CENTRO HOSPITALAR
PÓVOA DE VARZIM . VILA DO CONDE, EPE

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2015

Aprovado
Reunião de CA CHPV/VC em ___/___/___

José Cardoso
P.C.A.

Manuel Carvalho
Vogal

Pedro Pinto Monteiro
Vogal

Dr. Joaquim Monteiro
Diretor Clínico

Isabel Rocha
Enfermeira Diretora

I - NOTA INTRODUTÓRIA

A Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) que desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

O Conselho de Prevenção da Corrupção aprovou, em 1 de Julho de 2009, a Recomendação n.º 1/2009, a qual estabelece que os órgãos dirigentes máximo das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

A Recomendação sobre a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas define que:

i. Sejam identificados, relativamente a cada área ou departamento, os riscos de corrupção e infrações conexas;
ii. Com base na referida identificação de riscos, sejam indicadas as medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
iii. Sejam definidos e identificados os vários responsáveis envolvidos na gestão do plano;
iv. Seja elaborado um relatório anual sobre a execução do plano.

Dando cumprimento a essa recomendação o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE (CHPVVC), aprovou em 15/12/2011 o seu Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC).

Foi efetuada a monitorização do Plano com o objetivo de analisar em que medida o preceituado estava a ser implementado e cumprido, tendo sido elaborado um relatório anual de acompanhamento da execução do Plano.

O Plano de Prevenção de Riscos é um instrumento de gestão que permite ao Centro Hospitalar identificar os principais riscos inerentes às diferentes atividades e a forma de prevenção/tratamento.

O Plano é, também, um instrumento central na gestão da estratégia do Centro Hospitalar, pelo que a gestão de riscos deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento aplicada à estratégia da organização e à implementação dessa mesma estratégia.

Três anos volvidos sobre a elaboração e vigência do Plano, entende o Conselho de Administração do CHPVVC ser adequado proceder à revisão do Plano, tomando em consideração, ainda, a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de Novembro do Conselho de Prevenção da Corrupção, de forma a incluir no Plano os mecanismos de gestão de conflitos de interesses.

A revisão do Plano de Prevenção de Riscos e Infrações conexas tem de levar em consideração as necessidades específicas do CHPVVC, os seus objetivos, contexto onde se insere, a estrutura e os serviços que presta, pelo que foi solicitado aos responsáveis de serviço do CHPVVC a sua colaboração.

II – CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM/VILA DO CONDE, EPE

1. CARACTERIZAÇÃO DO CHPVVC

O Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. é uma entidade pública empresarial, criada pelo Decreto-Lei nº 180/2008, de 26 de Agosto, resultando da transformação do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, SPA, resultante, por sua vez, da fusão entre o Hospital S. Pedro Pescador e Hospital Distrital de Vila do Conde.

O CHPVC rege-se pelos seus estatutos definidos no DL n.º 233/2005, alterado e republicado pelo DL n.º 12/2015, de 26 de Janeiro, pelo regime do Sector Público Empresarial previsto no DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro, pelos Princípios de Bom Governo das empresas do sector empresarial do estado constantes do anexo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, pelo respetivo Regulamento Interno do CHPVVC, EPE, pela Lei n.º 27/2002, de 08 de Novembro (regime jurídico da gestão hospitalar), pela Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), alterado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e demais normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

2. MISSÃO E ATRIBUIÇÕES

O Centro Hospitalar tem como missão proporcionar cuidados de saúde diferenciados numa perspetiva de qualidade, de integração com os cuidados primários e continuados, aos utentes dos concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde e populações limítrofes.

O Centro Hospitalar intervém, de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestações de cuidados de saúde, sem prejuízo do direito de livre escolha dos doentes provenientes de outras áreas geográficas.

O Centro Hospitalar desenvolve, no âmbito das suas competências e funcionalidades, atividades complementares como as de ensino pré e pós graduado, investigação e formação, promovendo a articulação com os Centros de Saúde e os demais Hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde sempre que necessário.

Destaca-se ainda os Protocolos celebrados com as Faculdades de Medicina do S. João e ICBAS na área da cirurgia.

