

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Palavras-Chave: [GESTÃO; CORRUPÇÃO; INFRAÇÕES]

Destinatários

Conselho de Administração; Serviço de Gestão de Doentes; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Aprovisionamento; Serviço de Gestão de Recursos Humanos; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Sistemas de Informação; Serviço hoteleiro; Serviço Farmacêutico; Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho; Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão; Áreas clínicas

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Grupo de Trabalho nomeado por deliberação do Conselho de Administração	Conselho de Administração	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração Acta nº 47 2024/11/15 Originals no Conselho de Administração </div>
Data	2024.11.13	2011.05.26	

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável(eis) pela Revisão	Data	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação
01	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Atualização do plano Adaptação ao template de documentos em vigor no CHLP 	Auditor Interno e Gabinete Jurídico	2013.03.18	O Conselho de Administração Licínio de Carvalho Presidente Alexandra Borges Diretora Executiva Catarina Faria Diretora Clínica Marco das Neves Enfermeiro Diretor
02	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Atualização do plano Adaptação ao Regulamento interno em vigor no CHLP Recomendações da IGAS 	Auditor Interno, Gabinete Jurídico e Serviços: Gestão de Doentes, Gestão Financeira, Aprovisionamento, Recursos Humanos, Instalações e Equipamentos, Farmácia e Sistemas de Informação	2015.03.20	O Conselho de Administração:
03	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Atualização do plano Adaptação ao Regulamento interno em vigor no CHL 	Auditor Interno e Gabinete Jurídico	2019.06.13	O Conselho de Administração

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

04	Todas	<ul style="list-style-type: none">• Atualização do plano	Serviço de Auditoria Interna	2021.06.16	<i>O Conselho de Administração</i>
05	Todas	<ul style="list-style-type: none">• Atualização do plano• Adaptação do plano à nova estrutura organizacional ULSRL	Serviço de Auditoria Interna	2024.11.15	<i>O Conselho de Administração</i>

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS**Índice**

Índice de abreviaturas	4
Glossário de termos relacionados com riscos	5
1. Enquadramento legal do Plano.....	6
2. Contexto da revisão do Plano	6
3. Caraterização da ULSRL	7
3.1 - Organograma da ULS RL.....	8
4. Identificação das categorias dos riscos	9
5. Avaliação do grau de risco	10
6. Medidas Preventivas / Áreas de maior risco	13
6.1 Conselho de Administração	14
6.2 Departamento de cuidados hospitalares.....	15
6.3 Serviço de Gestão de Doentes	16
6.4 Serviço de Gestão de Recursos Humanos	18
6.5 Serviço de Gestão Financeira.....	19
6.6 Serviço de Aprovisionamento.....	21
6.7 Serviço de Instalações e Equipamentos.....	22
6.8 Serviço Farmacêutico	25
6.9 Serviço de Sistemas de Informação.....	27
6.10 Serviço Hoteleiro	28
6.11 Serviço de Planeamento e Informação para Gestão.....	29
6.12 Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	30
6.13 Gabinete de Educação e Formação Permanente.....	31
6.14 Gabinete Jurídico	32
6.15 Serviço Social	33
6.16 Departamento de Cuidados Saúde Primários	34
7. Controlo e monitorização do PGRCIC.....	35

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Índice de abreviaturas

- **CA** - Conselho de Administração
- **CPC** – Conselho de Prevenção e Corrupção
- **CHL** - Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
- **HSA** - Hospital de Santo André
- **HDP** - Hospital Distrital de Pombal
- **HABLO** - Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira
- **IGAS** - Inspeção Geral das Atividades em Saúde
- **PGRCIC** - Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas
- **RE** - Risco de estratégia
- **RO** - Risco operacional
- **RCO** - Risco de “*compliance*”
- **RSI** - Risco dos sistemas de informação
- **RP** - Risco de Reputação
- **SGD** - Serviço de Gestão de Doentes
- **SGRH** - Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- **SGF** - Serviço de Gestão Financeira
- **SA** - Serviço de Aprovisionamento
- **SIE** - Serviço de Instalações e Equipamentos
- **SF** - Serviço de Farmácia
- **SSI** - Serviço de Sistemas de Informação
- **SH** - Serviço Hoteleiro
- **SPIG** - Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão
- **SSST** - Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho
- **ULSRL** - Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Glossário de termos relacionados com riscos

- **Avaliação do risco** - Processo pelo qual um auditor identifica e avalia a quantidade de riscos da organização e a qualidade dos seus controlos sobre esses riscos.
- **Corrupção** - Comportamento por parte dos funcionários no setor público ou privado, em que estes promovem, indevida e ilicitamente, o seu enriquecimento, ou o de outras pessoas à sua volta, ou persuadem outros a fazê-lo, através da má utilização do seu cargo.
- **Controlo** - Uma ação, procedimento, processo, política ou dispositivo que se destina a modificar um risco. Os controlos reduzem a incerteza e devem evitar ou mitigar o risco.
- **Impacto** - Consequência ou resultado negativo associado à ocorrência de um evento de risco. A medida do impacto pressupõe que o evento ocorreu ou ocorre efetivamente.
- **Risco inerente** - O risco inerente é a exposição ao risco se não for feita qualquer tentativa para reduzir ou controlar a exposição (o risco sem controlos implementados).
- **Risco efetivo / residual** - Abordagem ao risco que considera o risco existente após a implementação das medidas ou sistemas de controlo estabelecidos.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

1. Enquadramento legal do Plano

O CPC, criado e regulado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, como entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, aprovou a recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, nos termos da qual, “(...) *os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas (...)*”.

A obrigatoriedade de elaboração do Plano encontra-se igualmente expressa no anexo II, alínea e), artigo 19.º, do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que aprova os Estatutos dos Hospitais E.P.E. O mesmo diploma, ponto 13, artigo 19.º, estabelece que o PGRCIC e respetivo relatório anual de execução são aprovados e submetidos pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

2. Contexto da revisão do Plano

No cumprimento da recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, do CPC, o CA do CHL, por deliberação de 2011.02.10, procedeu à nomeação do grupo de trabalho para elaborar o PGRCIC, que após apresentação, aprovou em 2011.05.26, o referido documento.

A 20 de março de 2015.03.20, por deliberação do CA, foi aprovada a 2ª revisão do PGRCIC, resultante da necessidade de o adaptar ao Regulamento Interno do CHL e das recomendações da IGAS sobre esta matéria.

O relatório de acompanhamento da gestão do sistema de controlo interno do CHL elaborado pela IGAS, n.º 154/2019 de 13 de dezembro, agrupamento III, ponto 8, conclui que “*O PGRCIC não cobre os riscos relativos à globalidade das unidades e estruturas orgânicas, uma vez que não foram visadas todas as áreas não clínicas e nenhuma das clínicas*”, e origina a recomendação de “*Identificar, para cada área ou departamento, os riscos de corrupção e infrações conexas, conforme a recomendação do Conselho de prevenção da corrupção de 01.07.2009.*”. O plano anual de auditoria para o ano de

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2021, aprovado pelo CA na sua reunião de 2021.03.10, incluiu no ponto 5.2 das ações a realizar, a revisão do PGRIC.

