Plano de Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
Reunião do Conselho de Administração
16 12 2021

Autorizado o plano. Deve ser submetido às entidades competentes, em articulação com o Dr. André Santos.

Presidente
(Margarida Ornelas)

Diretora Clínica
(Ana Pais)

Enfermeiro Diretor
(João Moreira)

Vogal Executivo
(Luís Filipe)

Vogal Executiva
(Catarina Monteiro)

Instituto Português de Oncologia de Coimbra - Francisco Gentil, E.P.E

Versão Novembro de 2021

Preâmbulo

Os riscos de atividade, operacionais ou não poderão traduzir-se em perdas potenciais resultantes de sistemas inadequados, falhas de gestão, falhas humanas, controlos defeituosos, fraude ou erros.

Compete às entidades desenvolver os mecanismos que lhe permitam adequadamente gerir os riscos que podem afetar a prossecução das suas atribuições e competências.

Qualquer atividade que envolve atos de gestão, que envolve colaboradores e utentes que tem processos com tomadas de decisão ou que está sujeito a interações diversas enfrenta riscos diversos que importa mitigar.

A gestão do risco deverá ser um processo transversal a toda a Instituição e um requisito fundamental nos processos de tomada de decisão. A cultura da gestão do risco é um instrumento de gestão poderoso que importa pois desenvolver.

Este plano de gestão de Risco não irá abordar a área quer do Risco Clínico quer do Risco Geral, entendendo-se por Risco Geral, toda a área que envolve o risco de trabalhadores e utentes no decurso das suas variadas interações com a Instituição, numa vertente de Segurança e Saúde no trabalho, enquanto que Risco Clínico envolve toda a área de prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Dispersos por toda a Organização existem Riscos Técnico-Operacionais (que não o clínico) e Riscos Económico-Financeiros que devem deve ser identificados, avaliados e monitorizados, e este documento numa perspetiva transversal a toda Instituição tem como objetivo mapeá-los criando rotinas de monitorização.

Com a criação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), Lei nº 54/2008 de 4 de Setembro foi criada uma entidade administrativa independente (a funcionar junto do Tribunal de Contas) que desenvolve uma atividade de cariz nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Este Conselho emitiu variadas recomendações neste domínio, incumbindo aos órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, independentemente da sua natureza a elaboração de Planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

Este Plano visa também dar resposta a este pedido, cumprindo a obrigação legal do IPO de Coimbra de se pautar por princípios de interesse geral, nomeadamente, na prossecução do

interesse público, na igualdade, na proporcionalidade, na transparência, na justiça, na imparcialidade, na boa-fé e na boa administração, uma vez que, e nos termos da Recomendação n.º 1/2009, o fenómeno da corrupção constitui uma violação clara de tais princípios.

O Plano de Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PRAiRCIC) do IPO de Coimbra, prevê de acordo com a Recomendação do CPC de 7/11/2012 a inclusão e identificação de potenciais situações de conflito de interesses, passíveis de ocorrer nas diferentes áreas de actuação da sua estrutura orgânica.

Este documento incorpora as sugestões e alterações, resultantes do 6º Relatório de Execução do Plano de Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado em 12 de novembro de 2021 pelo Conselho de Administração do IPO de Coimbra.

Índice

I – Caracterização do IPO de Coimbra

Natureza

O Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., doravante abreviadamente designado IPO de Coimbra, é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, criada pelos Decretos-Lei n.os 93/2005, de 7 de Junho, e 233/2005, de 29 de Dezembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de Fevereiro.

Missão

O IPO de Coimbra, tem a missão de desenvolver acções nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde.

Visão

O IPO de Coimbra, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral.

O Instituto tem, também, por objecto desenvolver actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respectiva capacidade formativa, podendo ser objecto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

Valores

A estrutura e a organização da atividade do IPO de Coimbra são definidas em função da dignidade humana e interesses dos utentes, numa perspectiva de promoção da saúde da comunidade e de satisfação das necessidades individuais de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade, o IPO de Coimbra pauta-se pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e oportunos, pela eficácia e eficiência técnica e económica, pela melhoria e actualização contínuas e pelo cumprimento dos compromissos assumidos nos contratos-programa.

No que respeita à gestão dos recursos humanos, o IPO de Coimbra define a estrutura e organiza a actividade em função da promoção da qualificação profissional, científica e técnica dos trabalhadores, da cultura da excelência e do espírito de equipa.

Atribuições e Estratégias

As atribuições do IPO de Coimbra, constantes dos seus Estatutos e do seu Regulamento Interno, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos-programa em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Estrutura

A estrutura organizacional do IPO de Coimbra, hierarquizada de acordo com as relações evidenciadas no organograma apresentado em anexo, assenta numa tipologia tripartida em Serviços de Prestação de Cuidados, Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados e Serviços de Gestão e Logística, e constitui-se da seguinte forma:

1 – Órgãos Estatutários:

- Conselho de Administração (CA), o órgão de administração do Hospital, que exerce todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos;
- O fiscal único, o órgão de fiscalização, responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da Instituição;
- Conselho consultivo, o órgão de consulta que acompanha a atividade do IPO de Coimbra, aprecia os planos de actividade, e emite recomendações, tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços.

