização.

Para além das normas legais aplicáveis, as relações que se estabelecem entre os membros dos órgãos, os funcionários e demais colaboradores do CHPL, bem como no seu contacto com a população assistida, assentam, nomeadamente, num conjunto de princípios e valores, cujo conteúdo está, em parte, já vertido na Carta Ética da Administração Pública e no Código de Ética do CHPL, aprovado em 07/05/2009. A saber:

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 actuam 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 actividade, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, actuando 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 actividade, só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da actividade administrativa.

Princípio da Colaboração e Boa Fé

Os funcionários, no exercício da sua actividade, 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 actividade 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 actividade, 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.

6. ENQUADRAMENTO GERAL DO TEMA

6.1 Introdução

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei nº 54/2008, de 4 de Setembro, é uma entidade administrativa independente, que funciona

junto do Tribunal de Contas, e desenvolve uma actividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infracções conexas.

No âmbito da sua actividade, o CPC aprovou uma Recomendação, em 1 de Julho de **2009**, sobre “Planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas”, nos termos da qual os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos e infracções conexas.

Em 7 de Novembro de **2012**, foi emitida uma Recomendação do CPC sobre a Gestão de Conflitos de Interesses no Sector Público, que prevê a necessidade das instituições disporem de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

Em **2015**, foram emitidas duas Recomendações, uma sobre a Prevenção de Riscos de Corrupção na Contratação Pública e outra sobre a necessidade de aperfeiçoamento do trabalho já desenvolvido.

Os referidos planos deverão conter, nomeadamente, os seguintes elementos:

1. Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infracções conexas e das situações que possam dar origem a conflito de interesses;
2. Com base na identificação dos riscos, identificação das medidas adoptadas que previnam a sua ocorrência (por exemplo, mecanismos de controlo interno, segregação de funções, definição prévia gerais e abstractos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação e acções de formação adequada, etc.);
3. Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direcção do órgão dirigente máximo;

4. Elaboração anual de um relatório sob a execução do plano.

Os planos deverão ser remetidos ao CPC bem como aos órgãos da tutela superintendência e controlo.

A recomendação de 2009 surge na sequência da reunião de 4 de Março de 2009 em que o CPC deliberou, através da aplicação de um questionário ao Serviços e Organismos da Administração Central, Regional e Local, directa ou indirecta, proceder ao levantamento dos riscos de corrupção e infracções conexas nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos.

Tal inquérito, bem como o respectivo Relatório-Síntese, são instrumentos fundamentais para a elaboração de um plano de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, bem como guias orientadores nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos.

Trata-se, assim, de uma actividade que tem por objectivo salvaguardar aspectos indispensáveis na tomada de decisões, e que estas se revelem conformes com a legislação vigente, com os procedimentos em vigor e com as obrigações contratuais a que as instituições estão vinculadas.

6.2 Conceitos

A acepção mais corrente da palavra corrupção reporta-se à apropriação ilegítima da coisa pública, entendendo-se como o uso ilegal dos poderes da Administração Pública ou de organismos equiparados, com objectivo de serem obtidas vantagens ilegítimas.

Como sabemos, a corrupção constitui-se como um obstáculo fundamental ao normal funcionamento das instituições e ao desenvolvimento da estrutura democrática.

O elemento essencial é, pois, a ideia de risco, que se pode definir como a possibilidade eventual de determinado evento poder ocorrer, gerando um resultado irregular. A probabilidade de acontecer uma situação adversa, um problema ou um dano, e o nível de importância que esses acontecimentos têm nos resultados de determinada actividade, determina o grau de risco.

Elemento essencial para a determinação daquela probabilidade é a caracterização dos serviços, que devem integrar os critérios de avaliação da ocorrência de determinado risco.

A gestão do risco é uma responsabilidade de todos os trabalhadores das instituições, quer dos membros dos órgãos de gestão, quer do pessoal com funções dirigentes, quer do mais simples funcionário.

É também certo que os riscos podem ser graduados em função da probabilidade da sua ocorrência e da gravidade das suas consequências, devendo estabelecer-se para cada tipo de risco, a respectiva qualificação.

São vários os factores que levam a que uma actividade tenha um maior ou um menor risco. No entanto, os mais importantes são:

- A competência da gestão, uma vez que uma menor competência da actividade gestionária envolve, necessariamente, um maior risco;
- A idoneidade dos gestores e decisores, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, que levará a um menor risco;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia. Quanto menor a eficácia, maior o risco.

