

CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
**SANTAMARIA**



Hospital  
PulidoValente

# **Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**

## **CHULN, E.P.E**



2022



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

<b>1. Enquadramento</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Caracterização Geral do CHULN</b> .....	<b>4</b>
2.1. Apresentação .....	4
2.2. Missão, Objetivos e Políticas.....	4
2.3. Órgãos Sociais .....	6
2.4. Estrutura Organizacional.....	7
2.5. Regulamentação Interna e Externa .....	9
<b>3. Identificação dos Riscos</b> .....	<b>9</b>
3.1. Valores éticos e de integridade .....	9
3.2. Conceito de Corrupção e definição do Nível de Risco .....	10
3.3. Nova legislação aplicável .....	10
3.4. Identificação dos potenciais Riscos de Corrupção e Infrações Conexas .....	11
3.5. Implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos no CHULN.....	11
3.5.1. Categorização dos riscos .....	11
3.5.2. Identificação das medidas preventivas .....	11
3.5.3. Nova Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas .....	11
<b>4. Acompanhamento, atualização e divulgação</b> .....	<b>23</b>
<b>5. ANEXOS</b> .....	<b>25</b>

## 1. Enquadramento

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

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

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

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

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

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

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

## **2. Caracterização Geral do CHULN**

### **2.1. Apresentação**

O CHLN foi criado em 1 de março de 2008, através do Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro, por fusão do Hospital de Santa Maria, EPE, com o Hospital Pulido Valente, EPE, ambos Hospitais Centrais. Em 3 de Agosto de 2018, com a publicação do Decreto-lei nº61/2018 o Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE altera a sua designação para Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE.

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

### **2.2. Missão, Objetivos e Políticas**

#### **Missão**

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

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

#### **Objetivos**

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

São objetivos do CHULN:

- Prestação da sua atividade centrada no primado do doente;
- Qualidade e humanização dos cuidados prestados;

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

## **Políticas**

Para assegurar os objetivos estratégicos definidos, o CHULN concretiza um conjunto de programas e ações, que decorrem do seu plano estratégico (2019/2021). O plano estratégico do CHULN explicita os princípios orientadores da sua atuação, os quais consubstanciam uma política de compromisso do hospital na convergência para melhores padrões de eficiência na prestação de cuidados clínicos com projetos desde a melhoria da gestão de processos de internamento, ambulatorização e integração de cuidados, acessibilidade aos cuidados cirúrgicos e à consulta externa, de qualidade de atendimento com projetos dirigidos para acreditação (ACSA) e certificação dos serviços (SINAS) e de equilíbrio económico-financeiro.

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

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

## 2.3. Órgãos Sociais

### Conselho de Administração

Por Resolução do Conselho de Ministros nº82/2019, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, foi nomeado com efeitos a 25 de maio de 2019, o Conselho de Administração do CHULN para um mandato de três anos, renovável até ao máximo de três renovações consecutivas:

Presidente – Joaquim Daniel Lopes Ferro  
Vogal – Maria de Lourdes Caixaria Bastos  
Vogal – Pedro de Andrade Pais Pinto dos Reis  
Diretor Clínico – Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro  
Enfermeira Diretora – Ana Paula Dias Costa Fernandes

### Conselho Fiscal

O Conselho Fiscal foi designado por Despacho dos Secretários de Estado o Tesouro e da Saúde, de 29 de Novembro de 2017, para um mandato de três anos renovável por uma única vez:

Presidente – José Maria Monteiro de Azevedo Rodrigues  
Vogal – Paulo Guilherme Fernandes Lajoso  
Vogal – Carla Sofia Reis Santos  
Vogal Suplente – Maria Teresa Vasconcelos Abreu Flor Morais

### Revisor Oficial de Contas

Pelo Despacho conjunto dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, datado de 6 de Novembro de 2018, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal e para o acompanhar no seu mandato, é nomeado o Revisor Oficial de Contas, para um mandato de três anos, renovável uma única vez:

João Cipriano & Associado, SROC, Lda.  
NIPC 503342742  
Inscrita na OROC com o nº119,  
Inscrita na CMVM com o nº 20161438

Representada por:  
João Amaro Santos Cipriano ROC nº 631

## 2.4. Estrutura Organizacional

O CHULN organiza-se em três áreas de atividade:

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

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

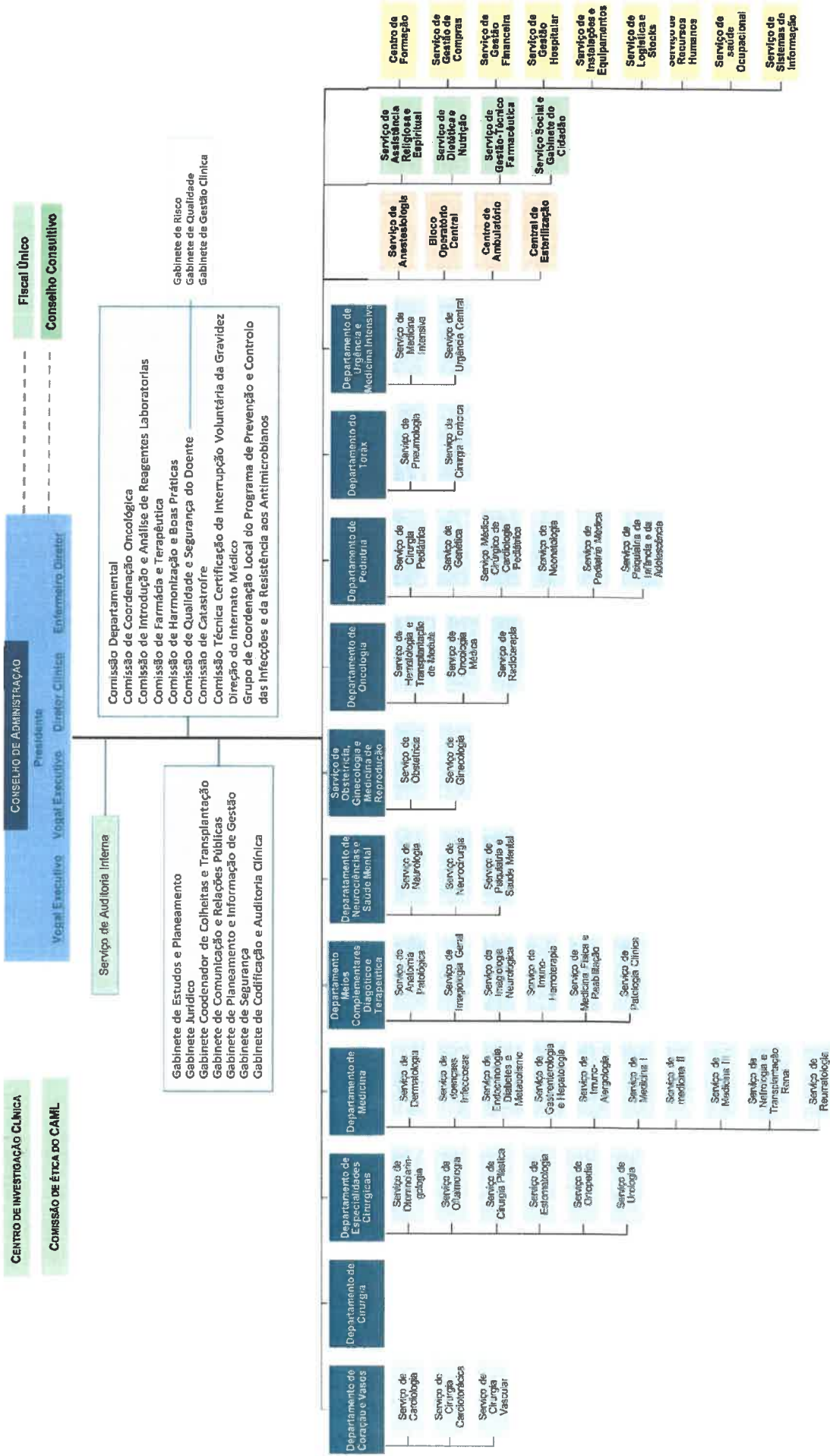
Os serviços, enquanto unidades próprias e específicas de funcionamento autónomo, poderão ser agrupados em departamentos, sempre que tal se revele adequado. As unidades funcionais, enquanto organizações específicas de recursos humanos e tecnológicos, integram-se nos serviços ou atuam de modo autónomo,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

Na área de suporte à prestação de cuidados, são constituídos serviços ou, quando de reduzida dimensão, unidades autónomas, com funções de suporte dos serviços de ação médica. Os serviços e unidades autónomas são dirigidos respetivamente por um Diretor de Serviço ou Coordenador, ambos responsáveis perante o Conselho de Administração.

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

# Organograma CHLN 2016

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



## **2.5. Regulamentação Interna e Externa**

O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criado pelo Decreto-lei nº23/2008 de 8 de Fevereiro. O Decreto-lei nº244/2012 de 9 de Novembro procedeu à modificação do regime jurídico e dos estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro. Esta alteração legislativa pretende, entre outras medidas, o reforço dos mecanismos de controlo interno dos hospitais EPE, através da internalização das atividades de auditoria interna na própria estrutura orgânica dos estabelecimentos. O Decreto-lei nº18/2017 de 10 de Fevereiro concentra num único diploma o regime jurídico das entidades que integram o SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprova as especificidades estatutárias daquelas entidades.