2 - Comissões de apoio técnico de carácter consultivo:

- A comissão de Ética Para a Saúde;
- A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
- A Comissão de Farmácia e Terapêutica;

- A Comissão Médica;
- A Comissão de Enfermagem;
- A Direcção do Internato Médico;
- O Gabinete Coordenador da Formação;
- O Conselho Científico;
- O Gabinete Coordenador da Investigação.
- Comissão Local de Informatização Clínica
- Comissão Transfunsional
- Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
- Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica
- Comissão de Gestão do Risco
- Unidade Local de Gestão do Acesso
- Grupo Coordenador Local- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

3 - Auditoria interna:

- O Serviço de Auditoria Interna do IPO de Coimbra, enquanto uma instância estruturante do seu governo, dirigido pelo auditor interno, a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.

II – Identificação dos riscos de atividade incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas e respetivas medidas preventivas

Conceito de Risco

Devemos entender o risco como algo que ocorrendo pode criar constrangimentos no alcance dos objetivos a que a entidade se propôs.

O impacto dos riscos deverá ser mensurável e a probabilidade deles ocorrerem deverá ser estimada. O risco é a probabilidade de um evento acontecer e de ter uma consequência, um impacto.

Gestão de riscos

A gestão do risco é uma atividade que assume um carácter transversal, constituindo uma das grandes preocupações dos diversos Estados e das organizações de âmbito global, regional e local.

Trata-se de um processo de análise metódica, relativo ao risco inerente à atividade de cada Organização.

O IPO de Coimbra, não é exceção, e reconhece a importância do seu papel como garante ao adequado funcionamento da Instituição, internamente e nas suas relações com meio envolvente, na medida em que este apenas será alcançado se for assegurado o cumprimento dos regulamentos internos e externos a que o Hospital está sujeito, sejam os Estatutos, Regulamentos e Procedimentos, a legislação vigente ou as obrigações contratuais às quais se vinculou.

A gestão de topo deverá conceber uma estratégia transversal à Instituição que identifique os processos críticos (onde os impactos dos riscos potenciais sejam maiores) e contribuir para que a Instituição opere em níveis elevados de segurança.

O processo de gestão de riscos deverá ser dinâmico e consistente identificando, avaliando, mitigando e controlando permanentemente os processos, permitindo que a Instituição atinja os objetivos a que se propôs.

Tipos de Risco

O risco é um conceito extremamente multifacetado, e demasiado amplo quando analisado numa Instituição com as características do IPO de Coimbra, talvez por isso seja útil, compreendê-lo em dois grandes grupos, como forma primária de análise.

Salvaguardando o facto de deixarmos de fora, o Risco Técnico associado ao Risco Clínico, e o Risco Geral porque não é o objetivo do presente documento, importa entender que existe um Risco Técnico-Operacional disperso por toda a Organização, e que este deve ser monitorizado.

Desta forma temos o Risco Económico-Financeiro, que compreende o Risco associado à gestão e prática de actos materialmente diferenciados, traduzidos em informação prestada, ou fluxos monetários reais. Por ultimo o Risco Técnico-Operacional, que entendemos ser aquele que coloca em causa Princípios como o da transparência e equidade, ou conceitos genéricos mas pertinentes como o da eficiência, razoabilidade e boa escolha.

Existem responsabilidades éticas, técnicas e operacionais que podem não resvalar num Risco Económico-Financeiro, mas que poderão assumir um Risco operacional, descaracterizador do Código de Ética e dos Princípios de Bom Governo.

Matriz de Risco

A classificação dos riscos identificados será realizada em função da probabilidade da ocorrência dos mesmos (PO) e em função da severidade do impacto por Grupo de Risco, seja ele Económico-Financeiro (REF) ou Técnico-Operacional (RTO). Em qualquer um dos casos, a classificação é efectuada segundo uma escala de risco fraco (F), risco moderado (M) e risco elevado (E)

Noções de corrupção e infracções conexas

De modo a facilitar a compreensão do presente plano, importa clarificar as noções de corrupção e infracções conexas.

Por corrupção entende-se a prática de um qualquer acto ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro.

De infracções conexas são denominadas o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influências e a participação económica em negócio, actividades que têm em comum a finalidade de obtenção de uma vantagem ou compensação não devida.

Identificação dos Responsáveis / Intervenientes

É facilmente perceptível que o Risco Técnico-Operacional é algo transversal a toda a Instituição, já não sucedendo o mesmo com o Risco Económico-Financeiro, sendo igualmente certo para ambos os casos, que este plano terá especial incidência nas áreas chave de Autoridade e Responsabilidade da Organização, funcionando a partir daí o controlo através das linhas hierárquicas de responsabilidade e *reporting*.

O modelo de gestão e governo tradicional da generalidade das Organizações acaba por centrar o grosso do Risco Económico-Financeiro nas tradicionais estruturas administrativas e nos seus decisores, sendo deles, mediante o normativo interno e externo vigente, a responsabilidade final nas relações com entidades externas, tendencialmente as potenciadoras de maior risco.

Poderemos dizer que o ultimo filtro e controlo das acções com elevado risco será sempre destes decisores, não estando contudo livres de serem induzidos a montante por decisões técnicas ou operacionais importantes para as opções tomadas.