3. Caracterização da ULSRL

A par do processo de reorganização e descentralização do Sistema de Saúde em Portugal, ocorrida ao longo de 2023 e 2024, no âmbito de um conjunto de reformas estruturais que visam melhorar a gestão e a eficácia do sistema de saúde procedeu-se à passagem do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) para a Unidade Local de Saúde da Região de Leiria (ULSRL).

A transição do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) para a ULSRL, fez parte de um esforço global de reorganização e descentralização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Este processo visou principalmente a melhoria da integração e eficiência dos cuidados de saúde na região de Leiria, criando uma rede mais coesa e otimizada. A legislação associada, incluindo a Lei n.º 2/2023, o Decreto-Lei n.º 48/2024 e o Despacho n.º 2486/2024, forneceu o quadro legal e operacional necessário para assegurar o sucesso da transição, garantindo uma resposta mais coordenada às necessidades da população.

A Lei n.º 2/2023, de 20 de março estabeleceu as bases legais para a reorganização do SNS, incluindo a criação e reestruturação de Unidades Locais de Saúde (ULS), promovendo uma maior integração dos serviços e uma gestão mais eficiente das unidades hospitalares. Previu também a transição e fusão de unidades hospitalares, alinhando os serviços às necessidades regionais. O Decreto-Lei n.º 48/2024, de 30 de março regulamentou os detalhes administrativos e operacionais da transferência de competências do CHL para a ULSRL, incluindo a adaptação das estruturas organizativas e a reorganização dos serviços, garantindo que a integração fosse realizada de forma eficiente, sem prejuízo na qualidade dos cuidados enquanto o Despacho n.º 2486/2024 da Direção-Geral da Saúde (DGS) especificou os detalhes operacionais da transição, incluindo a reorganização de recursos humanos, a redefinição de fluxos de utentes e a coordenação entre as unidades de saúde da região.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

3.1 - Organograma da ULSRL

Nota: Mantem-se o Organograma do CHL até aprovação do Organograma da ULS RL a substituir assim que disponível em revisão ao PGRIC.



GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

4. Identificação das categorias dos riscos

Foram determinadas as seguintes categorias de riscos para a ULSRL em função da sua atividade:

Risco de estratégia: (RE) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos por conta de decisões estratégicas inadequadas, da deficiente implementação das decisões ou da incapacidade de resposta a alterações no meio envolvente;

Risco operacional: (RO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos, consequente de falhas na atividade desenvolvida, de fraudes internas e externas, do não acompanhamento da execução do orçamento, de processos de decisão internos ineficazes, de recursos humanos insuficientes ou inadequados ou da inoperacionalidade das infraestruturas;

Risco de “*compliance*”: (RCO) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos por conta de violações ou da não conformidade relativamente a leis, regulamentos, determinações específicas, contratos, regras de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos, que se materializem em sanções de carácter legal ou na impossibilidade de exigir o cumprimento de obrigações contratuais;

Risco dos sistemas de informação: (RSI) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos em resultado da inadaptabilidade dos sistemas de informação a novas necessidades, da sua incapacidade para impedir acessos não autorizados, bem como garantir a integridade dos dados e assegurar a continuidade da atividade em casos de falha;

Risco de Reputação: (RP) consiste na possibilidade de ocorrência de impactos negativos por conta de uma perceção negativa da imagem pública do Centro Hospitalar, fundamentada ou não, por parte de utentes, fornecedores, colaboradores, órgãos de imprensa ou pela opinião pública em geral.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

5. Avaliação do grau de risco

O presente plano toma como referência para a definição dos riscos, o modelo do *Institute of Internal Auditors*, uma perspetiva de avaliação do risco, ano de 2013.

A avaliação do risco subjacente aos graus de risco:

Tabela I – Escala do nível de impacto

Impacto	1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
Exposição Financeira: % Capital	X <0,01 %	0,01% <X <0,5 %	0,5 % <X <2 %	2 % <X <10 %	10 % <X
Exposição Financeira: Intervalo monetário	X <500.000€	500.000€ <X <2 M€ ¹	2 M€ ¹ <X <10 M€ ¹	10 M€ ¹ <X <30 M€ ¹	40 M€ ¹ <X
Imagem da Organização	Sem impacto.	O Impacto negativo é delimitado a um conjunto de pessoas e reversível.	O Impacto negativo é ao nível da região, do domínio público, mas com reprodução limitada.	O Impacto negativo é a nível global, com propagação limitada.	Impacto negativo a longo prazo, irremediável, a nível global e com propagação generalizada.
Obrigações legais / contratos	Sem violação de obrigações legais ou contratuais.	Violação de obrigações legais ou contratuais confinados a um incidente. Sem risco sistémico.	Violação de obrigações legais ou contratuais com custos financeiros para a organização e probabilidade do aumento do escrutínio pelas entidades reguladoras.	Violação de obrigações legais ou contratuais significativas. Com possibilidade de sanção para a organização e/ou Conselho de Administração.	Violação de obrigações legais ou contratuais com exposição mediática. Existência de responsabilidades para a organização e/ou respetivo Conselho de Administração.
Operações / atividades	Erros são diminutos e confinados a um pequeno número de pessoas internas na organização.	Erros são diminutos e isolados a um pequeno número de pessoas internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização e com um impacto a um grupo de pessoas, internas ou externas à organização.	Erros são transversais a vários serviços da organização, com impacto a vários grupos de pessoas, internas ou externas à organização e do Conselho de Administração.	Erros com impacto incalculável para a organização e Conselho de Administração.

¹-Milhoes de euros

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Tabela II – Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	1 Muito Improvável	2 Improvável	3 Ocasional	4 Frequente	5 Muito frequente
Frequência	Em mais de/ a cada 5 anos	Em mais de/ a cada 3 a 5 anos	Em mais de/ a cada 1 a 3 anos	Em mais de/ a cada 1 ano	Em mais de/ a cada trimestre

Após a definição do nível de impacto, assim como da frequência dos riscos, conforme tabela I e II respetivamente, foi determinado pelo SAI a seguinte matriz de classificação do risco inerente:

Matriz I – Risco inerente

		RISCO INERENTE				
Probabilidade	5 Muito Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Frequente	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Ocasional	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito Improvável	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
		1 Reduzido	2 Moderado	3 Significativo	4 Elevado	5 Muito elevado
		IMPACTO				

A tabela III, nível de controlo, detalha a informação necessária para a determinação do nível de controlo, e está hierarquizada em cinco pontos: fraco ou inexistente, inadequado, adequado, forte e muito forte.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Tabela III - Nível de controlo

Nível de controlo	Muito forte	Forte	Adequado	Inadequado	Fraco ou inexistente
Descrição	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são fortes e permitem uma efetiva gestão do risco. Redução significativa da probabilidade de eventos relacionados com o risco.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são mais do que adequadas e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo tem oportunidades de melhoria.	Os procedimentos de controlo e as atividades de mitigação são adequados e permitem uma efetiva gestão do risco. O controlo demonstra oportunidades de melhoria, e/ ou necessidade de implementação de novos controlos.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação permitem uma reduzida /inadequada gestão do risco. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.	O processo de controlo e as atividades de gestão de mitigação não existem ou são muito fracas. Necessidades urgentes de novos controlos foram identificadas.