O Regulamento Interno foi aprovado pelo Conselho de Administração em 30 de Dezembro de 2008 e homologado pelo SEAS em 23 Setembro de 2009. A alteração introduzida ao artigo 38º foi aprovada pelo Conselho de Administração em 29 de Janeiro de 2015 e homologada pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT em 30 de Janeiro de 2015.

## **3. Identificação dos Riscos**

### **3.1. Valores éticos e de integridade**

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

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

No desempenho das suas funções, os colaboradores do CHULN, devem pautar a sua conduta por princípios de competência, integridade, independência, isenção e equidade, atuando sempre com respeito pelos valores nucleares do Centro Hospitalar, legislação aplicável e respetivos códigos de conduta, deontológicos e éticos.

### 3.2. Conceito de Corrupção e definição do Nível de Risco

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

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

O Risco pode ser definido como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência que poderá comprometer a realização dos objetivos de uma entidade ou unidade organizacional. Na definição do Nível de Risco (*NR*), o presente Plano toma como referência o guião do CPC, o qual estabelece que os riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco, que mede a probabilidade (*P*) do mesmo ocorrer (elevada, média ou baixa) bem como o seu impacto (*I*) previsível (elevado, médio ou baixo), de acordo com a fórmula  $NR = P \times I$ .

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

### 3.3. Nova legislação aplicável

#### **Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024**

Em 18 de março de 2021, na sequência de um longo período de reflexão e de extensa audição pública, envolvendo a academia, as magistraturas, profissionais do direito e de outros ramos do saber, o Governo aprovou a versão final da **Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024**, nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril.

A Estratégia, perspetivando com o mesmo grau de importância e necessidade, a prevenção, a deteção e a repressão da corrupção, erige sete prioridades:

- i) Melhorar o conhecimento, a formação e as práticas institucionais em matéria de transparência e integridade;
- ii) Prevenir e detetar os riscos de corrupção na ação pública;
- iii) Comprometer o setor privado na prevenção, deteção e repressão da corrupção;
- iv) Reforçar a articulação entre instituições públicas e privadas;
- v) Garantir uma aplicação mais eficaz e uniforme dos mecanismos legais em matéria de repressão da corrupção, melhorar o tempo de resposta do sistema judicial e assegurar a adequação e efetividade da punição;
- vi) Produzir e divulgar periodicamente informação fiável sobre o fenómeno da corrupção;
- vii) Cooperar no plano internacional no combate à corrupção.

#### **Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro**

O presente decreto-lei:

- a) Cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), entidade administrativa independente, com personalidade jurídica de direito público e poderes de autoridade, dotada de autonomia administrativa e financeira, que desenvolve atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas;
- b) Aprova o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC), em anexo ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante;
- c) Procede à terceira alteração ao [Decreto-Lei n.º 276/2007](#), de 31 de julho, alterado pelo [Decreto-Lei n.º 32/2012](#), de 13 de fevereiro, e pela [Lei n.º 114/2017](#), de 29 de dezembro, que aprova o regime jurídico da atividade de inspeção da administração direta e indireta do Estado.

### **3.4. Identificação dos potenciais Riscos de Corrupção e Infrações Conexas**

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

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

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

Até ao final de 2021, a metodologia utilizada no levantamento das áreas e processos críticos resultou da perceção consolidada em entrevistas aos responsáveis de cada serviço, tendo sido utilizado como referencial o questionário sobre avaliação da gestão de riscos elaborado pelo CPC.

Tal classificação sobre riscos de corrupção e infrações conexas assentava na probabilidade de ocorrência, em abstrato, de situações passíveis de serem consideradas infrações associadas à corrupção, dada a natureza das atividades envolvidas, e não na deteção, passada ou presente, de casos passíveis de serem qualificados como de corrupção ou infração conexa. Tratava-se portanto de uma avaliação apenas qualitativa e baseada na perceção dos responsáveis dos Serviços.

Com base nisso, o Serviço de Auditoria Interna (SAI) desenvolveu um novo modelo de avaliação que englobasse a vertente qualitativa e quantitativa, baseado em evidências e apoiado na metodologia de auditoria contínua, capaz de dar resposta às atualizações na legislação aplicável (Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro - criação do Mecanismo Nacional Anticorrupção - MENAC e estabelecimento do regime geral de prevenção da corrupção) e às orientações definidas na Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.