A solução e sucesso dum plano que contemple este tipo de riscos, estará sempre assente num conjunto de medidas preventivas e correctivas que deverão acompanhar a acção dos colaboradores, sejam elas:

- Descrição e desenho funcional dos Procedimentos Internos de cada serviço.
- Manual de Controlo Interno actualizado e dinâmico.
- Controlo hierárquico regular e focalizado às actividades internas do próprio serviço.
- Correcta divulgação interna dos normativos institucionais, tenham eles origem no Conselho de Administração ou nas próprias Direcções de Serviço,
- Partilha e actualização das constantes alterações à Legislação externa de enquadramento à atividade.

No quadro abaixo apresentado, definem-se e identificam-se os vários decisores, por serviço, envolvidos na gestão do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do IPO de Coimbra, sob a direção do órgão dirigente máximo, o Conselho de Administração.

- Risco Económico-Financeiro e Técnico-Operacional

Decisores e Intervenientes		Responsabilidades
Conselho de Administração	Presidente	São os Responsáveis e Gestores Máximos do Plano. Definem o modelo, as regras e os critérios de gestão do risco na Instituição. Dentro das suas competências recebem, actuam e comunicam os riscos detectados
	Vogais Executivos	
	Vogal Executivo - Dir. Clínica	
	Vogal Executivo - Dir. Enfermagem	
Fiscal Único		Entidade externa com competência para fiscalizar, detectar e relatar as inconformidades Económico-Financeiras da Instituição.
Direcções dos Serviços de Gestão e Logística	Gestão de Recursos Humanos	Responsáveis pelo cumprimento do Plano. Identificação recolha e comunicação de riscos associados à actividade Implementação controlo e monitorização das medidas de controlo de risco nos seus Serviços Zelar pelo cumprimento do Código de Ética
	Gestão Financeira	
	Planeamento e Controlo de Gestão	
	Gestão e Informação do Utente	
	Aprovisionamento	
	Gestão dos Sistemas de Informação	
	Gestão Hoteleira	
	Instalações e Equipamentos	
	Gabinete Jurídico	
Auditor Interno		Relata, verifica e valida o cumprimento das medidas previstas no Plano. Sugere alterações de forma e conteúdo ao Plano aprovado

- Risco Técnico e Operacional

Decisores e Intervenientes		Responsabilidades
Conselho de Administração	Presidente	São os Responsáveis e Gestores Máximos do Plano Definem o modelo, as regras e os critérios de gestão do risco na Instituição Dentro das suas competências recebem, actuam e comunicam os riscos detectados
	Vogais Executivos	
	Vogal Executivo - Dir. Clínica	
	Vogal Executivo - Dir. Enfermagem	
Direcções dos Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde	Serviços do Departamento de Radioterapia Imagiologia e Medicina Nuclear	Responsáveis pelo cumprimento do Plano. Identificação recolha e comunicação de riscos associados à actividade Implementação controlo e monitorização das medidas de controlo de risco nos seus Serviços Zelar pelo cumprimento do Código de Ética
	Serviços do Departamento de Especialidades Médicas	
	Serviços do Departamento Laboratorial	
	Serviços do Departamento de Especialidades Cirurgicas	
Direcções dos Serviços e Unidades de Suporte à Prestação de Cuidados de Saúde	Serviço de Farmácia Hospitalar	
	Serviço de Física Médica	
	Serviço Social	
	Serviço de Estirilização	
	Gabinete de Estomaterapia	
	Unidade de Nutrição	
	Unidade de Psicologia Clínica	
	Hotel	
Auditor Interno		Relata, verifica e valida o cumprimento das medidas previstas no Plano. Sugere alterações de forma e conteúdo ao Plano aprovado

É neste contexto que o IPO de Coimbra, dedica este segundo capítulo à identificação e apresentação das áreas que considera mais atreitas a riscos incluindo os de corrupção e infrações conexas, e subsequente exposição do plano de medidas orientadas para a prevenção da sua ocorrência.

A perspectiva adoptada, não incidirá no detalhe exaustivo dos procedimentos, por actividade de risco em cada uma das áreas de análise, mas sim na identificação das áreas chave a monitorizar, nos riscos de actividade associados a cada uma delas, e principalmente nas medidas e nos referenciais de controlo interno a aplicar.

Para tal, e recorrendo à utilização dos quadros apresentados nas páginas seguintes, serão enumeradas em cada uma dessas áreas, as actividades potencialmente geradoras de risco, as quais serão devidamente especificadas e classificadas. Serão ainda identificadas as medidas de prevenção adoptadas e o seu grau de implementação bem como os manuais de políticas internas, que lhes estão associadas.