A matriz II respeita à avaliação final do nível de risco efetivo, após a definição do risco inerente pela matriz I, e do nível de controlo, pela tabela III.

Matriz II – Avaliação final do nível de risco efetivo

ESCALA DE RISCO EFETIVO						
Nível de controlo	5 Fraco ou inexistente	Baixo	Moderado	Elevado	Critico	Critico
	4 Inadequado	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado	Critico
	3 Adequado	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Elevado	Elevado
	2 Forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Moderado	Moderado
	1 Muito forte	Muito Baixo	Muito Baixo	Baixo	Baixo	Moderado
		1 Muito baixo	2 Baixo	3 Moderado	4 Elevado	5 Critico
RISCO INERENTE						

A conjugação das variáveis do nível de controlo e do risco inerente determina o risco efetivo, dividido em cinco níveis:

Critico: Matérias que apresentam muitos riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos no imediato.

Elevado: Matérias que apresentam riscos / impactos significativos e que deverão ser resolvidos com a maior brevidade possível.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Moderado: Matérias que apresentam riscos e/ou montantes relevantes, razoavelmente controlados pela entidade, que deverão ser adequadamente monitorizados.

Baixo: Matérias que apresentam alguns riscos e/ou que podem melhorar o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

Muito Baixo: Matérias que apresentam reduzidos riscos e/ou podem preencher o sistema de controlo interno e a eficiência geral.

6. Medidas Preventivas / Áreas de maior risco

O processo de gestão de risco compreende, subsequentemente à identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas nas principais áreas de atividade da ULSRL, um envolvimento coletivo dos profissionais, desde a direção superior aos trabalhadores, na identificação de boas práticas já existentes na organização para mitigar o risco, assim como promoção de novas.

Foi executado uma análise das várias áreas consideradas como as mais suscetíveis de gerarem riscos, tendo em consideração as recomendações do CPC, que preveem o alargamento do Plano aos cargos de direção de topo (Recomendação n.º 3/2015 do CPC) e do enfoque na área da contratação pública (Recomendação n.º 1/2015 do CPC).

A seleção dos riscos teve por base os seguintes critérios:

- a) Relevância para as atividades da Organização;
- b) Impacto ao nível das obrigações legais e situação financeira;

Neste capítulo, após análise realizada em colaboração com os profissionais responsáveis por cada área, efetuámos a síntese dos diversos serviços/áreas considerados mais suscetíveis de gerar riscos, tendo sido identificados como principais os seguintes:

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.1 Conselho de Administração

Compete ao CA garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RP	Abuso de poder no exercício de funções de chefia	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Identificação e publicação das delegações de competências/pelouros atribuídos no Relatório de Governo Societário; 2 - Sensibilização para as sanções presentes nos Estatutos do Gestor Público, em caso de infrações que cometam no exercício das suas funções.
RCO; RO	Exercício de atividades não autorizadas	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Obrigatoriedade de preenchimento de declaração de autorização de acumulação de funções, conforme disposto no artigo 29.º da Lei nº 12 A/2008, de 27 de fevereiro; 2 - Registo biométrico da assiduidade a todos os grupos profissionais.
RCO	Ausência da declaração de conflito de interesses	Moderado	Ocasional	Forte	Muito baixo	1 - Existência de Declaração escrita dos membros do CA em como não existem quaisquer relações suscetíveis de gerar conflitos de interesses com fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócios, nos termos do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.
RO; RP	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamentos iguais; 2 - Segregação de funções; 3 - Rotatividade de funções; 4 - Promoção da tomada de decisão pelos vários membros do CA, em reunião conjunta.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.2 Departamento de cuidados hospitalares

O Departamento de Cuidados Hospitalares (DCH) é dirigido pelo Diretor Clínico dos cuidados de saúde hospitalares e pelo Enfermeiro Diretor, apoiados pelos seus adjuntos da área hospitalar.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO; RP;	Acesso ou uso não autorizado da informação clínica	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Acesso à aplicação feito através de perfis de utilizador; 2- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) pelo Responsável pelo Acesso à informação (RAI).
RCO; RO; RP	Desvios na lista de espera (cirurgia e consulta) pelo favorecimento de utentes	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Monitorização das listas de espera para consulta e cirurgia, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Realização de auditorias às listas de espera.
RO; RE	Realização externa de atos clínicos sem validação da capacidade instalada	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Controlo dos exames realizados por médico executante; 2- Análise da capacidade instalada e taxa de utilização dos equipamentos;
RCO; RO; RE	Fixação de objetivos inacessíveis numa perspetiva de constante crescimento do nível da produção (atividade assistencial)	Significativo	Ocasional	Inadequado	Baixo	1-Necessidade de adequação das perspetivas de produção ao número de recursos humanos; 2- Modelação da oferta de cuidados de saúde às necessidades da população.
RO	Tempestividade no acesso a relatórios de MCDT prescritos	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Realização de auditorias da qualidade aos tempos de acesso aos relatórios de MCDT; 2 - Penalização pelo incumprimento dos prazos contratualizados.
RO	Absentismo laboral / Saúde mental	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Promoção de uma cultura organizacional saudável através de atividades de socialização e ações de team building; 2 - Promoção junto dos profissionais dos canais internos de denuncia de situações abusivas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
6.3 Serviço de Gestão de Doentes

O SGD compreende a execução de todas as funções de natureza administrativa, relacionadas com o atendimento, admissões e encaminhamento do utente, desde o seu primeiro contato com a instituição, até à alta administrativa, incluindo a gestão do arquivo clínico.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO; RSI	Erros e falhas na recolha e atualização dos dados dos utentes	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Ligação de validação de dados via RNU; 2 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a inscrição do utente no momento da admissão; 3 - Realização de auditorias aos dados administrativos; 4 - Correção das anomalias identificadas;
RCO; RO	Falta de cobrança de taxas moderadoras no momento da efetivação do ato médico	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1 - Ligação de validação de dados à RNU de forma a validar a isenção da taxa; 2 - Implementação de procedimentos que garantam maior celeridade na cobrança; 3 - Avaliação de eficácia individual, na cobrança de taxas moderadoras (Serviço de urgência); 4 - Promoção de formação do corpo técnico que executa a cobrança.
RCO; RO	Isenção de pagamentos de taxas moderadoras de forma indevida	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Auditorias aos registos manuais de isenção do utente; 2 - Recolha e arquivo de comprovativo a fundamentar a isenção manual; 3 - Elaboração e divulgação de procedimento escrito sobre as isenções.
RCO:RC	Anulação indevida de recibo de taxas moderadoras	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1- Confirmado o motivo da anulação do recibo, e registado no recibo o motivo; 2 - Todos os recibos anulados fazem parte integrante da documentação entregue na tesouraria; 3 - Os utentes assinam os recibos anulados a validar o recebimento do valor.
RO	Apropriação indevida de taxas moderadoras	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	1 - Sensibilização para as sanções que inibam práticas de apropriação indevida de valores;
RO; RE	Transporte de valores referentes a taxas moderadoras	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Existência de cofres nos secretariados para guarda dos valores; 2 - Contagem de valores na presença de um segundo elemento;

