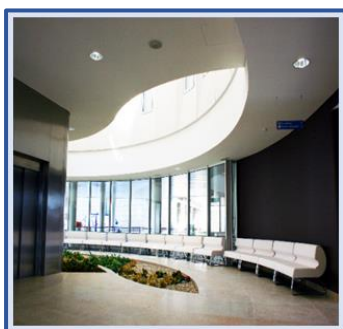


Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

Incluindo riscos de corrupção e infrações conexas



CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

Índice

RELAÇÃO DE SIGLAS	3
1. ENQUADRAMENTO	4
2. CARATERIZAÇÃO DO CHUP	6
3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	7
4. GESTÃO DE RISCO	11
4.1. Conceito de risco e de prevenção do risco de gestão	11
4.2. Fatores de risco	12
4.3. Funções e responsabilidades	12
4.4. Identificação de riscos e medidas de prevenção	13
5. ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO	23

RELAÇÃO DE SIGLAS

CA – Conselho de Administração

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

EPE – Entidade Pública Empresarial

PPRGIC – Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas

SAI – Serviço de Auditoria Interna

1. ENQUADRAMENTO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) criado pela Lei nº54/2008 de 4 de setembro é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas, e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

No âmbito da sua atuação o CPC aprovou a recomendação nº1 de 1 de julho de 2009, nos termos da qual “os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas”.

Em 2015 o CPC através da recomendação de 1 de julho alargou o âmbito dos Planos de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas pela atribuição às entidades públicas o dever de identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, bem como as correspondentes medidas preventivas. Em resultado de um processo de análise e reflexão interna das atividades respetivas as entidades públicas empresárias têm a responsabilidade de elaborar, implementar e apresentar o Plano de Prevenção de Risco de Gestão incluindo os de corrupção e infrações conexas.

As entidades devem igualmente proceder à avaliação da execução desses mesmos planos, com o propósito de induzir as organizações públicas a prevenirem adequadamente riscos de gestão, de corrupção e infrações conexas e situações de corrupção.

Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos.

Em particular sobre a prevenção de riscos de corrupção na contratação pública, o CPC atribui às entidades que celebram contratos públicos, a responsabilidade de reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, de incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada, de garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública através de publicidade em plataformas eletrónicas, de

assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública e reduzir o recurso ao ajuste direto (recomendação de 7 de janeiro de 2015).

Sobre prevenção de conflitos de interesses, o CPC aprovou a Recomendação de 7 de novembro de 2012, nos termos da qual os organismos públicos devem incluir nos seus Planos, mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

Com referência à data, o CPC recomenda ainda a publicação do PPRGCIC no site institucional da Entidade (recomendação nº1 de 7 de abril de 2010).

Neste contexto, procedeu-se à reformulação do plano de gestão de risco de corrupção e infrações conexas para incorporar as sucessivas recomendações do CPC, tendo como referencial a metodologia do CPC, TC e normas de Gestão de Risco reconhecidas internacionalmente, nomeadamente a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission).

Os diversos serviços/responsáveis foram interpelados a identificar e/ou a sistematizar os eventos de risco e controlos implementados e/ou a implementar considerados adequados e necessários para reduzir ou eliminar os riscos identificados nas suas áreas de atuação.

O Plano é o resultado de uma reflexão interna desenvolvida com os responsáveis dos serviços numa perspetiva de melhoria contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional

O PPRGCIC é constituído pelo conjunto das matrizes de risco por processo e atividade, onde os serviços identificam e avaliam os riscos, quanto à probabilidade de ocorrência e impacto da consequência, e se enumeram as medidas de controlo à minimização dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

O presente documento identifica as principais situações potenciadoras de risco de gestão, elencando as medidas preventivas e a metodologia de monitorização.

2. CARATERIZAÇÃO DO CHUP

O CHUP é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criado em 01-10-2007, pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, integrando por fusão o HGSA, o HMP e a MJD.

Em 2018 o Centro Hospitalar do Porto foi reconhecido Centro Académico Clínico passando a denominar-se Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), através do Decreto-lei nº 61/2018 de 3 de agosto.

O Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de março alterou o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Joaquim Urbano. Em 2013, o CHP teve mais um processo de integração – o Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães (Decreto-Lei nº 68/2013 de 17 de maio).

O CHUP integra a Unidade Hospital de Santo António (Edifício Neoclássico, Edifício Dr. Luís de Carvalho, Edifícios das Consultas Externas, o pavilhão laboratorial, o centro de estudos de Imunodepuração, localizado nas instalações do Ex- CICAP e o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório) a Unidade Maternidade Júlio Dinis, a Unidade Hospital Joaquim Urbano, o Serviço de Pedopsiquiatria com instalações no Hospital Magalhães Lemos, o Centro de Genética Médica e o Centro Materno Infantil do Norte (CMIN).

MISSÃO

O Centro Hospitalar Universitário do Porto é um hospital central e universitário, pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto que visa a excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde.

O CHUP tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e, desenvolvimento científico na área da saúde.

VISÃO

Melhor Hospital para cuidar e tratar doentes, melhor local para trabalhar, destacando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão.

VALORES

Saúde dos doentes e qualidade do serviço.

O orgulho e sentimento de pertença.

A excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança.