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Valores, Deveres e Atitudes								
Responsáveis: Conselho de Administração e Directores dos diversos Serviços								
Situações que potenciam o risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Exercício ético e profissional das funções	Quebra dos deveres funcionais e valores definidos para o IPOCFG, E.P.E.	F	F	E	Definição e publicação de princípios, normas éticas e planos de procedimentos;	E	Código de Ética do IPOCFG, E.P.E. Regulamento da Comissão de Ética do IPOCFG, E.P.E. Estratégia de Comunicação do IPOCFG, E.P.E. Estatutos; Regulamento Interno do IPOCFG, E.P.E. Organograma do IPOCFG, E.P.E. Manual de Incentivos; Cartão de Identificação dos Colaboradores do IPOCFG, E.P.E.; Política de Segurança/Vigilância do IPOCFG, E.P.E Código do Trabalho Manual "Delegados de Informação Médica - Regulamento de Acesso"; Modelo de Participação de Ocorrências - OS nº3 de 22/1/2007 Lei Geral Trabalho em Funções Públicas 35/2014 Art. 52º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro a declaração de independência e inexistência de participação patrimonial /conflito de interesses Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades Carta Ética - Dez princípios Éticos da Administração Pública Regulamento Pós Mortem Acesso Público de Regime de Ofertas Código de Boa Conduta para prevenção e combate ao Assédio no IPO de Coimbra Plano de Igualdade de Género	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento das normas de conduta;	E		
					Exercício poder disciplinar previsto Lei Geral Trab. Funções Públicas	E		
					Estabelecimento de programas de compensação que incluam bónus relativos a incentivos, motivando e reforçando o desempenho extra	F		
Dádivas de agentes externos	Tráfico de influências	M	M	E	Proibição aos dirigentes, chefias e trabalhadores de pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios, à excepção das ofertas ou hospitalidade de reduzido valor;	M		
					Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de presente;	E		
					Divulgação pública da política do IPOC no que concerne ao recebimento de presentes.	F		
Relações de hierarquia e delegação de competências	Falha de Controlo Processual e Hierárquico	M	E	E	Estruturação organizacional do IPOCFG, E.P.E., adequada às suas necessidades, com um sistema de responsabilização capaz de promover relações directas de reporte;	E		
					Definição e publicação dos níveis de autoridade e das delegações e subdelegações de competências;	E		
					Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança;	F		
					Exercício poder disciplinar previsto Lei Geral Trab. Funções Públicas	E		
Relações interpessoais	Assédio moral ou discriminação de colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	F	F	M	Formação de dirigentes, chefias e trabalhadores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir;	F		
					Participação de Ocorrência em Modelo Próprio de conhecimento generalizado divulgado em Ordem de Serviço	E		
	Tomada de medidas lesivas contra trabalhadores que reportem actos de corrupção, ou má conduta	F	F	E	Conhecimento geral quanto à obrigatoriedade de instauração de acções disciplinares contra colaboradores que conheçam violações e não as denunciem	F		
	Dissimulação ou não detecção de conduta corrupta de trabalhadores	F	M	M	Realização de auditorias regulares aos trabalhos efectuados sem supervisão ou expostos a maiores riscos de corrupção.	M		
Acumulação de funções público-privadas	Utilização de recursos públicos no exercício de actividade privada.	M	E	M	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 29º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, sujeito a revisão e confirmação anual; Sujeição ao Normativo Legal aplicável	E		
	Exercício da actividade privada durante o horário de trabalho	M	M	M				
	Exercício de actividades não autorizadas	F	F	M				
	Isenção e imparcialidade exigidas no exercício de funções, através da inexistência de conflitos de interesse	F	E	M				
Dever de sigilo	Divulgação de informação privilegiada a ex-trabalhadores, concorrentes, fornecedores ou outros interessados, com os quais mantenha relações de amizade ou dos quais obtenha qualquer outra vantagem	M	M	M	Sujeição de todos os dirigentes, chefias e colaboradores ao dever legal de sigilo;	E		
					Avaliação e implementação os níveis de segurança e controlo de acesso à informação.	E		
	Divulgação sem autorização à comunicação social de informação susceptível de criar perturbação	M	M	M	Divulgação do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas	E		

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Controlo Interno e a Auditoria								
Responsáveis: Director do Serviço de Gestão Financeira, Auditor Interno, Aprovisionamento e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Relacionamento com terceiros	Prestação de informação inadequada, incompleta, desactualizada ou falsa	M	F	M	Definição de níveis de responsabilidade;	E	Manuais dos diversos serviços; Planos de acção anuais; Relatórios de actividades anuais; Política e Procedimentos - Revisão; Manual de Controlo Interno; Manual "Auditoria Interna - Regulamento";	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Acompanhamento pelos dirigentes e reporte aos mesmos das matérias questionadas.	E		
Falha de articulação entre os serviços	Não articulação dos Serviços de Gestão e Logística, com os Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde e os Serviços de Suporte à Prestação dos Cuidados de Saúde	F	F	F	Implementação de processos e procedimentos de articulação interdepartamental	M		
					Implementação de reuniões periódicas de acompanhamento das actividades;	M		
Revisão de metodologias	Não adopção de novas metodologias e falta de conformidade com a lei vigente	M	F	M	Mecanismos de actualização periódica dos manuais de políticas	M		
					Responsável pela gestão das actualizações e acompanhamento das mesmas	F		
Comprovativo de execução	Inexistência de mecanismos por si só de comprovação da realização de determinadas actividades e respectivo responsável	M	M	M	Todos os procedimentos e controlos manuais devem ser formalmente evidenciados no documento de suporte de cada transacção como forma inequívoca de demonstrar a sua execução;	E	Manual "Política da Comissão de Gestão do Risco" Manual "Metodologia de avaliação de riscos" Manual "Gestão do Risco - Circuito para a Avaliação do Risco" Manual "Gestão do Risco - Política, Estrutura e Responsabilidades" Manual de Controlo Interno Plano Prevenção de Riscos Infracções Conexas do IPOCFG,E.P.E. Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades	
					A identificação dos colaboradores nos documentos deve incluir o Nº Mecanográfico e a data	E		
Sistema de Controlo Interno	Risco de falhas dos procedimentos e processos definidos	M	E	E	Definição prévia da estratégia e dos objectivos;	E		
					Estruturação e desenho prévio das actividades a realizar prevendo segregação de funções, para que um colaborador não esteja envolvido, simultaneamente, no registo e processamento de uma transacção	E		
					Identificação, avaliação e gestão dos riscos;	E		
					Desenho prévio dos sistemas de informação e formas de comunicação;	E		
					Desenho prévio das actividades de monitorização;	M		
					Sistema de Comunicação de Irregularidades	E		
					Identificação dos intervenientes envolvidos nos processos com identificação do responsável pelo mesmo	F		
					Realização da avaliação periódica e contínua da eficácia e eficiência dos procedimentos de controlo interno implementados no IPOCFG, E.P.E..	M		
Gestão do risco geral	Não adequação / adaptação às particularidades de cada serviço	M	M	M	Definição da filosofia de gestão que reflicta os valores da entidade, influenciando a sua cultura operacional, e a forma como os riscos são identificados, aceites e geridos, e ainda a forma como os componentes da gestão de risco são postos em prática	E		
					Elaboração da estrutura funcional e desenho das suas actividades organizadas de forma a assegurar uma efectiva gestão do risco;	M		
					Definição de mecanismos de supervisão e auditoria para o cumprimento das regras, procedimentos, princípios e valores do IPOCFG, E.P.E.;	M		
	Não existência de uma filosofia de gestão do risco (gestão do risco de corrupção reactiva), ou de uma gestão do risco que não inclua os riscos de corrupção e infracções conexas	E	E	E	Monitorização do Sistema de Controlo Interno	M		
					Divulgação do Plano de Prevenção de Riscos e Infracções Conexas do IPOCFG, E.P.E.	E		