A gestão de risco é um processo de análise metódica dos riscos inerentes às actividades de prossecução das atribuições e competências das instituições, tendo por objectivo a defesa e protecção de cada interveniente nos diversos processos, salvaguardando-se, assim o interesse colectivo. É uma actividade

que envolve a gestão, “stricto sensu”, a identificação de riscos inerentes a qualquer actividade, a sua análise metódica e, por fim, a propositura de medidas que possam obstaculizar eventuais comportamentos desviantes.

Para efeitos de avaliação do PGRIC, os riscos são classificados em: Elevado (L), Moderado (M) e Ligeiro (L), tendo em atenção quer o impacto estimado, quer a probabilidade da ocorrência.

Classificação do risco	Probabilidade ocorrência		
	Elevada	Moderada	Ligeira
Impacto estimado	Muito elevado	Elevado	Médio
	Elevado	Médio	Baixo
	Médio	Baixo	Muito baixo

O controlo interno é uma componente essencial da gestão do risco funcionando como salvaguarda da rectidão da tomada de decisões, uma vez que previne, detecta e alerta para situações anormais.

6.3 Metodologia

A identificação dos serviços a envolver, dos respectivos riscos e da sua graduação em termos de risco, e das medidas preventivas, foi amplamente discutida internamente, tendo como resultado os quadros de referência que constam do ponto 7.

7. QUADROS SECTORIAIS DO PGRIC

Tendo presente os pontos anteriores, foram consideradas como fundamentais as seguintes áreas a envolver no PGRIC:

- Serviço de Aprovisionamento;

- Serviços Hoteleiros
- Serviço de Gestão de Doentes
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviços Financeiros
- Geral

Nas páginas seguintes apresentam-se os quadros para cada um dos serviços envolvidos, bem como um para aspectos transversais.

Área/Departamento/Serviço: Aprovisionamento

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Aquisição indevida de bens e serviços: não se respeita o melhor preço, nas quantidades e qualidades necessárias	L	Disponer de regulamentos e procedimentos escritos	Existência de regulamento de funcionamento do serviço, aprovado pelo CA	SA	Feito
	L	Solicitar aos serviços uma previsão das necessidades, no final de cada ano para o ano seguinte	Aprovação e divulgação do plano aprovado	CA	Em curso
	L	Criar um modelo standart de declarações de interesses de funcionários	Inserir em cada processo a declaração de interesses do funcionário responsável pelo mesmo	SA	Feito
	L	Criar um modelo standart de declarações de interesses do júri/ comissão de escolha	Inserir em cada processo a declaração de interesses de cada um dos elementos do júri nomeado para a condução do procedimento	SA	Em curso
	L	Definir a constituição das comissões de júris de escolha de materiais/ fornecedores e negociação de contratos, etc.	Quando da autorização para a abertura de procedimento, nomear a constituição dos júris para escolha de materiais / fornecedores e negociação de contratos	SA/SP	Feito
	L	Para aquisições superiores a 5,000 euros, solicitar propostas no mínimo a 3 fornecedores	Procedimento escrito	SA/SP	Feito
Segregação de funções	E	Quem escolhe não compra, quem compra não autoriza	Procedimento escrito, critérios para nomeação de júris	SA	Feito
Desvio de bens em armazém	E	Balanço anual de todas as existências em armazém e intercalares através de uma selecção aleatória de bens	Previsão em regulamento da obrigatoriedade de efectuar-se balanço anual e intercalares (mínimo 2xano)	CA/SA	Feito
Não cumprimento do tipo de procedimento previsto no CCP	L	Auditorias aleatórias aos processos	Normas escritas. Nomear um auditor	SA e Auditor	A ser implementado
Gestão do Fundo de Maneio	E	Produzir anualmente uma deliberação definindo o responsável, montante e tipo de despesa para cada Fundo de Maneio. Segregação de funções: quem confere não autoriza e não paga	Deliberação anual de CA, com identificação: responsável, montante atribuído, tipo de despesa. Regras escritas dos procedimentos	CA, SA, SP	Feito
Classificação de Risco :	L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado				