O respeito pelas pessoas, o trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais.

A responsabilidade, a integridade e a ética.

ARTIBUIÇÕES

O CHUP tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população. O CHUP desenvolve, complementarmente, atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

3. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A administração e fiscalização do CHUP estão estruturadas de acordo os estatutos constantes do ANEXO II com o Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Os órgãos de administração e fiscalização são o Conselho de administração, o Conselho Fiscal e Revisor oficial de Contas (com nomeação em dezembro de 2018) e o Conselho Consultivo.

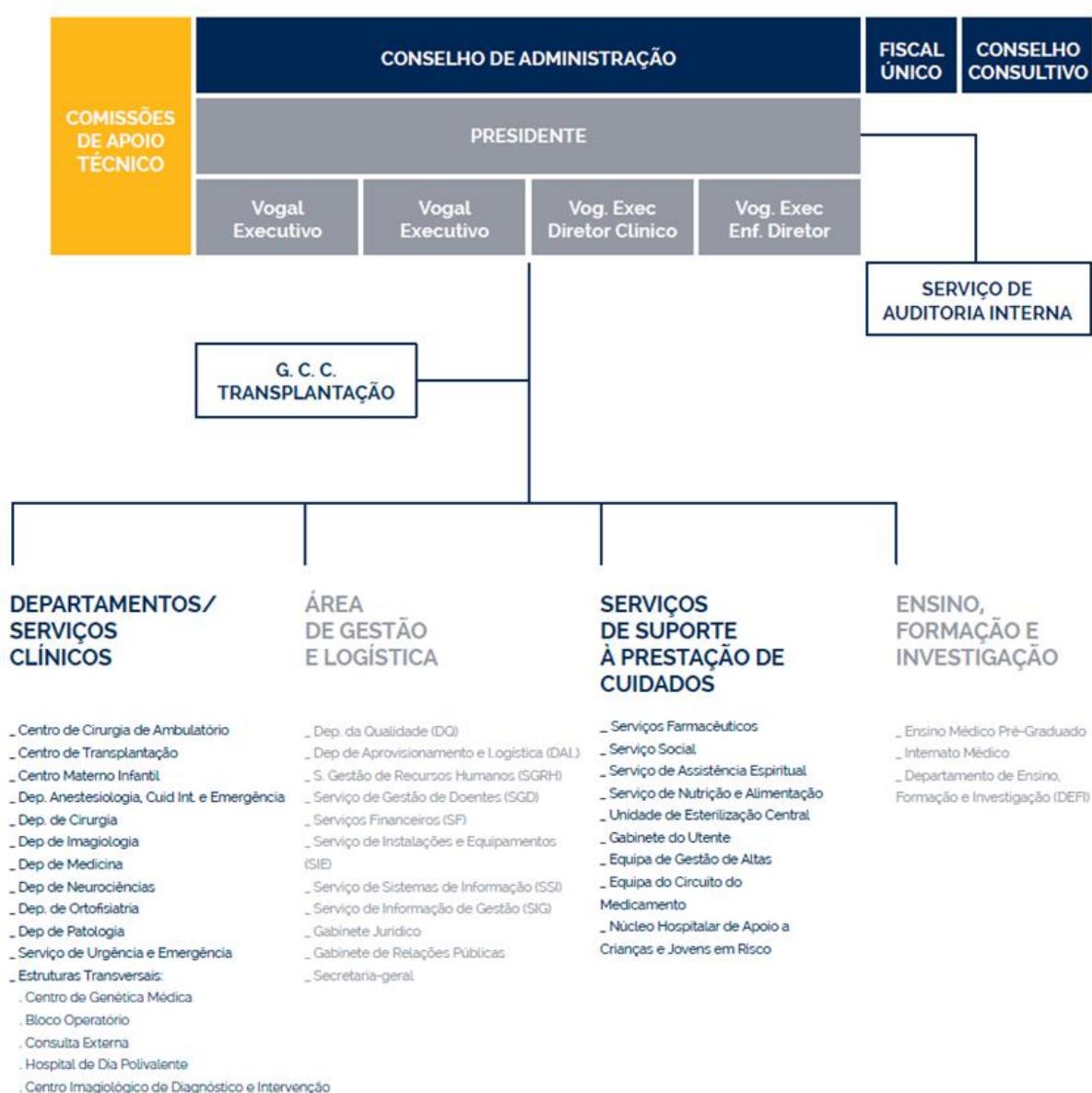
Para além destes, o CHUP dispõe de Comissões de Apoio Técnico, órgãos de carácter consultivo do Conselho de Administração e o Conselho de transplantação.

O CHUP tem Serviço de Auditoria Interna.

É composto por Departamentos e Serviços Clínicos, pela área de Gestão e Logística, pelos Serviços de suporte à prestação de cuidados e pelo Departamento de Ensino, Formação e investigação.

As competências e responsabilidades dos órgãos, comissões, departamentos, serviços, unidades e gabinetes estão definidas e divulgadas nos Estatutos e/ou no Regulamento Interno da Entidade, consoante o caso. Estatutos e Regulamento interno estão divulgados a todos os profissionais através do portal de comunicação interno e no site institucional.