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas -Tecnologias da Informação								
Responsáveis: Director do Serviço Gestão de Sistemas de Informação, Planeamento e Controlo de Gestão e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Apoio ao planeamento, monitorização e controlo da actividade, avaliação de desempenho e prestação de informações a terceiros	Fiabilidade dos registos realizados pelos colaboradores nos Sistemas de Informação	M	M	E	Promoção de acções de formação e sensibilização;	M	Manual "Procedimentos em caso de Falha ou Avaria dos Sistemas de Informação fora do Horário Normal de Serviço" Plano "A evolução dos Sistemas de Informação do IPO de Coimbra" Procedimentos para destruição de Hardware Política de Disaster Recovery Política de Uso de computadores Medidas de redução de ameaças provenientes de software com potencial vírus Procedimentos Operacionais específicos do SGSI Norma 4.27 Confidencialidade de dados Procedimento de Atribuição de palavra passe exclusiva por utilizador Preservação da Integridade dos dados informáticos do colaborador que deixa a Instituição Políicas de Backup Procedimeto para criação, gestão, armazenamento seguro e destruição de registos electrónicos Manual "Regras de Utilização dos Computadores" RGPD Plano de Segurança	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Supervisão e segregação das funções no controlo e monitorização	F		
	Fiabilidade dos próprios Sistemas de Informação	F	M	E	Realização de testes e constante monitorização ao sistema	M		
	Obsolescência do Hardware	E	E	E	Monitorização dos Equipamentos	E		
					Redundâncias	E		
	Obsolescência do Software	E	E	E	Atualizações, updates e upgrades	E		
					Verificação dos contratos de manutenção e prazos de garantia	E		
	Fragilidade da Arquitetura dos Sistemas de Informação	M	F	M	Antecipação das necessidades ao nível dos sistemas e dos processos	E		
					Formação	E		
					Elaboração do plano operacional que permita a planificação atempada das necessidades de selecção, aquisição/contratação, manutenção e abate da infra-estrutura tecnológica.	E		
Registo e acesso a dados dos Sistemas de Informação	Divulgação de informação sigilosa de utentes, trabalhadores e da instituição no seu todo	M	M	E	Procedimentos de controlo de acessos, autorização e autenticação dos recursos e serviços de Tecnologias de Informação disponibilizados;	E		
					Procedimentos de classificação da informação em termos de confidencialidade e de partilha pelos utilizadores;	E		
	Acesso indevido a dados clínicos	E	E	E	Análise de perfis e reajuste de permissões de acesso	E		
	Risco de acesso, perda, modificação ou adulteração de informação constante nos Sistemas de Informação - Cybersegurança	M	E	E	Aplicação de medidas de segurança aos pontos de controlo da rede e regulação do tráfego de dados.	E		
					Identificação, classificação e monitorização dos componentes mais críticos da infra-estrutura tecnológica;	E		
	Registo de dados incompletos	E	E	E	Sensibilização e supervisão hierárquica	F		
	Crash informático que afete o normal funcionamento do IPOCFG	F	M	E	Procedimentos de salvaguarda (backup) e recuperação/reconstrução de informação; redundância e mirroring	E		
	Falha no controlo de acessos remotos	F	E	E	Monitorização alarmística, política de firewall	E		
					Reforço no controlo de acessos para questões de teletrabalho	E		
Risco Físico com Data Center e Serviço Informática	Acesso não autorizado a equipamentos centrais	M	E	E	Implementação do Plano de Segurança	E		
	Catástrofes com danos físicos	E	E	E				