O Centro Hospitalar e as pessoas que constituem a sua equipa de trabalho orientam-se na sua atuação pelo espírito de colaboração e cortesia, pela ética nas relações do trabalho, pelo respeito da dignidade e direitos da pessoa humana e pelo respeito pela boa gestão dos dinheiros públicos. Os princípios estruturais e duradouros que guiam a atuação e o comportamento do Centro Hospitalar são, nomeadamente, o da cultura do conhecimento como um bem em si mesmo, da cultura da excelência técnica e do cuidar, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado aos utentes e a cultura interna do trabalho em equipa, como garante da qualidade e eficiência e de um bom clima institucional.

Nos termos do art. 5º do Regulamento Interno, na sua atuação o Centro Hospitalar tem como objetivos:

- ✓ Prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, de acordo com o seu plano funcional;
- ✓ Ter eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;

- ✓ Garantir a melhoria contínua da qualidade assistencial;
- ✓ Promover a formação e investigação;
- ✓ Dar cumprimento às metas contratualizadas com o Ministério da Saúde, através de contratos específicos e de planos de ação.

3. INSTALAÇÕES E ÁREA DE INFLUÊNCIA

O CHPVVC integra duas unidades de prestação de cuidados de saúde (correspondentes aos extintos hospitais distritais da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde), distando entre si aproximadamente 3 km. As instalações são pertença da Santa Casa da Misericórdia.

Na unidade da Póvoa de Varzim, edifício de quatro pisos e sede da instituição, encontram-se localizados todos os Serviços de Internamento, com exceção do serviço de Medicina Interna. Encontram-se ainda nesta unidade o Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Bloco de Partos e um conjunto de gabinetes afetos ao serviço de Consulta Externa, e ainda as instalações de diversos serviços de apoio clínico.

Conta, ainda, com diversos serviços de apoio nas áreas administrativas e dos serviços gerais e serviço jurídico e contencioso.

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação, o Aprovisionamento, a Saúde Ocupacional, a Gestão de Risco e os vestiários centrais situam-se num corpo de edifício de construção recente.

O último piso do corpo central é destinado a Biblioteca, salas de formação e gabinetes médicos.

O arquivo clínico, serviço de instalações e equipamentos e alguns armazéns do Serviço de Aprovisionamento estão instalados num edifício próximo ao Hospital que foi cedido pela Câmara Municipal da Póvoa de Varzim.

Na unidade de Vila do Conde, edifício de apenas dois pisos, encontra-se o Serviço de Internamento de Medicina Interna, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e gabinetes de consulta externa, bem como serviços de apoio clínico e não clínico.

Dispõe, ainda, de alguns gabinetes de meios complementares de diagnóstico e de gabinetes afetos aos Serviços de Recursos Humanos, Financeiros, Planeamento e Apoio à Gestão, entre outros serviços administrativos e de apoio na área dos serviços gerais.

O CHPVVC, único hospital público existente nos municípios da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, tem como hospitais de referência, a ULS de Matosinhos, o Hospital de S. João EPE, o Instituto Português de Oncologia, o Hospital Magalhães de Lemos e, ainda, o Centro Hospitalar do Porto, em particular no âmbito do protocolo do tratamento dos traumatismos crânio-encefálicos.

Ao nível da rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP), o CH articula-se com os Centros de Saúde que lhe referenciam utentes, nomeadamente os Centros de Saúde da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde. A rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) do CHPVVC, E.P.E. está organizada no denominado Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Grande Porto IV e abrange os concelhos da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, agrupando as Unidades Funcionais de Prestação de Cuidados de Saúde, nomeadamente:

- 12 Unidades de Saúde Familiares (USF);
- 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- 2 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- 2 Unidade de Saúde Pública (USP).

A distribuição das várias Unidades de Saúde Familiares (USFs) por concelho segue o indicado na figura abaixo:

4. ESTRUTURA ORGANIZATIVA DO CHPVVC

A estrutura funcional do CH assenta, no âmbito da lei, no seu Regulamento Interno que consubstancia a sua Missão, no seu Organigrama, Órgãos Sociais Dirigentes, Diretores de serviços de ação médica e de Apoio, Órgãos de staff e comissões de Apoio Técnico, conforme se expõe:

· Regulamento Interno;

· Organigrama.