O organograma do CHUP é o seguinte:



As comissões, departamentos, serviços, unidades e gabinetes:

COMISSÕES DE APOIO TÉCNICO

Comissão Médica. Comissão de Enfermagem. Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Saúde. Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Comissão de Ética para a Saúde. Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços. Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Comissão de Coordenação Oncológica. Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais. Comissão Técnica de Certificação da Conformidade da IVG. Comissão de Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos. Comissão de Sistemas de Informação. Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Equipa de Gestão de Camas

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

SERVIÇOS:

- _ Cardiologia
- _ Dermatologia
- _ Doenças Infecciosas
- _ Endocrinologia
- _ Gastroenterologia
- _ Hematologia Clínica
- _ Imunoalergologia
- _ Medicina Interna
 - _ Unidade A
 - _ Unidade B
 - _ Unidade C
- _ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
- _ Nefrologia
- _ Oncologia
- _ Pneumologia
- _ Unidade Multidisciplinar de Imunologia Clínica

DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS

SERVIÇOS:

- _ Neurocirurgia
- _ Neurofisiologia
- _ Neurologia
 - _ Unidade de AVC, articulada com o SCI
 - _ Unidade de Neuropsicologia
- _ Neuroradiologia
- _ Oftalmologia
- _ Otorrinolaringologia
- _ Psiquiatria e Psicologia da Saúde
 - _ Unidade de Ligação
- _ Unidade Corino de Andrade
- _ Unidade de Epilepsia
- _ Unidade de Neuropatologia, articulada com o Serviço de Anatomia Patológica

DEPARTAMENTO DE ORTOFISIATRIA

SERVIÇOS:

- _ Ortopedia
- _ Medicina Física e de Reabilitação

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

SERVIÇOS:

- _ Angiologia e Cirurgia Vascular
- _ Cirurgia Geral
 - _ Unidade 1
 - _ Unidade 2
 - _ Unidade 3
- _ Cirurgia Plástica
- _ Cirurgia Maxilo-facial e Estomatologia
- _ Urologia

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA, CUIDADOS INTENSIVOS E EMERGÊNCIA (DACIE)

SERVIÇOS:

- _ Anestesiologia
 - _ Unidade da Dor
- _ Cuidados Intensivos (SCI)
 - _ Unidade Cuidados Intensivos 1 (UCI1)
 - _ Unidade Cuidados Intensivos 2 (UCI2)
- _ Unidade de Cuidados Intermedios Médico-Cirúrgicos (UCIMC)

DEPARTAMENTO DE IMAGIOLOGIA

SERVIÇOS:

- _ Radiologia
- _ Medicina Nuclear

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

SERVIÇOS:

- _ Anatomia Patológica
- _ Hematologia Laboratorial
- _ Imunologia
- _ Microbiologia
- _ Química Clínica
- _ Laboratório Centralizado - CORELAB

Continuação:

CENTRO MATERNO INFANTIL

1. DEPARTAMENTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (DIA)

SERVIÇOS:

- _ Cardiologia Pediátrica
- _ Cirurgia Pediátrica
- _ Neonatologia e Cuidados Intensivos Pediátricos:
 - . Unidade de Neonatologia
 - . Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos
- _ Nefrologia Pediátrica
- _ Neuropediatria
- _ Pediatria
- _ Gastroenterologia pediátrica
- _ Centro de Desenvolvimento

2. DEPARTAMENTO DA MULHER E DA MEDICINA REPRODUTIVA

SERVIÇOS:

- _ Obstetria
- _ Ginecologia

3. DEPARTAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

SERVIÇOS:

- _ Psiquiatria da Infância

CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO:

PROGRAMAS/SERVIÇOS:

- _ Unidade de Transplantação Hepato-Pancreática (UTHP)
- _ Programa de Colheita de Órgãos e Tecidos
- _ Programa de Transplantação de Córnea
- _ Programa de Transplantação Hepática
- _ Programa de Transplantação Renal
- _ Programa de Transplantação Pancreática

DEPARTAMENTO DA QUALIDADE

SERVIÇOS:

- _ Gabinete de Gestão da Qualidade
- _ Gabinete de Governação Clínica
 - . Comissão de Farmacovigilância
 - . Comissão de Proteção contra Radiações
- _ Gabinete de Higiene e Segurança
- _ Serviço de Saúde Ocupacional e Medicina Familiar

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

SERVIÇOS:

- _ Centro de Ensino e Formação
- _ Gabinete Coordenador da Investigação
- _ Biblioteca
- _ Museu

DEPARTAMENTO DE APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA (DAL)

SERVIÇOS:

- _ Aquisições
- _ Logística
 - . Gestão de Stocks
 - . Business Process Outsourcing

SERVIÇO DE GESTÃO DE DOENTES

- _ Arquivo Clínico
- _ Gabinete de Gestão do Acesso à Informação Clínica
- _ Gabinete de Gestão de Prestações de Saúde
- _ Gabinete de Transportes Não Urgente de Doentes
- _ Serviço Informativo
- _ Arquivo Geral Administrativo
- _ Casa Mortuária

4. GESTÃO DE RISCO

4.1. Conceito de risco e de prevenção do risco de gestão

Pode definir-se risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na consecução dos objetivos de uma organização e/ou unidade organizacional.

A gestão do risco é o processo através do qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às respetivas atividades, com o objetivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada atividade individual e no conjunto de todas as atividades.