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

	recebidas de forma pouco segura					
RCO; RO; RE; RP	Cedência de informação clínica no âmbito do pedido centralizado	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Divulgação dos procedimentos definidos e aprovados no controlo de autorizações;
RO; RE; RP	Recurso em excesso a meios de diagnóstico exteriores	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Os pedidos de realização de exames no exterior carecem de aprovação pelo respetivo Diretor de Serviço, excetuando os pedidos de análises. 2 - Pedidos em que existe protocolo carecem de aprovação da Diretora do SGD, ou em quem esta delegue. 3 - Pedidos sem protocolo são alvo de análise pelo núcleo de exames ao exterior e necessitam de aprovação pelo CA.
RCO; RO; RP	Desrespeito pela regulamentação aplicável e inadequação das condições de transporte do doente	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Monitorização mensal da atividade; 2 - Circuito eletrónico da prescrição e aprovação das requisições; 3 - Análise das ocorrências e reclamações e definição das ações.
RO; RP	Não entrega das pertenças aos doentes	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Regulamento de entrega de Espólios 2 - Definição de funções na guarda e entrega dos pertences; 2 - Existência de um cofre específico para episódios de valor com acesso controlado.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Existência / atualização dos manuais de procedimentos

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.4 Serviço de Gestão de Recursos Humanos

O SGRH tem por função apoiar o CA na definição da política de recursos humanos e na gestão do respetivo plano.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Faltas, férias e licenças em desconformidade legal	Significativo	Frequente	Forte	Baixo	1 - Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal; 2 - Os planos de férias são autorizados pelo CA, sob proposta dos Diretores dos Serviços.
RO; RSI	Modificação dos dados da assiduidade	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho; 2 - Trabalhadores do SGRH não devem executar tarefas operacionais de gestão da assiduidade; 3 - O acesso à aplicação de gestão de assiduidade deve realizar-se mediante a identificação do utilizador e respetiva <i>password</i> .
RO	Registo indevido de assiduidade	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Verificação do registo da assiduidade de cada trabalhador, sendo que, em caso de omissão de registo e respetiva justificação, o processamento salarial correspondente não deve ser efetuado. A justificação apresentada pela omissão do registo biométrico deve ser comunicada ao Superior Hierárquico; 2 - SGRH realiza monitorização mensal por grupo profissional, de cinco trabalhadores com ausência de registo biométrico e respetiva justificação.
RCO; RO	Dedicação plena no SNS e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Verificação do cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, em particular o disposto no n.º 7 - incompatibilidades e impedimentos; 2 - O SGRH monitoriza os registos de assiduidade para o cumprimento do regime remuneratório associado ao regime de dedicação plena.
RCO; RE	Ausência de suporte às remunerações fora do período normal de trabalho	Elevado	Muito Frequente	Inadequado	Critico	1 - Confirmação das escalas elaboradas pelas chefias e aprovadas pelo CA; 2 - O número de recursos humanos presentes nas escalas deve ser devidamente justificado; 3 - Processamento só realizado após autorizado pelo CA.
RCO; RO	Incumprimento do número de horas mensais dos profissionais em regime de contrato de prestação de serviço	Significativo	Muito Frequente	Forte	Moderado	1 - Controlo por registo biométrico para a totalidade dos prestadores de serviço; 2 - Inserção no sistema de informação do SGRH do número de horas mensais a realizar pelo prestador; 3 - Controlo mensal do número de horas contratualizadas e executadas.
RCO; RO	Manual de procedimentos inexistente / desatualizado - Assiduidade	Significativo	Ocasional	Inadequado	Elevado	1 - Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.5 Serviço de Gestão Financeira

O SGF tem por função apoiar o CA na formulação da política de gestão financeira e executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Pagamento de despesa sem visto prévio do tribunal de contas	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	<p>1 - No processo de cabimentação prévia, o Serviço de Aprovisionamento informa o Serviço de Gestão Financeira sempre que há processos de compra a aguardar Visto do Tribunal de Contas;</p> <p>2 - O Serviço de Gestão Financeira, através de ficheiro excel elaborado manualmente, identifica os documentos respeitantes aos processos a aguardar visto do Tribunal de Contas e bloqueia os pagamentos associados a este processo.</p>
RCO	Pagamento a fornecedores referentes a processos sem publicitação no portal BaseGov	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	<p>1 - A publicitação no portal BaseGov é da responsabilidade do Serviço de Aprovisionamento e, salvo raras exceções perfeitamente identificadas, os documentos quando são entregues no SGF é porque estão em condições de serem pagos.</p>
RO	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	<p>1 - Segregação de funções;</p> <p>2 - Análise mensal da antiguidade de saldos de fornecedores pelo Serviço de Gestão Financeira;</p> <p>3 - Circularização de saldos de fornecedores.</p>
RCO	Pagamento de despesa sem confirmação de situação contributiva e tributária do fornecedor estar regularizada.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	<p>1 - O Serviço de Gestão Financeira confirma a situação contributiva e tributária do fornecedor antes de ser feito qualquer pagamento (pagamentos superiores a €3.000).</p>
RO	Pagamentos em montantes superiores aos efetivamente faturados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	<p>1 - Segregação de funções;</p> <p>2 - Verificação da inexistência de pagamentos divergentes dos valores das faturas;</p> <p>3 - Análise regular da conta corrente de fornecedores;</p> <p>4 - Circularização dos fornecedores.</p>
RO		Reduzido	Frequente	Forte	Baixo	<p>1 - Segregação de funções;</p>

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

	Manutenção de dados mestre de fornecedores					2 - Confirmação de dados com a contraparte de forma regular.
RCO; RO	Tempestividade no registo contabilístico de documentos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - As faturas após confirmação da entrada do bem/ prestação do serviço pelo SA, são contabilizadas em conta corrente do fornecedor. 2 - 2 - Nos casos em que os artigos são acompanhados de guia de remessa, realiza-se registo em conta de faturas em receção e conferência para posterior registo da fatura;
RO	Desvio de fundos	Moderado	Muito frequente	Inadequado	Moderado	1 - Elaboração diária das folhas de caixa, com conferência pelo superior hierárquico. 2 - Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria; 3 - Circularização periódica dos saldos de terceiros
RO	Cobranças não depositadas, total ou parcialmente	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, utilizar <i>homebanking</i> , reduzindo a utilização de cheques e dinheiro; 2 - Reconciliações bancárias mensais; 3 - Segregação de funções.
RO	Incobrabilidade	Reduzido	Muito frequente	Adequado	Muito baixo	1 - Análise periódica de saldos de clientes; 2 - Gestão de cobrança de documentos vencidos; 3 - Envio de relação de clientes em atraso para o Gabinete Jurídico.
RCO	A execução orçamental conduz a um aumento dos pagamentos em atraso.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Aplicação das restrições impostas pelo artigo 8.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro; 2 - Controlo efetivo da assunção de compromissos com a emissão de alertas pelo Serviço de Gestão Financeira ao CA e Serviço de Aprovisionamento.
RCO, RO; RP	Plano Plurianual de Investimentos e Acompanhamento da Execução	Moderado	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Criação de rotinas para reporte mensal relativo ao acompanhamento da execução dos investimentos; 2 - Segregação de funções no tratamento e inserção de dados na plataforma.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Reduzido	Frequente	Inadequado	Moderado	1 - Elaboração de instruções de trabalho detalhadas para os procedimentos executados pelo Serviço de Gestão Financeira; 2 - Manuais de procedimentos, em conformidade com os requisitos legais e as normas internas, em processo de revisão e atualização.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.6 Serviço de Aprovisionamento