Área/Departamento/Serviço: Hoteleiros

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Inexistência de mecanismos de controlo interno para avaliação dos serviços prestados	L	Elaborar questionários e subsquentes relatórios avaliadores da prestação, com divulgação/publicitação	Preenchimento, com periodicidade mensal, de questionários de avaliação a todas as unidades orgânicas, abrangidas pela prestação	Dra Cristima Cunha	Feito
Inexistência de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento das obrigações decorrentes de CE, por parte da empresa - Alimentação	M	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	Dra Cristima Cunha	Feito
Inexistência de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento das obrigações decorrentes de CE, por parte dos serviços	M	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 facturas por elemento responsável pelo SAD. Encarregados de sector que efectuem observação directa	Dra Cristima Cunha	Feito
Inexistência de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento das obrigações decorrentes de CE, por parte da empresa - Tratamento roupa	M	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias	Preenchimento, com periodicidade mensal, de questionários de avaliação a todas as unidades orgânicas, abrangidas pela prestação	Dra Cristima Cunha	Feito
Inexistência de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento das obrigações decorrentes de CE, por parte da empresa - Limpeza	M	Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias	1) Preenchimento, com periodicidade mensal, de questionários de avaliação a todas as unidades orgânicas, abrangidas pela prestação; 2) Validação de horas facturadas versus horas efectuadas	Dra Cristima Cunha	Feito
Inexistência de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento das obrigações decorrentes de CE, por parte da empresa - Segurança	M	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	Dra Cristima Cunha	Feito
Classificação de Risco :	L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado				

Área/Departamento/Serviço: Gestão de Doentes

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Facturação incorrecta por falta de identificação da entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados	M	1. Elaboração de procedimentos escritos e divulgação formal dos assistentes técnicos; 2. Monitorização de ocorrência de erros de inserção através de recolha de dados informáticos	1. Emissão diária de listagem de erros/ lacunas existente na informação inserida na ficha de identificação/ episódio, por utente; 2. Conhecimento ao funcionário para correcção de erros/ lacunas	António Fialho	Feito
Desvio de verbas de montantes cobrados em taxas moderadoras e não entregues na Tesouraria do CHPL	E	1. Procedimentos escritos com referência a: a) identificação de locais de cobrança, b) identificação do circuito, c) identificação dos intervenientes e das tarefas desempenhadas; 2. Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos	1. Emissão diária com identificação do utente, acto prestado e montante pago; 2. responsável confere recibos e montante por funcionário; 3. Envio diário aos Fianceiros de listagem por funcionário, montante rebido e total por serviço validado pelo responsável; 4. Recepção e validação pela Tesouraria	António Fialho	Feito
Extravio dos bens pertencentes aos utentes e à guarda do CHPL	E	Elaboração de procedimentos escritos e divulgação formal dos profissionais envolvidos	Regulamento de espólio de utentes internados em fase aguda. Circular normativa nº 21 de 22 de Julho de 2008	António Fialho	Feito
Classificação de Risco :	L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado				

Área/Departamento/Serviço: Gestão de Recursos Humanos

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Inexistência de declaração de interesses privados dos diferentes intervenientes nos júris de concurso de pessoal	L	Elaboração de uma declaração de interesses Tipo a ser assinada por todos os participantes em júris de concursos de pessoal	Elaborar um modelo de declaração de interesses Tipo a ser assinada por todos os participantes em júris de concursos de pessoal	Cristina Pereira	Implementado
Exercício de actividades não autorizadas	M	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21 e 22 ° da LTFP, de 20/06/2014	Rever anualmente as aprovações de acumulação de funções	Cristina Pereira	Implementado
Processamento de vencimentos, de horas extraordinárias e suplementos indevidos	M	Manter actualizado o registo de assiduidade no RHV; acompanhamento da implementação do registo biométrico; Autorização prévia para a realização de trabalho extraordinário, com a informação de cabimento; Definição rigorosa dos circuitos nos pagamentos de remunerações a funcionários: quem processa vencimentos, não autoriza e não paga	Análise mensal da simulação de vencimentos	Cristina Pereira	Implementado
Emissão incorreta de certidões/declarações referentes à carreira do trabalhador	M	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido em modelo Tipo	Verificar nos processos individuais se é dada resposta e se esta cumpre os limites temporais legais, a todas as solicitações/requerimentos dos trabalhadores, nomeadamente, pedidos de declarações para efeitos de candidatura a concurso ou reclamações das avaliações de desempenho		
Não solicitação nos prazos legais de junta médica a trabalhadores com atestados médicos de longa duração	M	Solicitar listagem de trabalhadores em situação de doença e averiguar da oportunidade de pedido de junta médica	Solicitar listagem de trabalhadores em situação de doença e averiguar da oportunidade de pedido de junta médica	Cristina Pereira	Implementado