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Gestão de Recursos Humanos								
Responsáveis: Director do Serviço de Gestão de Recursos Humanos e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Recrutamento e Selecção de Pessoal	Quebra dos deveres de transparência, isenção, equidade, imparcialidade e objectividade na selecção do cargo ou do candidato ao cargo	F	F	E	Regulamentação do processo de abertura de novo cargo/posição/posto de trabalho	E	Plano de Igualdade de Género ACT Farmacêuticos ACT Técnicos Superiores Diagnóstico e Terapêutica ACT Carreiras Gerais ACT Médicos ACT Enfermeiros Programa de Integração Institucional Manual "Política de Recursos Humanos"; Regime de Recrutamento e Selecção dos Recursos Humanos; Regulamento dos Horários de Trabalho do IPOCFG, EPE Regulamento Interno de Incentivos Manual do SIADAP Código do Trabalho Lei Geral Trabalho em Funções Públicas 35/2014 Regulamento Produção Adicional	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Necessidade de contratação deve ser expressa pelo serviço em documento dirigido ao CA com os fundamentos para a contratação de um novo colaborador	E		
					Publicação para cada concurso, dos requisitos formais a cumprir, do perfil exigido, da composição do júri e dos métodos de selecção	E		
					Rotatividade dos funcionários para constituição de Júris	E		
					Publicação dos resultados dos concursos	E		
	Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício das funções/cargo/posição	M	M	M	Definição das qualificações, competências e perfil exigido para a função, num processo de recrutamento	E		
					Certificação de que as pessoas compreendem as suas funções e os procedimentos que executam através de partilha de conhecimento	E		
					Supervisão e avaliação do trabalho dos novos colaboradores	E		
	Falsificação de habilitações ou currículo na perspectiva de subir o seu posicionamento	F	F	E	Exigência de certificados e diplomas de habilitações	E		
					Validação periódica das cédulas profissionais quando exigidas para o exercício profissional	E		
	Não cumprimento das formalidades exigidas por lei	M	F	E	Manual de procedimentos em conformidade com o normativo legal	E		
					Verificação de que o funcionário que autorizou a abertura do procedimento dispõe de competência para o efeito	E		
					Publicação nos termos da lei e com todas as menções nas situações sujeitas a anúncio	E		
Promoções	Utilização excessiva de mecanismos excepcionais de promoção na carreira que permitam discriminação ou favorecimento	F	E	E	Regulamentação da promoção nas carreiras	E		
					Avaliações periódicas de desempenho	M		
Avaliação de desempenho	Utilização de critérios pouco objectivos que permitam discriminação ou favorecimento	M	F	E	Definição de princípios orientadores com pouca margem de subjectividade	M		
					Avaliação do trabalho dos subordinados por dirigentes com bons conhecimentos técnicos	E		
					Intervenção do CA no processo de avaliação do SIADAP	M		
Assiduidade	Registos de faltas, férias e licenças em desconformidade	F	F	F	Validação hierárquica no fecho mensal da assiduidade	E		
	Utilização fraudulenta de certificados de incapacidade temporária	M	M	M	Monitorização da assiduidade por um sistema informático com controlo biométrico de entradas e saídas, e área de gestão pessoal, independentemente do regime e vínculo	E		
	Processamento em desconformidade com a Regulamentação	F	M	M	Verificação da fundamentação legal de todas as informações sobre faltas, férias e licenças	E		
Vencimentos	Negligente processamento das remunerações e outros abonos	F	E	F	Segregação de funções e responsabilidade das operações	E		
					Verificação da sobreposição de diferentes regimes de trabalho	E		
					Conferência da informação intermédia e final	E		
	Dolo no processamento das remunerações e outros abonos	F	E	M	Verificação de que os procedimentos seguido estão em conformidade com a lei e regulamentos	E		
					Verificação de que todos os documentos referentes a processamentos de abonos contenham a fundamentação legal necessária	E		
Registo individual dos colaboradores	Risco de falhas no registo da informação das bases de dados do pessoal	F	M	F	Segregação de funções	E		
					Cruzamento de informação	M		
	Acesso indevido às informações e quebra de sigilo	F	F	E	Medidas de segurança nos arquivos dos processos individuais	E		
					Acesso restrito aos funcionários do SGRH e interessados	E		