4.1 Organigrama da Instituição

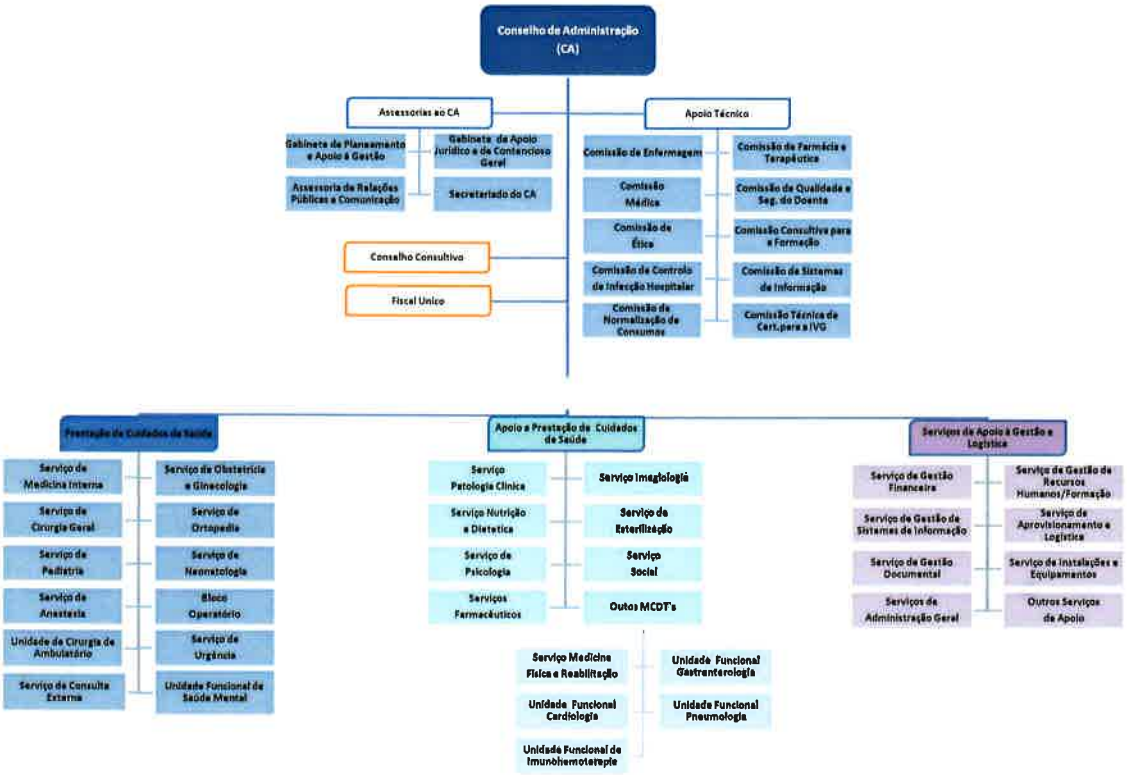
O Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de Setembro, que institucionalizou o Centro Hospitalar, prevê a elaboração do Regulamento Interno da entidade e do qual é parte integrante o Organigrama da instituição.

O Centro Hospitalar encontra-se organizado em três áreas distintas:

· Serviços de prestação de cuidados de saúde;

· Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde;

· Serviços de apoio à gestão e logística.



4.2 Órgãos Sociais

O Conselho de Administração, nomeado a 19 de Março de 2015 pela Resolução n.º 17/205, é composto pelos seguintes elementos:

- Presidente do Conselho de Administração:

Dr. José Manuel de Araújo Cardoso

- Vogais:

Dr. Manuel Basto Carvalho

Dr. Pedro Miguel Pinto Pinheiro Monteiro

Diretor Clínico Dr. Joaquim Monteiro Silva

Enfermeira Diretora Dr. Maria Isabel Silva Alves Rocha Macedo

- Fiscal Único

Dr. João Araújo

O tempo de mandato, regime de exercício de funções e as competências do fiscal único, são os constantes dos art. 15º e 16º dos Estatuto, constantes do anexo II ao DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, na redação do DL n.º 12/2015, de 26 de Janeiro

Conselho Consultivo

A composição, mandatos, as competências e o funcionamento do conselho Consultivo são os constantes dos art. 18º, 19º e 20º dos Estatutos constantes do anexo II do DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, na redação do DL n.º 12/2015, de 26 de Janeiro.