O SA tem por função promover, com observância dos princípios de racionalidade económica e no cumprimento da legislação em vigor, a disponibilização dos meios e serviços necessários à execução das atividades de prestação de cuidados de saúde e outras de apoio.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Supressão de procedimentos nos processos de aquisição de bens e serviços	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Segregação de funções em termos de consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre de fornecedores; 2- Emissão de parecer por parte do Gabinete Jurídico; 3 - Listar e confirmar o cumprimento dos procedimentos;
RCO; RO	Fracionamento da despesa na aquisição de bens e serviços (repetição de aquisição do mesmo bem ao longo do ano)	Significativo	Freqüente	Adequado	Elevado	1- Elaboração de plano de compras (anual); 2 - Levantamento junto dos serviços de novas aquisições.
RCO; RO	Conflito de interesses - processos de aquisição de bens, serviços e empreitadas	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1- Subscrição de declaração de compromisso relativa a incompatibilidades/impedimentos; 2- Promoção de formação sobre o CCP dos profissionais do SA; 3 - No júri do procedimento, não exista mais do que um elemento do SA.
RO	Ausência de mecanismos que identifiquem situações de conluio entre adjudicatários e funcionários do ULSRL	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Divulgação do código de ética; 2 - Sensibilização para as consequências da corrupção e infrações conexas; 3 - Segregação de funções na elaboração do procedimento; 4 - Rotatividade nas atividades a realizar.
RSI; RO	Ausência de alerta dos termos dos contratos (renovação / abertura de concurso), resultando no seu prolongamento	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Extração do aplicativo GHAF de listagem dos contratos ativos, para apuramento dos que se encontram com necessidades de calendarização em termos de renovação.
RO	Ajuste diretos simplificados - falta de convite a	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Centralização dos processos de aquisição de ajuste direto simplificado no SA;

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

	novos fornecedores					2 - Emissão de parecer pelo Gabinete Jurídico; 3 - Avaliação de todos os fornecedores em termos de qualidade, satisfação, prazos de entrega e cumprimento dos itens contratuais (artigos de armazém); 4 - Limitar ao indispensável a utilização dos procedimentos de ajuste direto simplificado.
RO	Ausência de controlo dos consumos relativos aos contratos de artigos à consignação	Moderado	Frequente	Forte	Muito Baixo	1 - Implementação de alertas automáticos para os níveis de consumo; 2 - Realização de processos de circularização com periodicidade mínima anual com os fornecedores de artigos à consignação; 3 - Realização de contagens aleatórias e periódicas aos artigos armazenados nos serviços consumidores de artigos à consignação.
RCO; RO	Manual de procedimentos na área da Contratação Pública desatualizado	Significativo	Frequente	Forte	Moderado	1- Ações de formação internas aos colaboradores do SA; 2- Atualização dos manuais sempre que necessário.
RO	Armazéns periféricos - desvio ou não fiscalização de quantidade em stock	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - Realização de contagens periódicas ao registado em sistema e comparação com os artigos armazenados; 2 - Responsabilização dos Serviços pela salvaguarda dos bens; 3 - Comparação das quantidades rececionadas com as notas de encomenda.
RO	Ausência de controlo dos prazos de validade dos bens	Moderado	Muito Frequente	Forte	Muito Baixo	1 - Introdução da informação relativa aos prazos de validade do artigo na ficha do bem, para emissão de alerta automático pelo sistema; 2 - Armazenamento dos artigos com menos validade à frente nas prateleiras.

6.7 Serviço de Instalações e Equipamentos

O SIE tem por função definir e implementar a política e os programas de manutenção aprovados, bem como proceder à sua monitorização, visando garantir a plena operacionalidade e funcionalidade técnica e económica desses meios operacionais, de acordo com as normas, regulamentos e legislação em vigor.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
• Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Fundamentação insuficiente ou incorreta para trabalhos de "natureza imprevista"	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Centralização do processo de aquisição; 2 - Existência de parecer jurídico ao processo de aquisição; 3 - Aprovação do caderno de encargos pelo CA, previamente ao concurso.
RCO; RO	Ausência de controlo na execução das empreitadas e aquisição de equipamentos não respeitando o caderno de encargos	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Moderado	1 - Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2 - Aplicação de penalidades em caso de incumprimento, previstas em caderno de encargo ou contratos; 3 - Implementação de sistemas de controlo de empreitadas no caso de trabalhos adicionais, para que não possam ser técnica ou economicamente separadas do objeto do contrato sem inconvenientes para o dono da obra, ou embora separados, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.
RO	Falta de medição e de inspeção ou de ato que certifique a qualidade dos trabalhos executados	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - O SA valida a fatura dos trabalhos executados para respetivo pagamento pelo SGF, após a verificação do cumprimento de todas as obrigações contratuais pelo SIE e consequentemente aprovação da fatura emitida.
RCO; RO	Fixação no caderno de encargos de cláusulas técnicas discriminatórias	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - O SA deve solicitar parecer do Diretor do Serviço utilizador, previamente à abertura do procedimento; 2 - O Gabinete jurídico deve proceder à elaboração de parecer sobre o procedimento de aquisição, previamente à adjudicação.
RO	Existência de conflitos de interesses, o que determina falta de transparência na fiscalização de obras e prestação de serviços	Moderado	Muito Frequente	Adequado	Baixo	1 - Elaborar especificações técnicas que garantam a concorrência; 2 - Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3 - Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.
RSI; RO	Não cumprimento dos contratos de manutenção	Moderado	Frequente	Adequado	Baixo	1 - Validações dos Serviços utilizadores em como foi realizada a manutenção. 2 - Criação/atualização anual do plano de manutenção. 3 - Revisão do procedimento de avaliação dos fornecedores, a realizar pelo SA, de modo a que o mesmo se possa realizar de forma anual no GHAF para os contratos de prestação de serviços.
RO	Controlo da execução das manutenções de acordo com as garantias dos equipamentos, e em função da sua utilização	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Utilização do sistema GHAF para gestão das manutenções dos equipamentos; 2 - Carregamento dos contratos no GHAF, a realizar pelo SA; 3 - Elaboração e divulgação na Intranet da ULS RL do plano anual de manutenção dos equipamentos.
RCO	Dificuldade de execução das penalidades dos contratos	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - Realização de relatório de obra pela equipa de fiscalização ao CA a reportar eventuais falhas da concretização do contratado;

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

RO	Quebra de segurança elétrica e físicas	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Existência de 2 geradores de emergência; 2 - Permanência de electricista no HSA, 24 horas por dia, todos os dias do ano;
RO	Plantas desatualizadas	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - A fiscalização das obras na ULS RL deverá garantir a atualização das plantas dos espaços, em articulação com o SIE e SSST.
RCO; RO	Abates de imobilizado não comunicado ao Serviço de Gestão Financeira / Serviço de Aprovisionamento	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - A proposta de abate de equipamentos deve ser comunicada ao Serviço de Aprovisionamento; 2 - O Serviço de Aprovisionamento é a única entidade que poderá efetuar o abate dos bens no sistema GHAF, tomando as diligências necessárias para o efeito, nomeadamente junto do SGF.
RO	Acesso indevido de pessoas estranhas ao ULS RL	Significativo	Muito Frequente	Forte	Moderado	1 - Existência de uma equipa de segurança 24/7; 2 - Rondas em pontos estratégicos exteriores; 3 - Rondas interiores; 4 - Colocação de pontos de controlo de acessos; 5 - Videovigilância.
RCO; RO	Manuais de procedimentos desatualizados ou inexistentes	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	1 - Elaboração / atualização de procedimentos para as diversas ações controladas pelo SIE.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.8 Serviço Farmacêutico