Classificação de Risco : L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado

Área/Departamento/Serviço: Financeiros

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Inutilização e alienação de bens patrimoniais	E	Dar cumprimento às normas e circulares sobre esta matéria	Divulgação de todas as normas vigentes sobre a matéria	Dra Fátima Escada	Feito
	E	Manter o sistema de informação actualizado sobre a vida útil do bem	Avaliação dos funcionários afectos ao sector, através de critérios definidos neste âmbito		Em curso
	E	Existência de Comissões Técnicas de inutilização de bens, para as diferentes classes de equipamentos	Dar cumprimento á circular sobre esta matéria		Feito
Confirmação, conferência e pagamento de facturas a fornecedores	E	Normas escritas e segregação funções dos intervenientes no processo	Previsão no Regulamento do serviço de procedimentos nesta matéria. Adoptar medidas que segregam funções em todo o processo: quem confirma não confere, quem confere não autoriza e quem autoriza não paga	Dra Fátima Escada	Feito
Existência de elevados montantes em numerário na Tesouraria	E	Pré definir um fundo fixo de caixa necessário e suficiente para satisfação das necessidades básicas diárias, bem como proceder ao depósito diário das verbas que excedem o fundo fixo	Deliberação que fixa um fundo fixo de caixa. Depósito diário das verbas que excedem o fundo fixo	Dra Fátima Escada	Feito
Valores documentados de receita e despesa que suportam a conferência ao cofre não corresponderem aos depósitos bancários efectuados	E	Segregação de funções nesta área	A Tesouraria emite o talão de depósito no sistema homebankig, remete para a Contabilidade que elabora o documento de depósito e posteriormente remete à Tesouraria para registo na folha de caixa	Dra Fátima Escada	Feito
Autorizações de transferência de valores por funcionários que não tenham essa competência	E	Segregação de funções e definição dos diferentes níveis de utilizadores	Atribuição de passwords com diferentes níveis de permissão	Dra Fátima Escada	Feito
Classificação de Risco :	L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado				

Área/Departamento/Serviço: Geral

Quadro de Referência de Risco

Identificação de Riscos	Classif. Risco	Identificação de Medidas Preventivas	Identificação de Medidas Adoptadas	Identificação do Responsável pela Gestão	Observações
Não declaração de conflitos de interesses	M	Criar um modelo standard de declarações de interesses a abranger os dirigentes e outros trabalhadores que possam ter influência na tomada de decisões de gestão	Anualidade na entrega da declaração de interesses	Cristina Pereira	A implementar
Exercício indevido de autoridade delegada	M	Disponibilização na intranet das delegações e subdelegações de competências	Controlar aleatoriamente os despacho de autorização	Cristina Pereira	A implementar
Classificação de Risco :	L - Ligeiro; M - Moderado; E - Elevado				