4.3. Recursos

4.3.1. Recursos Humanos

Embora o Programa de Assistência Económica e Financeira tenha terminado, tem-se assistido a uma política de Gestão de Recursos Humanos de cariz restritivo na Administração Pública Portuguesa. Em 2014 assistiu-se à manutenção de medidas de controlo à contratação de pessoas bem como a um maior controle na monitorização das despesas com esta rubrica. No Setor Empresarial do Estado, em particular, é evidente a redução efetiva do endividamento com a imposição de rigorosas restrições orçamentais, que naturalmente tem consequência direta na Gestão de Recursos Humanos.

No final de Dezembro de 2014, os efetivos globais em funções no Centro Hospitalar totalizavam 604 elementos. Este número corresponde a um decréscimo de 4,3% dos efetivos globais relativamente ao período homólogo, sendo o sector profissional dos Enfermeiros o que contribuiu para o decréscimo do número absoluto de efetivos em 9 elementos.

T5 – Distribuição de Efetivos

Grupo Profissional/Carreira	2013		2014		Δ	
	Nº	Peso	Nº	Peso	Nº	%
Conselho de Administração	5	1%	4	1%	-1	-20,0%
Médicos	120	19%	118	20%	-2	-1,7%
Técnicos Superiores de Saúde	5	1%	5	1%	0	0,0%
Técnicos Superiores	28	4%	28	5%	0	0,0%
Enfermeiros	215	34%	206	34%	-9	-4,2%
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	31	5%	30	5%	-1	-3,2%
Assistentes Técnicos	77	12%	70	12%	-7	-9,1%
Assistentes Operacionais	146	23%	139	23%	-7	-4,8%
Informáticos	4	1%	4	1%	0	0,0%
	631		604		-27	-4,3%

Não obstante, a estrutura profissional de 2014 manteve-se muito idêntica à de 2013 não registando alterações significativas.

Em suma, são os Enfermeiros (34%), os Assistentes Operacionais (23%) e os Médicos (20%), que maior peso têm na estrutura de Recursos Humanos do CHPVVC, representando 77% dos efetivos totais.

4.3.2. Recursos Financeiros

O Contrato Programa (CP) para 2014 estipulou um financiamento de 23.954.327,0€, o que representa um aumento percentual face a 2013 de 15,0%, que se traduz, em termos absolutos, num acréscimo de 3.213.039,0€, concorrendo para um valor equilibrado do EBITDA.

No ano de 2014, o CHPVVC integrou a seguinte estrutura de custos e de proveitos (podendo quanto ao mais cfr. Relatório de Gestão e Contas de 2014 disponível no sítio do CHPVC da internet):

Estrutura de Custos 2014			
Custos Operacionais Totais	26.969.449 €	Consumos (Farm., Mat.Clínico e Outros)	11,2%
		Fornecimento e Serviços Externos	19,8%
		Custos com Pessoal	66,5%
		Outros Custos	2,5%

Estrutura de Proveitos 2014			
Proveitos Operacionais Totais	25.499.426 €	Prestação de Serviços	93,4%
		Outros Proveitos	6,6%

1.CONCEITO DE RISCO E GESTÃO DE RISCO

Organizações de todos os tipos e tamanhos enfrentam influências e fatores internos e externos que tornam incerto se e quando elas atingirão os seus objetivos. O efeito que essa incerteza tem sobre os objetivos da organização é chamado de "risco".

O *risco* pode ser definido como a combinação da probabilidade de um evento e das suas consequências (Isso/IEC Guide 73). Todas as atividades de uma organização envolvem risco, abrindo caminho à "possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo)." [1]

De salientar que a prática de qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de 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 e dos mercados. Alguns exemplos deste tipo de crimes são o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão e o tráfico de influência. Comum a todos estes crimes é a obtenção de uma vantagem (ou compensação) não devida, confluindo assim para infrações conexas à corrupção.