Tal modelo será iniciado já a partir do ano de 2022.

### **3.5. Implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos no CHULN**

A implementação do novo modelo de Gestão dos Riscos foi realizada a partir de uma adaptação de um método desenvolvido por um Administrador Hospitalar de referência na temática (Dr. Mário Bernardino), e com o desenvolvimento de indicadores específicos correlacionados com os riscos e com as medidas preventivas, por parte do SAI.

Os indicadores foram definidos de forma a permitir a aplicação das medições a todos os Serviços do CHULN, sendo que na primeira fase, que decorrerá durante este ano de 2022, serão inicialmente abrangidos os Serviços de Apoio do Centro Hospitalar – Gestão Financeira, Gestão Hospitalar, Gestão de Compras, Recursos Humanos, Gestão Técnico-Farmacêutica, Instalações e Equipamentos, Sistemas de Informação, Unidade de Gestão Hoteleira, Unidade de Logística e Stocks.

Depois da definição dos indicadores e da sua correlação com os riscos, foi realizada a devida adaptação com as medidas preventivas, chegando assim à nossa Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Apoiado na metodologia de auditoria contínua do SAI, foi definida uma avaliação dos riscos trimestral, suportada pela criação de guiões de monitorização, inseridos num Sistema de Gestão da Qualidade e no novo *site* desenvolvido pelo Serviço (*siteSAI*), permitindo garantir uma homogeneidade de toda a informação documentada.

A seleção deste novo modelo deveu-se à simplicidade da estruturação da sua matriz, capaz de englobar os riscos de gestão (RG), os riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e os conflitos de interesses (CI), e relacionando-os com as medidas preventivas a adotar – Medidas de Gestão (MG), Medidas de Controlo (MC) e Medidas Defensivas (MD).

Para além disso, foi decisivo o facto de ser uma matriz única e capaz de se relacionar com todas as áreas de atividade de um Centro Hospitalar, por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção.

#### **3.5.1. Categorização dos riscos**

Assim, na matriz que segue foram identificados os riscos de gestão (RG), os riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e os conflitos de interesses (CI) relacionados com todas as áreas de atividade.

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 - Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.
RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam resultar no incumprimento de legislação ambiental, insatisfação de utilizadores e <i>stakeholders</i> , nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.
RG 9 - Reputação e imagem	Risco de degradação da imagem, notoriedade e credibilidade da instituição por via direta ou indireta, ainda que as causas não se encontram totalmente sob a responsabilidade ou não podem ser geridas pelo Serviço.

RG 10 - Capacidade instalada	Risco da estrutura operacional, incluindo meios humanos e materiais, estar desajustada face às necessidades dos utentes, resultando em custos acrescidos por excesso de capacidade, ou perdas financeiras por incapacidade de resposta.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Risco de ocorrência de eventos de segurança devido a inadequadas medidas preventivas face a acidentes, eventos ambientais (v.g. inundações, incêndios), acessos indevidos ou incumprimento de normas e procedimentos, podendo resultar em danos materiais.
RG 12 - Segurança de pessoas	Risco de ocorrência de acidentes com colaboradores ou terceiros, ou das condições e ambiente de trabalho, serem prejudiciais à saúde das pessoas.
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Risco de inexistência de Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Risco de subaproveitamento da capacidade instalada e de incorreta gestão dos recursos bem como falta de controlo interno, que possam conduzir a faturação indevida ou excessiva com contratação de serviços externos e outros.

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.

Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de Janeiro, da Lei nº 35/2014, de 20 junho, da Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, ou outra aplicável.
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	Exercício de atividades que comprometam o correto e imparcial acompanhamento dos contratos. Irregularidades no que concerne à fiscalização e conferência, por ter interesses pessoais.
CI 3 - Uso abusivo de posição	Uso abusivo de posição, bem como recursos públicos, acesso a informação e conhecimento, bem como de influência em procedimentos de contratação pública, em benefício próprio, que comprometam o dever de isenção.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Falta de comunicação de benefícios junto do INFARMED, em cumprimento do Despacho do SES n.º 12284/2014, de 6 de outubro.

### 3.5.2. Identificação das medidas preventivas

Neste capítulo identificam-se as medidas preventivas a adotar – Medidas de Gestão (MG), Medidas de Controlo (MC) e Medidas Defensivas (MD) – com vista a prevenir a ocorrência dos riscos identificados.