8. QUADRO RESUMO DE MEDIDAS A ADOPTAR

Quadro de Medidas a Adotar no Âmbito da Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas	
Identificação das Medidas	Identificação do Responsável pela Gestão das Medidas
Disponer de regulamentos e procedimentos escritos	SA
Solicitar aos serviços uma previsão das necessidades, no final de cada ano para o ano seguinte	CA
Criar um modelo standard de declarações de interesses de funcionários	SA
Criar um modelo standard de declarações de interesses do júri/ comissão de escolha	SA
Definir a constituição das comissões de júris de escolha de materiais/ fornecedores e negociação de contratos, etc.	SA/SP
Para aquisições superiores a 5,000 euros, solicitar propostas no mínimo a 3 fornecedores	SA/SP
Quem escolhe não compra, quem compra não autoriza	SA
Balanço anual de todas as existências em armazém e intercalares através de uma selecção aleatória de bens	CA/SA
Auditorias aleatórias aos processos	SA e Auditor
Produzir anualmente uma deliberação definindo o responsável, montante e tipo de despesa para cada Fundo de Maneio. Segregação de funções: quem confere não autoriza e não paga	CA, SA, SP
Elaborar questionários e subsquentes relatórios avaliadores da prestação, com divulgação/ publicitação	Cristina Cunha
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	Cristina Cunha
Existência de mecanismos de controlo que permitam cruzar o número de refeições solicitadas pelos serviços com o número de dias de internamento registados	Cristina Cunha
Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias, no tratamento da roupa	Cristina Cunha
Existência de mecanismos de controlo que permitam evidenciar necessidades dos serviços, conforme CE, não satisfeitas ou satisfeitas com anomalias na higiene e limpeza	Cristina Cunha
Existência de mecanismos de controlo que permitam verificar em tempo útil se o serviço foi prestado por parte da empresa de segurança	Cristina Cunha
Elaboração de procedimentos escritos e divulgação formal dos assistentes técnicos. Monitorização de ocorrência de erros de inserção através de recolha de dados informáticos	António Fialho
Procedimentos escritos com referência a: a) identificação de locais de cobrança, b) identificação do circuito, c) identificação dos intervenientes e das tarefas desempenhadas. Divulgação formal junto dos profissionais envolvidos	António Fialho
Elaboração de procedimentos escritos e divulgação formal dos profissionais envolvidos	António Fialho
Elaboração de uma declaração de interesses Tipo a ser assinada por todos os participantes em júris de concursos de pessoal	Cristina Pereira
Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos nos artigos 21 e 22.º da LTFP, de 20/06/2014	Cristina Pereira
Manter actualizado o registo de assiduidade no RHV; acompanhamento da implementação do registo biométrico; Autorização prévia para a realização de trabalho extraordinário, com a informação de cabimento; Definição rigorosa dos circuitos nos pagamentos de remunerações a funcionários: quem processa vencimentos, não autoriza e não paga	Cristina Pereira
Obrigatoriedade de apresentação de um pedido em modelo Tipo	Cristina Pereira
Solicitar listagem de trabalhadores em situação de doença e averiguar da oportunidade de pedido de junta médica	Cristina Pereira
Dar cumprimento às normas e circulares sobre inutilização e alienação de bens patrimoniais	Fátima Escada
Manter o sistema de informação actualizado sobre a vida útil do bem	Fátima Escada
Existência de Comissões técnicas de inutilização de bens, para as diferentes classes de equipamentos	Fátima Escada
Normas escritas e segregar funções dos intervenientes no processo	Fátima Escada
Pré definir um fundo fixo de caixa necessário e suficiente para satisfação das necessidades básicas diárias, bem como proceder ao depósito diário das verbas que	Fátima Escada
Segregação de funções nesta área	Fátima Escada
Segregação de funções e definição dos diferentes níveis de utilizadores	Fátima Escada
Criar um modelo standard de declarações de interesses a abranger os dirigentes e outros trabalhadores que possam ter influência na tomada de decisões de gestão	Cristina Pereira
Disponibilização na intranet das delegações e subdelegações de competências	Cristina Pereira

9.RELATÓRIO DE EXECUÇÃO

Relatório de execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
Identificação do Serviço: _____

Descrição das medidas Adoptadas:

Medidas Adoptadas	Data de Elaboração	Data de Implementação	Resultados Obtidos	Evidência

É assumido que: as afirmações produzidas neste relatório correspondem com exactidão à realidade procedimental do mesmo e a falta de envio de componentes evidências decorre da sua inexistência.

Responsável pelo preenchimento:

Serviço:

Nome: _____

Função: _____

Data de preenchimento: _____

Assinatura: _____

Dirigente:

Nome: _____

Data de preenchimento: _____

Assinatura: _____

10.CONCLUSÃO

Em 2016, foi efectuada uma actualização do Plano de 2010 face às Recomendações que foram sendo emitidas.

Foi criado um quadro de referência de risco “Geral”, cuja aplicação deverá envolver as diferentes áreas e foram actualizados os quadros dos Serviços Hoteleiros e de Recursos Humanos.

È de referir que as dificuldades de meios humanos têm impedido o desenvolvimento integral e continuo deste projecto no Centro Hospitalar, apesar do interesse que manifestamente esta acção tem em termos de gestão.