A gestão do risco deve ser organizada ao nível dos programas, projetos e atividades principais e ao nível de funções e departamentos e desenvolvida através das etapas próprias do “processo de gestão de risco”.

A análise, o desenvolvimento e o tratamento dos riscos encontrar-se-ão facilitados por uma adequada quantificação dos objetivos. Com esta quantificação poder-se-á avaliar com rigor se os objetivos são ultrapassados, atingidos, parcialmente atingidos, ou porventura não atingidos e, portanto, até que ponto são de forma positiva ou negativa influenciados pela ocorrência do(s) risco(s).

A elaboração de planos de gestão de riscos, a par da existência de manuais de procedimentos, as atividades de controlo, a divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respetivas medidas de minimização, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas constituem alguns dos fatores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infrações conexas em particular.

O Plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas constitui um instrumento para a gestão do risco como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas atividades operacionais e instrumentais.

O Plano obedece aos princípios da integridade institucional, da disciplina, da responsabilidade e da transparência de atos e de decisões, inerentes à otimização dos recursos próprios da boa governação, da ética e da gestão por objetivos.

4.2. Fatores de risco

São vários os fatores que levam a que o desenvolvimento de uma atividade comporte um maior ou menor risco de gestão. De entre esses fatores destacam-se os seguintes:

- Qualidade da governação
- Integridade das operações e dos processos
- Qualidade do sistema de controlo interno
- Motivação do pessoal
- Comunicação

4.3. Funções e responsabilidades

O **Conselho de Administração** é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

As diversas Recomendações do CPC atribuem aos órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros públicos, a obrigação de implementar e manter em funcionamento o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de corrupção e infrações conexas (PPRGIC).

Por outro lado, o regime jurídico do setor empresarial do estado (o nº1 do artigo 46º do Decreto-lei nº133/2013), atribuiu às empresas públicas a obrigação de cumprir a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo elaborar um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos mencionados na alínea a) do nº1 do artigo 2º da Lei nº54/2008, de 4 de setembro.

Dos factos mencionados estão incluídos: a corrupção ativa ou passiva, o tráfico de influências, o peculato, a concussão, o suborno, a participação económica em negócio e o abuso de poder.

Os Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços

- são os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano na parte respetiva às suas áreas de responsabilidade.
- identificam, recolhem e comunicam qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas.
- responsabilizam-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de atuação respetiva.

O Serviço de Auditoria Interna

- apoia os serviços na conceção da gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão.
- monitoriza o PPRGCIC e elabora o respetivo Relatório Anual de Execução.

4.4. Identificação de riscos e medidas de prevenção

4.4.1. Processo de identificação e graduação dos riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas.

O processo de identificação, descrição, estimativa e tratamento do risco de gestão, realizado no CHUP, incorpora as recomendações do CPC e tem como referencial a metodologia do Tribunal de Contas e as normas internacionalmente aceites sobre a Gestão de Risco, nomeadamente: a Norma NP ISO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação; a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO).

A Gestão dos Riscos implica uma atuação disciplinada em várias fases:

- a) Identificação e definição do risco – Nesta fase deve proceder-se ao reconhecimento e à classificação de factos cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de infrações conexas.
- b) Análise do risco – para classificar o risco segundo critérios de probabilidade e de gravidade na ocorrência, estabelecem-se conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;

O nível de risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência, através da qual se determina a graduação do risco.

Crítérios de Classificação do Risco

<u>Consequência</u>	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos	Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão
<u>Probabilidade</u>	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais

- c) Avaliação e Graduação do risco - A cada risco identificado é atribuída uma graduação a partir da avaliação da probabilidade e da gravidade da consequência, divididos por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais.

Cada risco é avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco.

Matriz de risco

Probabilidade	Consequência		
	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Fraco	Fraco	Moderado

4.4.2. Áreas de risco de gestão

No CHUP identificam-se os seguintes processos para a prevenção do risco de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas:

- Ambiente interno
- Gestão de Utentes
- Produção
- Ativos Tangíveis
- Compras
- Existências
- Recursos Humanos
- Meios Financeiros Líquidos
- Rendimentos e contas a receber
- Pagamentos e Contas a pagar

4.4.3. Riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas e medidas de prevenção

Os mapas seguintes identificam por processo as principais situações potenciadoras de risco de gestão, incluindo os de correção e infrações conexas, elencando as medidas preventivas e corretivas para sua mitigação.