O SF, nos termos do Decreto-Lei n.º 44204, de 2 de fevereiro de 1962, é um serviço com autonomia técnica e é dirigido por um farmacêutico, com a especialidade em farmácia hospitalar.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Conflito de interesses - Relacionamento dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Significativo	Muito Freqüente	Forte	Moderado	1 - Os convites para a participação em eventos científicos carecem de parecer da Diretora do SF e posterior autorização do CA, nos casos de comissão gratuita de serviço. 2 - Os patrocínios são declarados na plataforma de transparência do Infarmed; 3 - A aquisição de medicamentos é realizada de forma centralizada pelo SA ao abrigo do CCP. Os farmacêuticos, e restantes júris do concurso assinam declaração de inexistência de conflitos.
RO; RE	Aquisição de produtos farmacêuticos em quantidades desajustadas	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Estimativas anuais de consumo reportadas ao Serviço de Aprovisionamento; 2 - Emissão da nota de encomenda de acordo com o consumo mensal, capacidade de armazenamento, ou imposição do fornecedor devido à encomenda de quantidades mínimas;
RO; RP	Incapacidade de resposta no atendimento aos utentes do ambulatório	Moderado	Muito Freqüente	Forte	Baixo	1 - Necessidade de um maior número de farmacêuticos para o alargamento do horário de dispensa de medicamentos; 2 - Avaliação regular da gestão das quantidades a adquirir para estes medicamentos em função do número de doentes em terapêutica.
RO	Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alteração de temperatura e/ou humidade	Moderado	Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos que necessitem de controlo; 2 - Monitorização contínua da temperatura e humidade; 3 - Emissão de alarmes automáticos de acordo com parametrização pré-estabelecida; 4 - Elaboração / atualização de procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade.
RSI; RO	Entrada e saída de artigos de armazém sem o respetivo registo no sistema informático	Moderado	Muito Freqüente	Adequado	Baixo	1 - Registo de consumo em armazém avançado por picking; 2 - Implementação de sistema de gestão integrado que permita a desmaterialização dos processos de consumo e entradas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos; 3 - Monitorização de stocks estupefacientes e psicotrópicos com periodicidade semestral.

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

RO	Desvios de produtos farmacêuticos no SF	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	<p>1 - Circuito controlado de pessoas externas ao Serviço Farmacêutico através de registo biométrico;</p> <p>2 - Produtos farmacêuticos de ambulatório com acesso restrito;</p>
RCO	Transporte de medicamentos às Unidades Funcionais, UIDEPP, HDP e HABLO	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	<p>1 - Utilização de viatura adequada e exclusiva ao transporte de medicamentos;</p> <p>2 - Distribuição de medicamentos em equipamentos/ containers/estruturas e aparelhos adequados às boas práticas</p>
RO	Desvio de substâncias controladas (estupefacientes)	Significativo	Muito Freqüente	Adequado	Elevado	<p>1 - Todos os estupefacientes são dispensados apenas por farmacêutico;</p> <p>2 - Os estupefacientes encontram-se em sala fechada e com acesso restrito através de registo biométrico;</p> <p>3 - A requisição e registo de consumos de estupefacientes devem ser desmaterializados.</p>
RO	Desvio de medicação durante o transporte	Moderado	Muito Freqüente	Inadequado	Moderado	<p>1 - A dose unitária é transportada pelos AO da farmácia em módulos selados, apenas aberto pelo enfermeiro da equipa que vai rececionar os medicamentos;</p> <p>2 - A medicação de reposição de stock é transportada em sacos selados com braçadeira e aberta na chegada ao serviço clínico;</p>
RCO; RO	Manual de procedimentos desatualizado	Moderado	Ocasional	Adequado	Muito baixo	<p>1 - Atualização de procedimentos, circulares, instruções de trabalho e, documentos de apoio para as várias áreas de abrangência do SF;</p> <p>2 - Divulgação dos documentos pela equipa na intranet da ULS RL;</p>

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.9 Serviço de Sistemas de Informação

Ao SSI compete disponibilizar e assegurar a operacionalidade dos recursos e serviços de informática e comunicações, a todos os colaboradores e utentes da ULS RL, apoiando e promovendo a sua utilização e inovação.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RSI	Acesso por terceiros (empresas de manutenção, colaboradores da ULS RL, etc,...) através de ligações remotas	Significativo	Muito frequente	Forte	Moderado	1- O acesso via VPN disponibilizado pela SPMS obrigatório; 2 - Análise crítica com periodicidade anual dos acessos ativos no data center da SPMS; 3 - Monitorização anual dos contratos ativos (empresas de manutenção). Os diretores de serviço listam a continuidade da utilização do <i>software</i> e das suas necessidades ao nível de contratos de manutenção.
RE; RO; RSI	Ausência de adoção de <i>standards</i> (qualidade dos dados)	Moderado	Frequente	Inadequado	Moderado	1 - Implementação de hub interoperabilidade; 2 - Assegurar que as aplicações instaladas comunicam com o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar recorrendo aos <i>standards</i> de comunicação utilizados na área da saúde, evitando falhas de comunicação entre os sistemas.
RO; RSI	Ausência de auditorias aos sistemas	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1 - Criação de plano de auditorias para os sistemas considerados mais críticos.
RSI	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1- Atualização do procedimento de atuação em caso de ausência de sistema informático nos serviços clínicos da ULS RL; 2 - Manutenção do plano de contingência, com <i>backups</i> locais por forma a manter a continuidade do negócio.
RSI	Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Significativo	Ocasional	Adequado	Baixo	1- Identificação de servidores e aplicações instaladas. Elaboração de uma política de <i>backups</i> ; 2- Criação de alarmística na falha de <i>backup</i> e monitorização diária dos mesmos
RO	Redução da qualidade de resposta no apoio técnico	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1- Incidentes são priorizados e resolvidos consoante o impacto na Organização; 2 - Definição de gestor de distribuição dos incidentes (técnico informático).
RE; RSI	Ausência de normalização dos postos de trabalho.	Moderado	Ocasional	Inadequado	Baixo	1- Aquisição de equipamento em maior escala; 2 - Desenvolvimento de procedimentos de aquisição em função das necessidades reais da Organização.
RO; RCO	Risco de inexistência de manuais de procedimentos	Reduzido	Frequente	Adequado	Muito baixo	1- Atualização sistemática de informação interna e dos procedimentos a cumprir dentro das unidades do serviço; 2 - Publicitação da totalidade dos procedimentos elaborados pelo SSI.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

RO	Manuais indisponíveis aos utilizadores	Reduzido	Frequente	Inadequado	Baixo	1 - Criação de plataforma única para disponibilização de manuais aos utilizadores, por área/sistema (concentração da informação armazenada no portal do SSI e no portal de formação com vídeos explicativos). 2 - Determinação dos riscos que possam levar à indisponibilidade dos sistemas informáticos, e respetivas medidas de atuação.
RE	Ausência de Plano de Continuidade	Elevado	Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Elaborar um plano de contingência que defina, na ótica do utilizador e do Administrador de Sistema, os procedimentos a seguir em caso de falência do sistema.