Medidas de Gestão	
<i>Respeitam, no essencial, à organização, supervisão, direção, e orientação do trabalho, dependendo, de um modo geral, de instruções superiores.</i>	
MG - 1	Segregação de funções.
MG - 2	Sujeição do processo à apreciação prévia preparatória da decisão final.
MG - 3	Acompanhamento e supervisão adequados.
MG - 4	Mecanismos restritivos de acesso e acompanhamento dos processos.
MG - 5	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.
MG - 6	Mecanismos de identificação de elementos de prova ou diligências instrutórias.
MG - 7	Adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos.
MG - 8	Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica.
MG - 9	Adequação das necessidades de formação.

MG - 10	Motivação individual e dos grupos de trabalho.
MG - 11	Verificação regular do cumprimento das regras relativas ao manuseamento e arquivo de documentos.
MG - 12	Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos
MG - 13	Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.

### Medidas de Controlo

*Servem para fiscalizar os procedimentos e atuações. Respeitam a toda a instituição pelo que são aplicáveis a todas as unidades orgânicas.*

MC - 1	Criação de um registo obrigatório de todas as propostas de procedimento ou decisão recusadas.
MC - 2	Criação de um registo de declaração de interesses.
MC - 3	Realização periódica de auditorias ou Inquéritos de opinião.

### Medidas Defensivas

*Permitem escudar a atuação dos trabalhadores. Devem ser da sua responsabilidade e iniciativa uma vez que os trabalhadores são os primeiros interessados em manter as suas atividades profissionais acima de qualquer suspeita.*

MD - 1	Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior.
MD - 2	Registo obrigatório de declarações de interesses e monitorização da comunicação às entidades competentes.
MD - 3	Recusa de quaisquer prendas, compensações ou favores.
MD - 4	Atendimento ao público em condições adequadas de exposição e segurança.

### 3.5.3. Nova Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Depois da definição dos indicadores e da sua correlação com os riscos, foi realizada a devida adaptação com as medidas preventivas, chegando assim à nossa Matriz dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Risco	Indicadores	Medidas Preventivas
RG 1 - Não segregação de funções	Nº de ocorrências relativas a conflitos de interesse e incompatibilidades de funções (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-1: Segregação de funções.
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Nº de ocorrências relativas a usurpação de funções (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-2: Sujeição do processo à apreciação prévia preparatória da decisão final; MD-1: Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior.
RG 3 - Financiamento	Nº de situações em que o financiamento previsto nos Cadernos de Encargos é ultrapassado (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados.
RG 4 - Conformidade	Nº de ocorrências relativas a incumprimento de normas, procedimentos e legislação aplicável (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-5: Mecanismos de controlo de tratamento dos processos; MG-6: Mecanismos de identificação de elementos de prova ou diligências instrutórias; MG-11: Verificação regular do cumprimento das regras relativas ao manuseamento e arquivo de documentos.
RG 5 - Segurança da Informação	Nº de ocorrências relativas a incumprimento do RGPD (P) e	MG-4: Mecanismos restritivos de acesso e acompanhamento dos processos.

	respetivo valor de perda para a instituição (I).	
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Nº (P) e taxa de resolução (I) de <i>tickets</i> submetidos na aplicação <i>HelpDesk SSI</i> .	MG-7: Adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos; MG-8: Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; MG-9: Adequação das necessidades de formação; MG-10: Motivação individual e dos grupos de trabalho; MG-12: Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos.
RG 7 - Ambiental	Nº de ocorrências relacionadas com efeitos ambientais adversos (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-9: Adequação das necessidades de formação.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Percentagem de colaboradores que executam procedimento específico, sem substituto de funções (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-7: Adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos; MG-8: Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; MG-9: Adequação das necessidades de formação; MG-10: Motivação individual e dos grupos de trabalho; MG-12: Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos.
RG 9 - Reputação e Imagem	Nº de ocorrências com participação do Serviço, que colocaram em causa a reputação e imagem do CHULN (P e I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados.
RG 10 - Capacidade instalada	Taxa de incumprimento da capacidade instalada indicada no Plano de Ação do Serviço (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Nº de eventos adversos detetados nas instalações do Serviço (P) e percentagem de gravidade dos eventos (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MD-4: Atendimento ao público em condições adequadas de exposição e segurança.
RG 12 - Segurança de pessoas	Nº de acidentes de trabalho nos colaboradores do Serviço (P) e	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-9: Adequação das necessidades de formação; MD-4:



	respetivo valor de perda para a instituição (I).	Atendimento ao público em condições adequadas de exposição e segurança.
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Nº de NC relativas a documentação interna e externa inerente à prática do Serviço (P e I).	MG-13: Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Taxa de incumprimento da capacidade instalada indicada no Plano de Ação do Serviço (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-7: Adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos; MG-12: Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos.
RC 1 - Imparcialidade	Nº de ocorrências relativas a favorecimento de pessoa, empresa ou procedimento (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MC-1: Criação de um registo obrigatório de todas as propostas de procedimento ou decisão recusadas; MC-2: Criação de um registo de declaração de interesses; MD-1: Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior; MD-3: Recusa de quaisquer prendas, compensações ou favores.
RC 2 - Faturação indevida	Nº de NC detetadas nas faturas emitidas pelos fornecedores (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-1: Segregação de funções; MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados.
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Quantidades de Desvios detetados nos ativos geridos pelo Serviço (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-5: Mecanismos de controlo de tratamento dos processos; MG-6: Mecanismos de identificação de elementos de prova ou diligências instrutórias.

<p>RC 4 - Suborno</p>	<p>Nº de situações que ultrapassem os créditos estabelecidos para os DIM e/ou Empresas Externas, na aplicação online Gestão de Delegados de Informação Médica. (P e I).</p>	<p>MG-1: Segregação de funções; MG-2: Sujeição do processo à apreciação prévia preparatória da decisão final; MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MD-1: Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior; MD-3: Recusa de quaisquer prendas, compensações ou favores.</p>
<p>RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas</p>	<p>Nº de NC detetadas nas demonstrações financeiras (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).</p>	<p>MG-1: Segregação de funções; MG-5: Mecanismos de controlo de tratamento dos processos; MG-6: Mecanismos de identificação de elementos de prova ou diligências instrutórias; MD-1: Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior; MC-3: Realização periódica de auditorias ou inquéritos de opinião.</p>
<p>CI 1 - Acumulação de funções incompatíveis</p>	<p>Nº de Colaboradores com acumulação de funções, sem evidência de declaração (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).</p>	<p>MD-2: Registo obrigatório de declarações de interesses e monitorização da comunicação às entidades competentes.</p>
<p>CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos</p>	<p>Nº de NC relativas à atualização e monitorização dos cadernos de encargos (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).</p>	<p>MG-1: Segregação de funções; MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MG-5: Mecanismos de controlo de tratamento dos processos; MG-6: Mecanismos de identificação de</p>



		elementos de prova ou diligências instrutórias.
CI 3 - Uso abusivo de posição	Nº de NC detetadas de uso abusivo de poder por parte de colaboradores do Serviço (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MG-2: Sujeição do processo à apreciação prévia preparatória da decisão final; MG-3: Acompanhamento e supervisão adequados; MD-1: Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Nº de NC detetadas relativas à comunicação de benefícios junto do Infarmed (P) e respetivo valor de perda para a instituição (I).	MC-2: Criação de um registo de declaração de interesses; MD-2: Registo obrigatório de declarações de interesses e monitorização da comunicação às entidades competentes.

#### 4. Acompanhamento, atualização e divulgação

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

Tendo em vista a verificação da conformidade entre as normas sistematizadas no Plano e a sua efetiva aplicação deve ser implementado um mecanismo de monitorização periódica. Até ao final de 2021, o SAI efetuava uma monitorização anual, baseada nos pareceres dos responsáveis dos Serviços, o que incluía a realização de um relatório anual de avaliação. Tais pareceres encontram-se assinalados no Anexo I, com avaliação subjetiva dos níveis de risco e com indicação das medidas preventivas.

Na transição para o novo modelo de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, a implementar já a partir de 2022, o SAI realizou a adaptação das avaliações realizadas pelos responsáveis para a nova Matriz. Embora seja uma avaliação somente qualitativa, permitirá ter um termo de comparação no final de 2022.

Apoiado na metodologia de auditoria contínua iniciada pelo SAI em Janeiro de 2022, ficou assim definida uma avaliação dos riscos com periodicidade trimestral aos Serviços de Apoio do CHULN. Essa avaliação será efetuada pelo SAI, tendo como referência a nova matriz, sob a forma de guiões de monitorização, especificamente criados para cada Serviço, de acordo com o apresentado no Anexo II.

Para a concretização deste objetivo, será fundamental a formação / sensibilização dos vários Serviços de Apoio durante o 2º trimestre, no sentido de lhes dar conhecimento da nova metodologia de gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas, com indicação da nova matriz, dos novos indicadores e da nova forma de cálculo dos riscos, baseada em critérios mensuráveis, e como tal, mais fidedignos.