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Compras e Logistica								
Responsáveis: Directores dos Serviços Gestão Financeira, Aprovisionamento e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Aquisições e Contratações	Actos de Chefias / Dirigentes / Trabalhadores na realização de aquisições / contratações desnecessárias, agindo com um interesse familiar ou pessoal	M	E	E	Requisição interna deve conter informação completa e específica no que concerne à necessidade , às características técnicas do produto/serviço, e às quantidades que estima necessárias;	E	Manual Controlo Interno Manual Interno de Procedimentos Código dos Contratos Públicos Regulamento de Aquisição ou locação de bens, serviços e empreitadas de obras Manual Interno de Procedimentos Procedimento de Inventário de Final de Exercício Plano de Investimentos do IPOCFG	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Privilégio da busca de soluções internas em detrimento da aquisição;	E		
					Nomeação de comissões de escolha que analisam as propostas dos fornecedores mediante critérios de escolha previamente definidos e aprovados;	E		
					Assegurar um valor a partir do qual a compra tem de ser autorizada em CA, sem prejuízo dos casos em que existir Delegação Competências	E		
	Existência de conflitos de interesse que resultem no tratamento privilegiado ou discriminatório de um 3º agindo o Dirigente / Chefia / Trabalhador, com um interesse Pessoal / Familiar	M	E	E	Definição de normas e procedimentos que garantem o cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão;	E		
					Estabelecimento prévio, em conformidade com os preceitos legais em vigor, do valor de aquisição que determina se será aberto concurso, realizado ajuste directo ou consulta prévia, e respectiva divulgação;	E		
					Divulgação dos requisitos a cumprir, das características dos produtos/serviços requeridos e dos métodos de selecção;	E		
					Definição e publicação do circuito de aprovação interna.	E		
					Sempre que possível rotatividade dos funcionários na constituição de Júris;	M		
					Elaboração de relatório de avaliação, com critérios quantitativos e qualitativos	E		
					Declaração de inexistência de Conflitos de Interesse	E		
					Publicação dos resultados dos concursos Públicos;	E		
					Criação de base de dados com informação relevante sobre as aquisições e contratações.	E		
					Utilização da plataforma electrónica de desmaterialização de procedimentos concursais	M		
	Não cumprimento das formalidades exigidas por lei	F	E	E	Verificação de que o manual de procedimentos se encontra em conformidade com os preceitos legais;	M		
					Verificação de que a entidade que autorizou a abertura do procedimento dispõe de competência para o efeito;	E		
					Publicação nos termos da lei e com todas as menções nas situações sujeitas a anúncio	M		
Recepção das aquisições	Risco de falha de fornecedores e no controlo interno, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos	F	E	E	Definição de normas e procedimentos para os bens e serviços recepcionados, com registos completos e devidamente suportados;	E		
					Realização de controlo físico dos bens recepcionados, e sua conferência com a guia de remessa, exigindo-se que quaisquer situações anómalas sejam registadas nesse documento;	E		
					Conferência da factura com a nota de encomenda no momento da recepção e da conferência	E		
Stocks Serviços	Extravio de Materiais	E	E	E	Criação de Armazéns avançados com níveis de reposição ajustados à actividade	F		
	Prazos de validade e Stoks desajustados	F	M	E	Revisão cíclica de níveis de stock	E		
Gestão de Stocks	Quebras por extravio	E	E	F	Conferência de material entregue vs folha de expedição	E		
	Falsificação de requisições	F	E	E	Validação informática dos aviamentos diretamente nos serviços	E		
					Requisições informatizadas com acessos pré-definidos	E		
	Criação de stocks desajustados ao perfil de consumo	E	E	F	Revisão cíclica de níveis de stock	M		
	Dificuldade no armazenamento	F	E	F	Criação de zonas delimitadas de contenção	M		

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Gestão Financeira e Controlo de Gestão								
Responsáveis: Directores dos Serviços Gestão Financeira, Planeamento e Controlo de Gestão e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Operações contabilísticas e de tesouraria	Falhas nos registos, na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira	F	E	E	Segregação de funções e responsabilidades das operações;	E	Relatório e Contas do IPO de Coimbra. Certificação Legal de Contas Relatório de antiguidade de facturas. Manual de Controlo Interno Manual de Procedimentos Relatório Governo Societário Regulamento Produção Adicional	Revisão do Sistema de Controlo Interno e do Manual de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Acompanhamento e supervisão das actividades pelos dirigentes;	E		
					Conferência da informação intermédia e final;	E		
					Conferência dos registos contabilísticos com o Inventário e Imobilizado	E		
					Conferência diária dos valores de caixa;	E		
					Conferência dos balancetes de tesouraria com os saldos da contabilidade da conta caixa e bancos;	E		
					Elaboração de conciliações bancárias mensalmente;	E		
					Acompanhamento do saldo orçamental no período e por fonte de financiamento	E		
					Conferência das autorizações de pagamento com as facturas de suporte.	E		
	Pagamentos e recebimentos diferentes da dívida apurada; desvios de dinheiro e cobranças não depositadas oportuna e integralmente (NIB não corresponder à pessoa/Instituição correcta, transferência/pagamento de valor diferente do autorizado ....)	F	E	M	Independência entre a gestão de compras, a gestão de contas a pagar, a gestão de contas a receber, a gestão da produção e a gestão de tesouraria;	E		
					Segregação de funções entre quem processa e quem autoriza;	E		
					Promoção da conferência dos registos das transferências/pagamentos por outro colaborador que não aquele que os efectuou, garantindo que os valores a pagar representam passivos reais do Hospital;	E		
					Privilégio da utilização de recebimentos por transferência bancária, bem como a utilização das funcionalidades "homebanking";	E		
					Redução ao mínimo possível da utilização de cheques e dinheiro;	E		
					Toda e qualquer saída de numerário deve ser devidamente registada e documentada;	E		
					Manutenção dos fundos de maneio em sistema fixo, cujo valor é atribuído no início de cada ano pelo CA;	E		
					Determinação de um valor máximo para pagamentos a efectuar com recurso ao fundo de maneio.	E		
					Utilização de TPA para recebimento de valores	E		
					Referências MB para pagamento de taxas moderadoras	F		
	Reporte da Informação de Execução Orçamental por ausência de automatismos em XML	M	E	E	Cruzamento da Informação entre Contabilidade Patrimonial (Fluxos Caixa) e mapas 7.1 e 7.2 CICC	E		
	Cumprimento da LCPA	M	E	E	Cruzamento entre recebimentos e pagamentos no próprio ano	E		
					Monitorização avançada via Orçamento Económico	M		
					Acompanhamento e monitorização do FD versus compromissos gerados	E		
	Falhas na gestão da conta fornecedores	M	E	M	Definição de mecanismos de monitorização das facturas quanto ao bloqueio / desbloqueio para pagamento;	E		
					Circularização externa dos Saldos dos Fornecedores	E		
					Realização de conciliações entre o ficheiro SAFT e a contabilidade	E		
					Realização da reconciliação do total da conta corrente dos fornecedores com os saldos das contas do Razão.	E		
	Ajustamentos à facturação e saldos de clientes não aprovados, registados e contabilizados oportunamente	F	E	F	Todos os ajustamentos a clientes devem ser submetidos à aprovação do CA;	E		
					Circularização externa dos Saldos de Clientes	E		
Facturação	Episódios não facturados	M	E	E	Controlo e supervisão do circuito pré e pós facturação;	E		
					Auditorias de Controlo regular	M		
	Processo Global de Faturação	E	E	E	Multiplos cruzamentos entre Sistemas de Informação	E		
Fiabilidade da Informação Financeira	Retrato errado da posição financeira da entidade	F	E	E	Aplicação dos Princípios contabilísticos geralmente aceites, plano de contas do Min. Saúde e normas contabilísticas	E		
	Reporte errado Tutela e demais instituições	F	E	E				
	Consistência da informação	F	E	E	Auditoria externas (Fiscal Único)	E		
Produção Adicional	Processamento indevido nas cirurgias adicionais	F	F	F	Validação de registos	E		
	Processamento indevido nos MCDT em adicional	F	F	F	Cruzamento de Informação	E		
					Validação de acordo com a produção base definida	E		