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Ambiente Interno	Estrutura organizacional	Imagem e reputação da entidade.	Mecanismos de audição e participação (caixa de sugestões, livro de reclamações). Sistema de Comunicação Interna de Irregularidades. Código de Conduta Ética. Inquéritos/estudos de satisfação. Acessibilidade a informação (sítio institucional na internet, sinalética).
		Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada.	Regulamento interno adequado à estrutura orgânica e em funcionamento. Organograma de acordo com a estrutura organizacional. ☒
		Erros, desvios ou fraude na execução de funções.	Segregação de funções nas diversas áreas ou processos e identificação das responsabilidades. Rotação de funções entre áreas ou processos, com respeito pela segregação de funções. Limitação de mandatos.
		Sistema de controlo interno e de gestão de risco desadequado, desatualizado e/ou inexistente.	Manuais de procedimentos/administrativos e contabilísticos aprovados pelo CA atualizados e divulgados. Função de auditoria interna adequada à dimensão e complexidade da Entidade. Existência das funções de gestão de risco e de compliance.
		Ausência de procedimentos ou regras escritas atualizadas.	Procedimentos formalizados, preferencialmente suportados em manuais de procedimentos, relativamente a todas as áreas, devidamente atualizados, aprovados e divulgados.
		Corrupção, infrações conexas, conflito de interesses, incompatibilidades e impedimentos.	Código de Conduta Ética, PPGRCIC, Sistema de Comunicação de Irregularidades, Declarações de prevenção de conflitos de interesses, Declarações de inexistência de incompatibilidades e impedimentos..
	Organização e sistemas de informação	Ausência de fiabilidade no registo de entrada da informação.	Existência de manuais de utilizador atualizados. Garantir formação adequada e regular.
		Ausência de integração de dados entre aplicações.	Procedimentos instituídos de análise de relatórios de erros de interfaces entre aplicações e o cruzamento de duas fontes de informação distintas.
		Acesso indevido a informação confidencial.	Divulgação do Código de Conduta Ética. Implementação de restrições e definição de perfis de acesso à informação. Declaração de compromisso aquando da contratação de novos colaboradores, com atualização periódica.
	Reporte de informação	Desconformidade e/ou erros na elaboração e/ou reporte de informação.	Informação revista e reportada (prazo) em conformidade com os requisitos ou normas em vigor (ex.: instrumentos previsionais de gestão, documentos de prestação de contas, reportes SICA, etc.).
		Tomada de decisão com base em informação de gestão errada ou não tempestiva.	A existência de prazos para a produção, validação e envio da informação pelos vários responsáveis de área.



Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Gestão de Utentes	Admissão de utentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorrectos ou desactualizados	Rotina de confirmação dos dados de identificação do utente pelos secretariados e correção sempre que aplicável. Confirmação de isenção ativa no Web RNU. Estabelecer níveis de autorização.
	Taxas moderadoras	Isenção ou dispensa indevida ou incorreta de taxas moderadoras (via manual ou informática)	Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou de atribuição de dispensa mediante apresentação de documento comprovativo, garantindo o seu arquivo adequado de forma a poder comprovar a isenção. Controlar a listas de especialidades/situações dispensadas no SONHO.
		Anulação indevida de taxas moderadoras	Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão.
		Perda de receita por não cobrança de taxas moderadoras	Existência e monitorização de procedimento de cobrança de taxas moderadoras e análise da antiguidade da dívida. Conferência diária do total dos recibos emitidos com o total cobrado e contabilizado em caixa/bancos
	Transporte não urgente de utentes	Gestão inadequada do processo de transportes	Regras de atribuição de transporte aos utentes. Regras de definição e gestão de rotas.
		Favorecimento de transportadoras na requisição do transporte	Regras/Procedimento interno para requisição do transporte.

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Ativos Tangíveis	Organização e Controlo	Rastreabilidade dos ativos tangíveis	Movimentos de ativos tangíveis (reafetação ou transferência) entre unidades ou serviços autorizados. Responsabilização e obrigatoriedade de comunicação periódica das alterações ao cadastro.
		Desvio, uso ou apropriação indevida de ativos tangíveis	Inventariação e cadastro de ativos tangíveis atualizado. Organizar a função e o circuito de responsabilidades a uma correta salvaguarda de ativos (incluindo a conservação, uso e localização). Monitorização periódica entre o cadastro e o físico.
		Sistema de suporte à gestão do cadastro de ativos tangíveis desadequado ou desatualizado.	Aplicação informática de gestão de ativos tangíveis adequada e atualizada (registos de aquisição, abate, ajustamentos, transferências e cálculo de amortizações).
		Aquisição de ativos tangíveis e realização de obras não previstas no plano de investimentos.	Plano de investimentos aprovado/fazer depender a decisão de aquisição da Administração (com ou sem Delegação). Todas as aquisições e obras extra plano são fundamentadas e obedecem aos requisitos legais em matéria de realização de investimento.
	Gestão do Ativo	Gestão inadequada de intervenções em ativos (por ex. não existência de evidência efetiva da sua realização)	Celebração de contratos escritos para todos os serviços de intervenção ou reparação. Elaboração de contratos de manutenção com cláusula de atualização da lista de equipamentos. Folha de obra devidamente avaliada e conferida pelo Serviço de Instalações e Equipamentos. Interligação entre o cadastro de manutenção por equipamento com o cadastro do ativo. Indicadores de manutenção e reparação (Taxa de reparação por equipamento, etc.)
			Processos de abate elaborados de acordo com disposições legais. Procedimentos internos de regulamentação do abate.
			Inventariação de equipamentos oferecidos/doados. Processos de cedência elaborados de acordo com disposições legais. Procedimentos internos de regulamentação das cedências.
			Proceder a inspeções periódicas aos espaços, por forma a detetar atempadamente eventuais situações de degradação. Ocupação de espaços devidamente autorizadas pelo órgão competente do CHUP.
	Inventário e cadastro de bens móveis e imóveis	Abate indevido de bens e/ou processos não devidamente instruídos	Cadernetas Prediais e Certidões da Conservatória do Registo Predial atualizadas.
		Ofertas de equipamentos não registadas	Contratos de Seguros multiriscos.
		Bens destinados a alienação, doação ou outro tipo de cedência, sem processo devidamente instruído	Planos de segurança contra incêndio, existência de medidas de autoproteção
		Mau uso, estado de degradação e segurança dos imóveis	Registos de inventário e cadastro (incluindo depreciações), de acordo com o normativo contabilístico.
	Valorimetria e Contabilização	Salvaguarda da propriedade.	Acompanhamento de obras em curso (autos de medição vs faturas).
		Incêndio e inundações.	Comunicação do fim da obra (auto de receção) à contabilidade.
		Ativos tangíveis não corretamente valorizados	Reconhecimento dos ativos adquiridos através de locação de acordo com o normativo contabilístico.
		Autos de medição sem correspondência com o grau de acabamento	Atribuição de vida útil adicional do ativo de acordo com os critérios económicos associados ao mesmo.
		Inexistência de reclassificação das obras em curso para ativo tangível	
		Ativos tangíveis relativos a contratos de locação (operacional ou financeira) reconhecidos como gastos.	
		Atribuição incorreta da vida útil das grandes reparações de instalações e equipamentos.	