Nível de Risco		Probabilidade (P)		
		Alta 100% - 60% Score 9	Média 59% - 30% Score 6	Baixa 29% - 0% Score 3
Impacto (I)	Alto 100% - 60% Score 9	Elevado Score 81	Elevado Score 54	Médio Score 27
	Médio 59% - 30% Score 6	Elevado Score 54	Médio Score 36	Baixo Score 18
	Baixo 29% - 0% Score 3	Médio Score 27	Baixo Score 18	Baixo Score 9

\* Baseado no Guião do CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

Nível de Risco (Score) = Probabilidade (Score) x Impacto (Score)		
<b>Elevado</b> 81 - 54	<b>Médio</b> 36 - 27	<b>Baixo</b> 18 - 9





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

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

Elaborado por  
Serviço de Auditoria Interna

  
Rafael Dolores

Aprovado por  
Conselho de Administração

PRESENTE À SESSÃO DO C.A. DE 07 / 07 / 2022	
O Presidente	 Daniel Castro
O Vogal	 Lourdes Bastos
O Diretor Clínico	 Luís dos Santos Pinheiro
A Enf.ª Diretora	 Ana Paula Fernandes
ATA N.º 31 / 2022	

## 5. ANEXOS

### Anexo I – Avaliação dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2020-2021)



[Pareceres dos Responsáveis dos Serviços de Apoio](#)



[Mapa Geral – Todos os Serviços](#)

### Anexo II – Guiões de Monitorização



[Serviço de Gestão Hospitalar - PGCRIC](#)



[Serviço de Gestão de Compras - PGCRIC](#)



[Serviço de Gestão Financeira - PGCRIC](#)



[Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica - PGCRIC](#)



[Serviço de Recursos Humanos - PGCRIC](#)



[Serviço de Instalações e Equipamentos - PGCRIC](#)



[Serviço de Sistemas de Informação - PGCRIC](#)



[Unidade de Gestão Hoteleira - PGCRIC](#)



[Unidade de Logística e Stocks - PGCRIC](#)

## MAPA GERAL (Todos os Serviços)

Riscos	Serviços	Serviço de Compras	Serviço de Gestão Hospitalar	Serviço de Gestão Financeira	Serviço de Recursos Humanos	Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Serviço de Instalações e Equipamentos	Serviço de Sistemas de Informação	Unidade de Logística e Stocks	Unidade de Gestão Hotelaria	Data
RG 1 - Não segregação de funções		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		Baixo	Médio		4º trimestre 2021
RG 2 - Autorizações e responsabilidade		Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Médio	Baixo	Médio		4º trimestre 2021
RG 3 - Financiamento		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo				Médio		4º trimestre 2021
RG 4 - Conformidade		Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Baixo	Médio	Médio	4º trimestre 2021
RG 5 - Segurança da Informação		Médio	Médio	Médio	Médio	Médio		Médio	Médio		4º trimestre 2021
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação								Médio			4º trimestre 2021
RG 7 - Ambiental							Médio			Médio	4º trimestre 2021
RG 8 - Gestão do conhecimento		Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Médio	4º trimestre 2021
RG 9 - Reputação e imagem			Médio							Médio	4º trimestre 2021
RG 10 - Capacidade instalada			Médio			Médio	Médio	Médio		Médio	4º trimestre 2021
RG 11 - Segurança física e das instalações			Médio				Médio			Médio	4º trimestre 2021
RG 12 - Segurança de pessoas						Médio	Médio			Médio	4º trimestre 2021
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta		Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Baixo	Médio	Médio	4º trimestre 2021
RG 14 - Gestão de recursos		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Elevado	Médio	4º trimestre 2021
RC 1 - Imparcialidade		Médio	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Médio	4º trimestre 2021
RC 2 - Faturação indevida		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	4º trimestre 2021
RC 3 - Apropriação indevida de ativos		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Elevado	Médio	4º trimestre 2021
RC 4 - Suborno		Médio	Médio	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Médio	4º trimestre 2021
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas				Baixo							4º trimestre 2021
CI 1 - Acumulação de funções incompatíveis		Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo		4º trimestre 2021
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos		Médio	Médio	Médio	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Baixo	Médio	4º trimestre 2021
CI 3 - Uso abusivo de posição		Baixo	Baixo	Baixo	Médio	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Médio	4º trimestre 2021
CI 4 - Relação dos profissionais com a indústria						Baixo			Baixo		4º trimestre 2021