[1] Norma de Gestão de Riscos, FERMA (Federation of European Risk Management Associations), 2003

A *gestão de risco* é o "processo através do qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às respetivas atividades, com o objetivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada atividade individual e no conjunto de todas as atividades."[2]

O ponto central da gestão de riscos é a identificação e tratamento dos riscos, com o objetivo de acrescentar valor de forma sustentada a todas as atividades da organização. Isto permite melhorar a governação, ao estabelecer uma base confiável para a tomada de decisões, melhorar a eficiência e eficácia operacional, através de prevenção de perdas e gestão de incidentes, e, assim, melhorar a aprendizagem organizacional e aumentar a resiliência da organização.

A gestão de riscos deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento, e deve traduzir a atribuição de responsabilidades na gestão dos riscos a todos os profissionais, inerentes às funções desempenhadas, promovendo uma cultura de responsabilidade e de eficiência operacional em todos os níveis de organização.

2. A GESTÃO DE CONFLITOS

O Conselho de Prevenção da Corrupção emitiu a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de Novembro, dirigida a todas as entidades de natureza pública (ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado), no sentido de elaborar mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, integrados nos seus planos de prevenção de riscos, os quais devem ser devidamente divulgados dentro da organização.

A par da problemática da corrupção, a matéria da gestão de conflitos de interesses é um tema atual de enorme relevância nas relações entre os cidadãos e as entidades públicas, pelo que o seu tratamento adequado promove uma cultura de integridade e transparência, com todos os benefícios resultantes para a gestão Pública.

«O conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das sua funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares,

[2] Norma de Gestão de Riscos, FERMA, 2003

seus ou de terceiros, e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.»[3]
Assim tem adquirido particular relevo na relação entre os cidadãos e o Estado questões como a ética do serviço público, o acesso à informação, a transparência nos procedimentos, bem como a eficiência, eficácia, e economia na atuação da administração.
Neste sentido, o Conselho de Prevenção de Corrupção considera "fundamental reforçar o sentido e alcance das medidas tendentes a uma cultura administrativa de rigor e transparência neste domínio" e recomenda, aos gestores e órgãos de direção de todas as entidades, que "criem e apliquem nas suas organizações medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesses".[4]
Para tal o CPC enumera a título de exemplo um conjunto de medidas, desde as mais gerais, como a elaboração de manuais de boas práticas e códigos de conduta e promoção de uma cultura organizacional na qual impere uma forte intolerância às situações de conflitos de interesses, como as mais concretas, como a identificação de potenciais situações de conflito de interesses relativamente a cada área funcional da organização, caracterização de áreas de risco, nomeadamente as que resultam de situações de acumulação de funções.
Ainda neste âmbito, o CPC sugere a realização de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização para este tema, a subscrição pelos profissionais de declarações de inexistência de conflitos, devendo todas estas medidas e ações estarem em consonância com o âmbito e termos do Plano de Prevenção.

No que respeita a este tema, o CHPVVC dispõe de um conjunto de disposições em vários normativos internos que visam prevenir as situações suscetíveis de gerar conflitos de interesses.
Assim, os membros do Conselho de Administração não intervêm nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, estando-lhes vedado, pelas normas internas que regulam o funcionamento deste órgão de gestão, votar sobre assuntos em que tenham,

[3] Recomendação n.º 5/2012, Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 7 de Novembro de 2012

[4] Recomendação n.º 5/2012, CPC, de 7 de Novembro de 2012

direta ou indiretamente, por conta própria ou por terceiro, um interesse em conflito com a empresa.

As normas reguladoras dos procedimentos de despesa e de delegação de competências e o Código de Conduta preveem também disposições específicas em matéria de prevenção de conflitos, que definem as condutas que devem ser observadas neste domínio.