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Produção	Gestão da produção	Incumprimento e ou limitação do acesso dos doentes aos cuidados de saúde (ex: LEC, LIC, Urgência)	Monitorização mensal da LIC e LEC (interna e externa), dos tempos médios de espera; Verificação das listas de doentes consultados ou operados fora TMRG e da adequação da classificação de prioridade; Avisos SIGLIC para não conformidades, acompanhamento da atividade contratualizada
		Ineficiente gestão da capacidade de produção instalada e encaminhamento de utentes para outras unidades.	Garantir a monitorização de caráter mensal da capacidade instalada vs produção realizada. Contratualização interna de produção.
		Atos assistenciais prestados a doentes encaminhados por outros hospitais a pedido ou com protocolo, sem o respetivo termo de responsabilidade	Garantir que se proceda ao registo, no momento da marcação do ato, da indicação da entidade terceira responsável, não impossibilitando a sua faturação, nem a livre circulação e acesso
		Perda de financiamento por incumprimento dos objetivos do Contrato-Programa	Contratualização interna de objetivos e produção do CP. Monitorização periódica do cumprimento da contratualização interna de objetivos e produção do CP.
		Recurso excessivo ou injustificado a meios complementares de diagnósticos realizados no exterior	Definição do circuito de pedidos de MCDT ao exterior, com perfis de prescrição, validação e autorização, assegurando a restrição dos pedidos a fornecedores contratados
	Produção	Produção incorretamente registada ou não registada na totalidade e em tempo útil, incluindo atos registados não produzidos.	Validação de registos de produção e instituição de procedimentos de controlo e/ou ações corretivas bem como, o cruzamento de duas fontes de informação distintas. Garantir que a produção é objeto do adequado registo em tempo útil, por forma a não haver atrasos na faturação e outros constrangimentos que possam resultar de informação desatualizada.
		Produção não codificada.	Emissão de Nota de alta de internamento e codificação de toda a produção em tempo útil e auditada por pessoa competente. Desenvolvimento do aplicativo de codificação e gestão de codificação.
		Estimativas de produção desajustadas e não devidamente relevadas na contabilidade.	Sistema de apuramento da produção faturável a suportar as estimativas mensais para os acréscimos de proveitos. Produção mensal registada no SICA é refletida na conta de proveitos e sua especialização.
		Produção adicional realizada no período de trabalho normal.	Regras internas para a realização da produção adicional. 



Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Compras de bens e serviços	Dados Mestre	Dados mestre de fornecedores em falta, incorrectos, desactualizados e/ou sem informação qualitativa.	Atualização regular dos dados mestre dos fornecedores. Avaliação de fornecedores.
	Planeamento	Processo de planeamento de compras inadequado.	Identificação global das necessidades de compras. Plano anual de compras. Comissão de normalização de compras.
	Compra	Ineficiente gestão do processo de compra.	Manual de compras e procedimentos de compra de acordo com CCP. Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades do hospital e ao melhor preço (eficiência da compra). Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores.
		Compras realizadas sem autorização	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras. Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado.
		Elevada dependência de um determinado fornecedor	Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores.
		Rotura/falta no fornecimento pelo fornecedor	Base de dados de fornecedores inclui pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo.
		Elevado recurso a ajuste direto	Processo de planeamento de compras Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra. Pre-definição dos limites de compras por fornecedor na aplicação.
		Falta de transparência e independência no procedimento de compra	Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra. Rotatividade na constituição dos elementos do júri. Existência de declaração de conflito de interesses e incompatibilidades.
		Repartição intencional do valor global do processo de compra	Mecanismos de controlo para evitar a repartição do valor global do processo de compra, com base no valor histórico
		Insuficiência de informação na elaboração de cadernos encargos	Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise.
	Gestão de contratos	Contratos sem salvaguarda dos interesses institucionais	Inclusão nos contratos de cláusulas de salvaguarda da instituição (ex: penalizações).
		Modificações/alterações contratuais não conhecidas por todos intervenientes no processo de compra	Nomear gestor do contrato. Círculo de comunicação entre todos os intervenientes relativamente a modificações/alterações contratuais ocorridas.
		Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	Mecanismos de controlo das várias fases da execução do contrato com contributo de intervenientes no processo. Assegurar que no termo dos contratos, estes não são automaticamente renováveis sem qualquer consulta ao mercado.
		Inexistência de formalização de contratos de acordo com o CCP	Instituir a obrigatoriedade de celebração formal de contratos de acordo com o CCP, com inclusão de penalidades



Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Existências	Receção	Bens a rececionar não correspondem ao encomendado e/ou receção de bens não conformes	Verificação física da mercadoria em termos quantitativos e qualitativos e confronto com a nota de encomenda e guia de remessa Procedimento de reclamação e devolução a fornecedores (acompanhadas das guias de devolução) de bens não conformes.
		Falta de registo atempado de entrada de existências no sistema informático	Instituir procedimento de registo on-line (leitura ótica) dos bens rececionados. Registos de entrada no momento efetivo da receção (inclui devoluções). Instituir formação com carácter regular.
		Falta de registo dos produtos diretamente entregues nos serviços	Centralizar a receção e registo de produtos. Garantir o controlo sobre as entregas excecionalmente feitas nos serviços.
	Armazenamento	Deteriorização de existências em armazém	Dotar as instalações físicas de condições adequadas, de modo a proporcionar o acondicionamento com qualidade dos produtos/bens, bem como, condições de higiene e limpeza.
		Desvios ou apropriação indevida de bens.	Implementar regras e códigos de acesso aos armazéns e sistema de vigilância.
		Erros em existências.	Inventário de existências (contagens e análise de diferenças).
	Distribuição	Falta ou registo incorreto da saída das existências	Registos de saída no momento efetivo de consumo.
		Inexistência de controlo adequado desde a receção até ao consumo, dos medicamentos	Informatização e procedimentos de monitorização do Circuito do medicamento.
		Fornecimento de medicamentos de cedência gratuita em ambulatório não autorizado internamente	Instituir procedimento de autorização interno (CFT e CA) para a cedência gratuita de medicamentos em ambulatório sem suporte legal.
	Gestão de Stocks	Existências fora de prazo	Alertas no sistema de gestão de stocks de aproximação do prazo de validade. Procedimentos associados à gestão de stocks (arrumação, verificação, distribuição)
		Existências nos serviços não controladas, incluindo bens consignados	Consumo por doente. Armazéns avançados. Contagens regulares.
		Rotura, rotação reduzida, ou excesso de stocks	Análise de rotação de stocks. Definir e rever regularmente o "ponto de encomenda".
		Ajustamentos/regularizações não autorizados, devidamente justificados e documentados.	Autorização prévia de ajustamentos/regularizações pelo órgão de gestão. Registo de quebras e sobras devidamente suportado, incluindo comunicação ao INFARMED sempre que aplicável.
	Valorização de existências	Inadequada valorização das existências	Rappel e notas de crédito devem afetar o custo médio dos stocks das existências e não diretamente os consumos.
		Inadequado/inexistência de provisões/imparidades para depreciação de existências	Identificação e contabilização adequada de provisões para depreciação de existências.
		Inadequado/inexistência de registo contabilístico de ofertas e amostras	Registo de ofertas e amostras, de forma a afetar o custo médio.

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Recursos Humanos	Recrutamento	Favorecimento do candidato; Corrupção passiva para ato ilícito; Tráfico de influência; Quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade	Nomeação de júris diferenciados para concursos/ Colegialidade na tomada de decisão/ Divulgação de ofertas de emprego/Garantia de que as atas dos critérios de seleção são definidas em momento anterior à divulgação da oferta de emprego. Existência de estrutura de validações hierárquicas. Formalização de regras de recrutamento e seleção; Implementação de procedimentos de recrutamento e seleção e de contratação. Código de Conduta Ética.
		Conflito de interesses.	Declaração de interesses nos juris de concurso.
		Contratos irregulares, com erros ou lacunas	Revisão do contrato por pessoa diferente da que o elaborou. Apoio pelo Gabinete/Serviço Jurídico (incluindo na elaboração da minuta)
	Cadastro	Cadastro de pessoal desatualizado e/ou incompleto	Check-list de controlo sobre os documentos dos processos individuais. Pedido de atualização anual de dados aos colaboradores.
		Violação de sigilo	Acesso a processos individuais exclusivo a pessoas autorizadas. Arquivo digital protegido e objeto de backups regulares. Código de Ética do CHUP (dever de sigilo).
	Exercício de atividades em acumulação de funções	Acumulação de funções sem prévia autorização / Incompatibilidades.	Ampla divulgação do regime de acumulações / Obtenção de declaração do colaborador sobre acumulações de funções / Submissão dos pedidos à autorização do Conselho de Administração
	Processamento de remunerações	Risco de irregularidades / Falhas no processamento de vencimentos e abonos dos colaboradores	Auditoria aleatória de vencimentos / Conferência pré-processamento dos vencimentos.
		Ajudas de custo ou despesas de transporte de valor errado ou irregulares.	Conferência do processamento.
		Processamento de vencimentos após o termo da relação jurídica de trabalho (reforma ou cessação de contrato).	Revisão mensal das cessações de trabalho. Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídica de trabalho.
	Assiduidade/absentismo	Horários não aprovados e/ou desatualizados.	Revisão de horários.
		Integração automática de dados da aplicação de Registo biométrico e controlo de assiduidade na aplicação de processamento de vencimentos (RHV) sem validação de horários.	Conferência de relatórios de assiduidade.
		Erros na exportação de informação do SISQUAL para o RHV.	Ações de sensibilização para a relevância da validação dos horários por parte dos gestores de escala.
	Avaliação de desempenho	Não contratualização dos objetivos com os colaboradores.	Análise da listagem de erros de integração. Realizar ações de formação com os avaliados e garantir o acesso ao GEADAP/ Medidas para garantir a definição de objetivos