6.10 Serviço Hoteleiro

O SH tem como missão garantir a realização de todas as atividades relacionadas com a hotelaria hospitalar, adotando as melhores práticas de gestão.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco Identificado	Risco Inerente		Risco Efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de Controlo	Grau de Risco	
RO	Tratamento de roupa - Desvio de fardamento e roupa hospitalar	Significativo	Ocasional	Inadequado	Elevado	1 - Reposição diária dos níveis determinados de fardamento por serviço (fardamento não personalizado). 2 - Sensibilização das chefias para o preenchimento do anexo III do procedimento - Tratamento de roupa, para assegurar o retorno da roupa emprestada aos utentes na alta clínica. 3 - Sensibilização dos seguranças presentes nas principais entradas da Organização para a saída de roupa. 4 - Realização de ações junto de lares, outros hospitais e bombeiros, com periodicidade anual, no sentido de reaver roupa da Organização. 5 - Realização de contagens físicas periódicas de stocks. 6 - Implementação de sistema de rastreabilidade têxtil e dispensa automática de fardamento.
RCO;RO	Tratamento de roupa - Faturação do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RO;RE;RP	Fornecimento de Alimentação - Desperdício de refeições hospitalares	Significativo	Muito frequente	Inadequado	Elevado	1 - Atualização mensal das necessidades por serviço. 2 - Definição de 1 elemento por serviço responsável por determinar as necessidades. 3 - Execução da análise diária pela UND das refeições fornecidas. 4 - Monitorização presencial junto dos principais serviços consumidores de suplementos das discrepâncias entre o solicitado e o efetivamente consumido.
RCO;RO;RP	Fornecimento de Alimentação - Diminuição da qualidade dos	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Monitorização das reclamações associadas às refeições servidas em especial ao período do fim de semana, devido à ausência de controlo efetivo. 2 - Produção semestral de relatório com as reclamações reconhecidas e medidas efetivas para mitigar as situações identificadas.

PLANO - 2025

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

	serviços prestados					3 - Realização de análise diária (exceção ao fim de semana) pela UND das refeições fornecidas. 4 - Reuniões mensais de acompanhamento da prestação de serviços.
RCO	Tratamento de roupa - Faturação do serviço prestado	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RO;RP	Higiene e Limpeza - diminuição da qualidade do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Moderado	1 - Recolha e tratamento das reclamações feitas e determinação de medidas de melhoria. 2 - Execução de auditorias aos serviços pelos SH e SG. 3 - Reuniões mensais de acompanhamento da prestação de serviços.
RCO	Higiene e Limpeza - Faturação do serviço prestado	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Implementação do Procedimento Interno de Gestão de Contratos dos SH. 2 - Variações significativas do valor faturado analisadas em função da atividade da organização.
RCO;RO	SH - Manuais de procedimentos desatualizados	Moderado	Ocasional	Adequado	Baixo	1 - Atualização dos Manuais de procedimentos dos SH.

6.11 Serviço de Planeamento e Informação para Gestão

O SPIG é uma estrutura de apoio ao CA, proporcionando-lhe a informação necessária à tomada de decisão e tem a seu cargo a elaboração dos documentos de suporte ao planeamento estratégico e operacional da ULS RL, e o controlo da sua execução.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO	Tratamento de roupa - desvio de fardamento e roupa hospitalar	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Reposição diária dos níveis determinados de fardamento por serviço (fardamento não personalizado) Sensibilização das chefias para o preenchimento do anexo III do procedimento - Tratamento de roupa, para assegurar o retorno da roupa emprestada aos utentes na alta clínica; 3 - Realização de avaliação de riscos de exposição do trabalhador.
RCO; RO	Desatualização do plano emergência interno.	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Atualização do plano de emergência interno; 2- Aprovação das medidas de auto proteção pela Autoridade Nacional de Proteção Civil; 3- Realização de simulacros de forma periódica.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

RCO; RO	Ausência de competências atribuídas ao nível da área do ambiente.	Elevado	Ocasional	Inadequado	Elevado	1- Atualização de regulamento interno na área do ambiente; 2- Atribuição de competências.
RCO	Ausência de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho (disposto na alínea h) do artigo 98.º da Lei n.º 102/2009 na sua versão atual.).	Significativo	Ocasional	Inadequado	Moderado	1- Elaboração de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho.
RO	Avaliação de acidente em serviço (trabalhador em funções públicas) que tenha ocasionado ausência para o trabalho.	Significativo	Muito Freqüente	Inadequado	Elevado	1 - Segregação de funções ao nível da avaliação clínica do trabalhador.

6.12 Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

O SSST tem por objetivo garantir o cumprimento das obrigações legais no âmbito respetivo, em particular, as definidas na Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto, que procede à 6ª alteração à Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO; RE; RSI	Ausência de avaliação de riscos por serviço.	Elevado	Muito Freqüente	Inadequado	Critico	1 - Implementação de <i>software</i> de gestão do serviço; 2 - Elaboração e aprovação de plano anual de avaliação de riscos; 3 - Realização de avaliação de riscos de exposição do trabalhador.
RCO; RO	Desatualização do plano emergência interno.	Elevado	Ocasional	Adequado	Elevado	1- Atualização do plano de emergência interno; 2- Aprovação das medidas de auto proteção pela Autoridade Nacional de Proteção Civil; 3- Realização de simulacros de forma periódica.
RCO; RO	Ausência de competências atribuídas ao nível da área do ambiente.	Elevado	Ocasional	Inadequado	Elevado	1- Atualização de regulamento interno na área do ambiente; 2- Atribuição de competências.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

RCO	Ausência de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho (disposto na alínea h) do artigo 98.º da Lei n.º 102/2009 na sua versão atual.).	Significativo	Ocasional	Inadequado	Moderado	1- Elaboração de programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho.
RO	Avaliação de acidente em serviço (trabalhador em funções públicas) que tenha ocasionado ausência para o trabalho.	Significativo	Muito Frequente	Inadequado	Elevado	1 - Segregação de funções ao nível da avaliação clínica do trabalhador.