Salienta-se que o CHPVVC, aprovou, em 2009, o Código de Ética, aplicável a todos os profissionais, onde se preveem medidas tendo em vista a prevenção de eventuais conflitos de interesses na organização, nomeadamente o expresso no ponto 16 do Código.

Além disso, os membros o Conselho de Administração cumpriram a obrigação de apresentação dos elementos a que se refere o ponto 22 dos princípios de Bom Governo, anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março, à Inspeção Geral de Finanças e ao órgão de administração da empresa.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS POR ÁREAS

Na avaliação das áreas de risco pretende-se identificar, analisar e gerir os riscos que afetam os objetivos e interesses do CHPVVC.

Elencamos os riscos existentes que podem levar ou facilitar a prática de atos de corrupção ou análogos a estes, primeiramente a um nível geral, focalizando-se, depois, em áreas chave de atuação, por área de intervenção, identificando medidas e ações concretas de prevenção da corrupção e infrações conexas.

Aliás, de acordo com a Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, que cria o CPC, "são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão territorial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares."

Por outro lado, de acordo com o preâmbulo da Recomendação 1/2009, de 1 de Julho, "as áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos contêm riscos elevados de corrupção que importa prevenir através de planos adequados de prevenção."

Para a presente revisão do Plano de Prevenção, foi solicitado o apoio dos responsáveis de serviço e unidades funcionais para o mapeamento dos processos com maior probabilidade de ocorrência de riscos de corrupção e infrações conexas, a identificação de novas atividades e riscos associados e quais as medidas de controlo ou prevenção dos riscos de cada serviço ou unidades, submetida à avaliação e apreciação do Conselho de Administração.

Com base na informação recolhida e de acordo com as áreas consideradas de risco agravado pelo CPC, foram identificadas as seguintes áreas de risco, destacando-se em cada uma delas os processos suscetíveis de comportar maiores riscos de corrupção e infrações conexas:

- Serviço de Aprovisionamento e de Logística
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos
- Serviço de instalações e Equipamentos
- Serviço de Gestão Financeira
- Serviço de Saúde Ocupacional

Para funcionar de forma eficaz o processo de gestão e prevenção de riscos exige o empenho dos membros do conselho de Administração, a atribuição de responsabilidades dentro da Instituição, bem como a atribuição de recursos adequados para a formação e o desenvolvimento de uma sensibilização ao risco de Deste modo, cabe ao Conselho de Administração a responsabilidade de definir a direção estratégica e os critérios de gestão do risco, e criar o ambiente para que a gestão dos riscos funcione de forma eficaz. Aos responsáveis/coordenadores dos serviços e unidades cabe a responsabilidade de cumprir o Plano na respetiva parte, de identificar, recolher e comunicar ao Conselho de Administração as probabilidades de ocorrência do risco e a respetiva gravidade, responsabilizando-se pela implementação e eficácia das medidas de controlo interno de forma a mitigar o risco nas suas áreas de atuação.

O serviço de auditoria interna tem também um papel importante na implementação do Plano de Prevenção, dando apoio e participando de forma ativa no processo de gestão do risco, e acompanhando a execução das medidas do Plano e na elaboração do respetivo relatório anual

Na definição e avaliação do risco, a presente revisão do Plano toma como referência o guião do CPC, o qual estabelece que os riscos devem ser classificados em concordância com uma escala de risco elevado, moderado e fraco. O grau de risco é definido em função de duas variáveis, a probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco e a gravidade das consequências das infrações que pode suscitar.

Assim a escala do risco é a seguinte:

Probabilidade de ocorrência (PO) e gravidade da consequência (GC):

1 – Baixo;

2 – Médio;

3 – Alto

Graduação do risco (GR):

1- Fraco;

2 – Moderado;

3 - Elevado

GRADUAÇÃO DO RISCO

Probabilidade Gravidade	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Fraco	Fraco	Moderado

SERVIÇO DE APROVISONAMENTO E LOGISTICA

Atividade	Identificação dos Riscos	PO	GC	GR	Medidas Preventivas
Aquisição de bens e serviços	* Violação dos procedimentos de formação pré-contratual constantes no CCP quanto à aquisição de bens e serviços * Falta de convite a novos fornecedores nos procedimentos de ajuste direto	1	3	2	Elaboração de um Manual de procedimentos do SAL Utilização das Plataformas Eletrónicas para tramitação dos procedimentos de aquisição Constituição de uma base de dados de fornecedores, atuais e potenciais e sua constante atualização; Promoção da rotatividade de fornecedores e prestadores de serviço; Júris nomeados, *ad hoc,* para cada procedimento e de composição distinta Segregação de funções; Conferência de informação intermédia e final;
	* Favorecimento de fornecedores *Utilização e passagem de informação privilegiada *Conluio entre os adjudicatários e os funcionários	1	3	2	

	* Fracionamento de despesa * Violação das regras de autorização da despesa	1	2	1	Verificação prévia aos procedimentos de formação de contratos da autorização para despesa Estreita colaboração com o serviço financeiro para verificação dos requisitos de autorização da despesa
Aquisição de bens e serviços	Desempenho inadequado, dos fornecedores em termos de prazo, qualidade ou preço	2	2	2	Desenvolver a avaliação periódica de fornecedores em termos de qualidade, cumprimento de prazos e das quantidades encomendadas;
	Intervenção em processo em situação de impedimento	2	2	2	Ampla divulgação do regime de impedimentos
	Excesso de compras que se poderão tornar inutilizáveis ou obsoletas	1	2	1	Maior planificação de stocks e encomendas Implementação de instrumentos de gestão previsional com vista a prover necessidades de serviços e unidades;
	Entrega pelos fornecedores de quantidades de materiais inferiores às contratadas	1	1	1	Todo o material é verificado pelos funcionários e a conferência não é realizada sempre pelo mesmo funcionário

Gestão de renovação de contratos	*Falha do sistema de alerta de renovação de contratos *Renovação automática de contratos, sem a necessária avaliação da necessidade de renovação	2	2	2	Elaboração e revisão mensal de uma listagem de contratos suscetíveis de renovação, para que a avaliação da renovação se processe com uma antecedência mínima de 120 dias relativamente ao prazo de renovação Criação e implementação de um sistema de alertas informático

GESTÃO DE EXISTÊNCIAS

Atividade	Identificação dos Riscos	PO	GC	GR	Medidas Preventivas
Gestão de Existências	Receção e despacho não controlado física e qualitativamente	2	1	1	Segregação de funções; Efetiva evidência de quem receciona os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante; Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por colaborador com competências específicas Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente; Conferência da informação intermédia e final; Inventariações cíclicas de modo a garantir a informação contabilística; Medidas para controlo de prazos; Acompanhamento e supervisão da atividade pelos dirigentes; Implementação de instrumentos de gestão previsional com vista a prover as necessidades dos serviços e unidades departamentais
	Existências não controladas nos serviços	1	1	1	
	Ajustamentos não aprovados ou não contabilizados através de procedimentos inadequados	1	1	1	
	Stocks contabilísticos sem frequentes reconciliações com o inventário físico	1	2	1	

Armazenagem	Desvio de materiais Retenção Indevida de materiais	1	2	1	Realizações de verificações trimestrais aos armazéns do Aprovisionamento e de Farmácia Dificultar acesso a bens "desejáveis"

GESTÃO DO IMOBILIZADO

Atividade	Identificação dos Riscos	PO	GC	GR	Medidas Preventivas
Verificação de material no ato da receção de encomendas	Receção não controlada física e qualitativamente Entrega pelos fornecedores de qualidades inferiores às contratadas, ou de diferente qualidade	1	2	1	Assegurar segregação funções entre quem encomenda e quem recepciona; Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio entre colegas ou fornecedores Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controle interno existente
Utilização de bens Públicos	*Ativos desviados por colaboradores e terceiros *Retenção indevida de materiais	1	2	1	Verificações periódicas a bens de elevado valor de risco de desaparecimento; Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos
Abates Transferência de	Utilização indevida para fins privados	2	1	1	Verificações aleatórias se os bens continuam no local; Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate

Bens	Proposta indevida de bens para abate				Desenvolvimento de mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens imobilizado
	Abates e transferências indevidas com ou sem autorização do CA				