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Meios Financeiros Líquidos	Gestão de contas e tesouraria	Desvio de valores	Definição de regras de acesso ao cofre.
			Contagem de caixa e confronto com folha de caixa e saldo contabilístico.
		Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	Cobranças depositadas integralmente e diariamente, incluindo taxas moderadoras.
		Erros e/ou divergência em registos bancários e/ou contabilísticos.	Conciliações e reconciliações bancárias mensais.
		Utilização indevida de Fundo(s) de maneiio	Instituir procedimento de atribuição de fundo de maneiio.
			Procedimento de utilização de fundo de maneiio.
			Controlo na reposição mensal do fundo de maneiio.
			Conferência das despesas efetuadas através do fundo de maneiio no ato da reposição.



Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Rendimentos e contas a receber	Gestão de recebimentos /clientes	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou valores incorretos	Assegurar que se procede à identificação da natureza da produção vs classificação contabilística. Cruzamento da produção realizada com os episódios faturados. Especialização da produção e imputação ao período a que respeita. Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores. Circularização trimestral de clientes e outros devedores, confronto com os registos contabilísticos e justificação e tratamento das diferenças detetadas.
		Cobranças não efetuadas atempadamente e/ou com prazos de cobrança ultrapassados.	Supervisão das operações relativas ao sistema de liquidação e cobrança. Implementação de rotinas que evitem que se ultrapassem os prazos para cobrabilidade da atividade realizada
		Alterações e ou anulações a saldos de clientes não aprovados.	Perfis de autorização para reclassificações e/ou ajustamentos de saldos de clientes.
		Imparidades/Provisões não identificadas e/ou não registadas.	Implementar procedimento de avaliação trimestral de saldos de contas a receber Definição de critério de identificação e cálculo de imparidades (ótica económica).
	Faturação	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente ou não faturados oportunamente	Assegurar a implementação de procedimentos de obtenção automática (query), de informação que identifique os erros limitativos à faturação
		Faturação sem a execução do respetivo ato / serviço	Garantir que é feito o cruzamento de fontes de informação distintas, de modo a assegurar que toda a faturação respeita a produção efetivamente realizada
		Incorreta ou inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Estabelecer a obrigatoriedade de se proceder a confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU, no momento de admissão. Na impossibilidade de identificação, recorrer a outras entidades do SNS, de modo a validar a totalidade da informação do doente.
		Falta de tempestividade da validação da faturação pela ACSS.	Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS, para a devida monitorização.

Áreas	Processos	Riscos	Medidas de prevenção
Pagamentos e Contas a pagar	Gestão de pagamentos /fornecedores	Gastos mal classificados, não reconhecidos, registados em períodos e/ou valores incorretos	Assegurar que se procede à identificação da natureza do gasto vs classificação contabilística. Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores. Circularização anual de fornecedores e outros credores.
		Alterações e ou anulações a saldos de fornecedores não aprovados	Perfis de autorização para reclassificações e/ou ajustamentos de saldos de fornecedores e outros credores.
		Pagamentos não registados ou não contabilizados corretamente.	Análise mensal de saldos das contas de terceiros. Circularização de saldos.
		Pagamento indevidos (bens, serviços ou empreitadas não prestados ou fornecidos)	Definição dos procedimentos de conferência de faturas (de valores e aquisição do bem ou serviço), atribuição de competência e responsabilidades. Garantir que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas.
		Pagamentos em atraso.	Controlo da antiguidade de saldos. Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento. Cumprimento da legislação em vigor.
		Incumprimento da Lei dos compromissos	A assunção de despesas deverá ser acompanhada de compromisso. Garantir a sequência numérica dos números de compromisso.

5. ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO

O presente plano é um instrumento de gestão dinâmico e como tal deve ser acompanhado na sua implementação e atualizado sempre que se identifiquem novos fatores de risco.

O acompanhamento anual do plano deve basear-se na análise das respostas dos Departamentos e Serviços envolvidos aos formulários e ações específicas levadas a cabo pelo SAI.

O processo de acompanhamento tem o objetivo de avaliar e promover a implementação dos mecanismos de controlo adequados para as atividades do CHUP.

Adicionalmente à periodicidade das revisões e atualizações referidas anteriormente, os Diretores e outros responsáveis devem informar sempre que surjam riscos novos ou elevados a gerir.

O processo de revisão e atualização do plano está definido e sistematizado nas funções e responsabilidades.

O SAI elabora o Relatório Anual de Execução do Plano e recomenda a atualização do plano sempre que tal se revele necessário, tendo em consideração as revisões e validações comunicadas.

Data de aprovação pelo CA: 27-02-2019