6.13 Gabinete de Educação e Formação Permanente

O Gabinete de educação e formação permanente (GEFOP) tem como objetivo desenvolver o ensino e a formação aplicados à saúde e promover o desenvolvimento científico e tecnológico da ULS RL.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RO	Risco de falta de objetividade no diagnóstico das necessidades de formação a realizar pelos profissionais da ULS RL	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Criação de base de dados estatística com as formações realizadas, número de participantes e resultados dos questionários de satisfação; 2 - Desenvolvimento de mecanismos de auscultação dos profissionais para a identificação das formações a realizar.
RCO; RO; RP	Ausência de tempestividade no planeamento das candidaturas a projetos formativos cofinanciados pelos fundos comunitários ou por outras fontes de financiamento externo	Moderado	Muito frequente	Adequado	Baixo	1 - Criação de rotinas de pesquisa pela abertura de candidaturas a projetos cofinanciados; 2 - Criação e divulgação de um manual de regras e procedimentos no processo de candidaturas a projetos formativos
RO; RP	Não cumprimento dos critérios de igualdade, no acesso à formação, pelos diversos grupos profissionais	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Sensibilização da chefia para a igualdade de acesso dos trabalhadores para a formação, através do número mínimo anual de horas de formação; 2 - Desenvolvimento de mecanismos para assegurar, em cada ano, formação contínua a pelo menos 10 % dos trabalhadores de cada grupo profissional.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
6.14 Gabinete Jurídico

O Gabinete Jurídico é uma estrutura de apoio que tem por função informar e preparar, em termos jurídico-legais, a tomada de decisão.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
	Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade no processo de avaliação	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Controlo regular da atividade desenvolvida por cada colaborador pela sua chefia direta no que respeita aos objetivos propostos.
Deficiente conservação e utilização / extravio dos documentos	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Elaboração de regulamento para arquivo de documentação e respetiva implementação complementada com a difusão de regras e ações regulares de verificação do cumprimento das regras de manuseamento e utilização dos documentos.
Risco de Fuga de informação / Uso e fornecimento de informação não autorizada a particulares e/ou outras entidades	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Controlo de acessos e avaliação regular dos níveis de segurança ao sistema; 2 - Revisão periódica dos perfis de acesso aos sistemas de informação críticos.
Elaboração de pareceres	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Controlo da qualidade dos pareceres, face à matéria em causa; 2 - Aplicação do Código do Procedimento Administrativo para efeitos de escusa/suspeição
Prescrição ou caducidade do processo	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	1 - Controlo de distribuição dos processos que atenda ao nível de especialização do trabalhador; 2 - Controlo de prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos.
Transmissão ou uso indevido de informação confidencial	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Intensificação do controlo pela estrutura dirigente, através de um maior acompanhamento das equipas de forma a garantir o cumprimento do dever de sigilo profissional 2 - Divulgação do Manual de Procedimentos de Controlo Interno 3 - Controlo do circuito dos processos, de forma a permitir identificar os colaboradores que tiveram contacto com o mesmo 4- Aferição de eventuais responsabilidades, sancionando-as, funcionando como uma medida preventiva e dissuasória relativamente a potenciais prevaricadores

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
6.15 Serviço Social

Compete ao Serviço Social apoiar os serviços de internamento, urgência e ambulatório, no cumprimento da respetiva missão e dentro das suas atribuições, assim como implementar uma política de preparação efetiva das altas hospitalares. Em adicional, deve contribuir nas ações de apoio domiciliário.

- **Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Organização da informação a prestar aos utentes relativamente ao tratamento/encaminhamento dos processos	Significativo	Frequente	Adequado	Elevado	1 - Divulgação de regras sobre o segredo profissional, relacionamento com público, relacionamento com grupos de interesses 2 - Elaboração e definição de procedimentos internos
RCO; RO; RP	Risco de quebras dos deveres funcionais e valores, tais como a independência, integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções, através de auditorias periódicas
RO; RP	Aceitação indevida de ofertas	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	1 - Divulgação e sensibilização dos profissionais para o cumprimento do código de ética da ULS RL e do Serviço Social 2 - Acompanhamento e supervisão dos técnicos pelos dirigentes 3 - Implementação de um canal de comunicação seguro e acessível para que funcionários e utentes possam reportar, de forma anónima, suspeitas de irregularidades.
RP; RO	Prestação de informação inadequada / mau atendimento	Significativo	Muito frequente	Adequado	Elevado	1 - Questionário de avaliação da satisfação do atendimento prestado ao utente 2 - Criação e divulgação de manual de regras de atendimento ao público 3 - Formação e reciclagem na área do atendimento ao público, relacionamento interpessoal e boas práticas 4 - Definição de um canal de comunicação interno que permita o mesmo nível de informação de todos os profissionais
RCO; RO; RP	Quebra de sigilo e proteção de dados	Moderado	Muito frequente	Adequado	Moderado	1 - Medidas de acesso condicionado aos registos do Serviço Social 2 - O processo só pode ser consultado pelo próprio - criação de procedimentos claros que orientem ações e decisões

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.16 Departamento de Cuidados Saúde Primários

O Departamento de Cuidados Saúde Primários (DCSP) é uma estrutura intermédia de gestão com um nível de autonomia e responsabilidade, dirigido pelo Diretor Clínico dos Cuidados Saúde Primários e o Enfermeiro Diretor.

- Riscos identificados, avaliação do risco e atividades de controlo**

Categoria do risco	Risco identificado	Risco inerente		Risco efetivo		Medidas preventivas
		Impacto	Ocorrência	Nível de controlo	Grau de risco	
RCO; RO	Ausência de registos de atos administrativos	Reduzido	Muito frequente	Adequado	Baixo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração e ampla de divulgação de procedimentos para o atendimento. 2. Analisar o registo mensal da atividade e promover a correção dos registos; 3. Implementação de plano de integração em cada posto de trabalho (As USF têm autonomia funcional e técnica pelo que podem ter procedimentos diferentes);
RO; RP	Frágil atendimento de utentes	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboração e ampla divulgação de procedimentos para o atendimento de utentes; 2. Análise periódica das reclamações.
RO	Identificação inequívoca do utente	Elevado	Muito frequente	Adequado	Elevado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar procedimento sobre a identificação do doente.
RO; RE	Limitações na comunicação e articulação entre as UF da ULS RL	Significativo	Ocasional	Inadequado	Baixo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de manual de articulação entre as UF e a ULS RL.
RCO; RO	Lacunas na execução dos pagamento associados a custos com os cuidados de saúde de cidadãos que não residem em território nacional e que em situação de estada temporária não apresentam documentos de acordo, ou entidade terceira para pagamento.	Moderado	Frequente	Adequado	Moderado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção de ações de formação aos AT de acordo com as normas em vigor; 2. Atualização do manual de procedimentos administrativos.
RO; RCO	Falha do sistema informático não programada	Moderado	Ocasional	Adequado	Moderado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de códigos de conduta para minimizar o impacto nos utentes; 2. Elaboração de manual de procedimentos relativo aos registos clínicos integrados no processo clínico informático, de acordo com as melhores práticas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

7. Controlo e monitorização do PGRCIC

O PGRCIC, é um instrumento de gestão geral, sujeito a acompanhamento anual pela ULSRL. Os responsáveis pelas áreas identificadas como de risco devem remeter ao SAI um relatório semestral contendo informações sobre o ponto de situação das medidas preventivas definidas.

O processo de gestão de riscos através do seu mapeamento é contínuo e exige a monitorização constante, de forma a garantir que (1) os controlos são eficazes, (2) se obtenham mais informações para melhorar a avaliação dos riscos e, (3) se identifiquem riscos emergentes.

Com periodicidade anual, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e de acordo com o art. 86º alínea d) do n.º1, o SAI elabora um relatório de execução a ser remetido ao CA até ao final do primeiro trimestre do ano seguinte, no qual devem constar as medidas executadas e em execução.

Auditora Interna

(Cristina Fonseca Lopes)