Menu Principal

DATA

4º trimestre 2021

SERVIÇO

Tudo

TIPO DE RISCO

Tudo

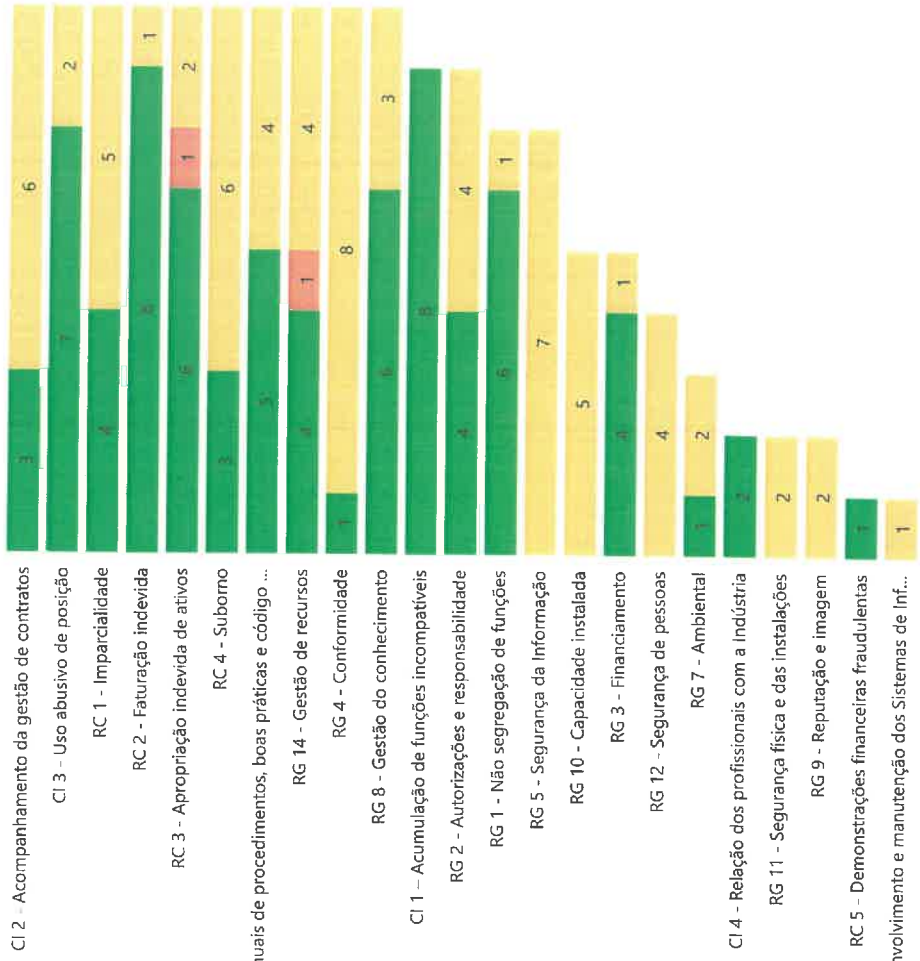
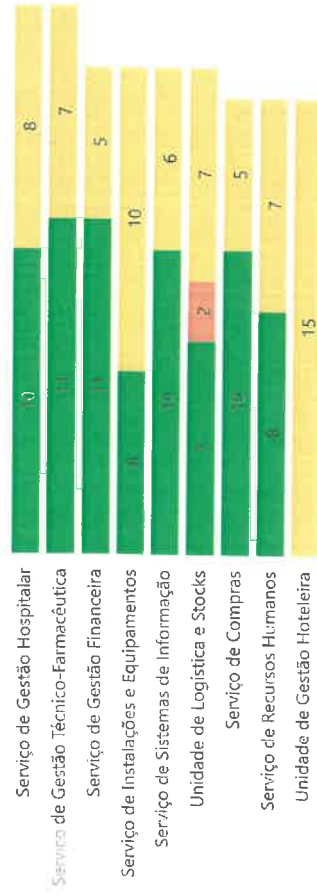
NÍVEL DE RISCO

Tudo

# MAPA GERAL - PGRCCIC

Serviço	Nível de Risco	Número de Riscos
Serviço de Compras	Baixo	10
Serviço de Compras	Médio	5
Serviço de Gestão Financeira	Baixo	11
Serviço de Gestão Financeira	Médio	5
Serviço de Gestão Hospitalar	Baixo	10
Serviço de Gestão Hospitalar	Médio	8
Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Baixo	11
Serviço de Gestão Técnico-Farmacêutica	Médio	7
Serviço de Instalações e Equipamentos	Baixo	6
Serviço de Instalações e Equipamentos	Médio	10
Serviço de Recursos Humanos	Baixo	8
Serviço de Recursos Humanos	Médio	7
Serviço de Sistemas de Informação	Baixo	10
Serviço de Sistemas de Informação	Médio	6
Unidade de Gestão Hotelaria	Médio	15
Unidade de Logística e Stocks	Baixo	7
<b>Total</b>		<b>145</b>

Nível de Risco ● Baixo ● Médio ● Elevado



HOSPITAL  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente