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Instalações, Equipamentos e Serviços Hoteleiros								
Responsáveis: Directores dos Serviços de Instalações e Equipamentos, Gestão Hoteleira, Aprovisionamento, Serviços Financeiros e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Gestão de bens e equipamentos do IPO	Extravio, inutilização de bens e equipamentos por acção humana ou causas naturais	M	E	M	Seguros com Cobertura Multi-Riscos ajustada	E	Manual de procedimentos destinado à regulação do abate de bens; Manual de Controlo Interno Manual de Procedimentos do SIE Procedimento de Acesso às Instalações Fora de Horas Acordos de Comissão de Serviço Sistema Informático de suporte ao SIE- Requisições, Gestão de Folhas de Obra e controlo de Manutenções	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Controlo Acessos	F		
					Video-vigilância	F		
	Insuficiente acompanhamento da Gestão das Manutenções	M	E	E	Controlo por parte do SIE de todas as manutenções a efetuar em bens da Instituição	E		
	Uso indevido de equipamentos	M	E	M	Cláusula nos Acordos de Comissão de Serviço responsabilizando uma indevida/abusiva utilização de equipamentos	E		
					Controlo dos Mapas diários de veículos	E		
	Armazenagem e transferência de bens e equipamentos entre serviços sem comunicação, e consequente incapacidade de definição da sua localização	M	M	E	Definição de normas e procedimentos de circulação dos bens entre serviços, incluído entradas e saídas em armazéns, contendo delegação de competências e autoridade; Sistema Informático de Inventariação dos Bens Existentes	E		
	Cedência de equipamento por pessoa ou por órgão sem competência devida	F	E	E	Verificação, através de controlos internos ou externos, que os trabalhadores cumprem os procedimentos internos vigentes; Promoção de acções de fiscalização para a averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados;	M		
	Não inventariação de besn adquiridos	M	E	E	Análise das diferenças de stock apuradas na Inventariação Física;	E		
	Não inventariação de bens oferecidos à Instituição	M	E	E	Executar contagens fisicas periódicas e realizar inventários por serviços;	E		
	Propostas indevidas de bens para abate; abates sem autorização ou com autorização não certificada pelo órgão competente; bem abatido continuar nos serviços	F	E	F	Auditorias específicas contrapondo o registo com a loocalização do bem Comissão de Abate de Bens	E		
Gestão de Empreitadas	Não cumprimento da legislação e deficiente acompanhamento da subempreitada	F	E	E	Existência e cumprimento de um manual de controlo de empreitadas	E	Manual de Procedimentos de Acompanhamento de Projetos, Fiscalizações e Controlo de Empreitadas	
Gestão de Contratos Hoteleiros	Sobrepesagens dos materiais	F	E	F	Controlo aleatório de pesagens	E	Manual Gestão Integrada de Resíduos	
	Não cumprimento de legislação ambiental	F	E	F	Auditorias específicas	E	Plano de Higienização	
Gestão de valores e bens à guarda do IPO	Apropriação indevida de valores e bens que constituem e espólio do doente	F	M	M	Implementação de instrumentos de controlo que minimizem o risco de apropriação indevida do espólio	E	Regulamento Espólio de Doentes	

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Gestão e Informação ao Utente								
Responsáveis: Directores dos Serviços Gestão e Informação ao Utente, Qualidade e Comunicação e CA, Gabinete do Cidadão								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	REF	RTO				
Acolhimento dos utentes e recolha de dados	Erros de recolha e/ou digitação de dados dos utentes, e falhas na actualização dos registos	M	E	M	- Definição de regras e procedimentos de registos; - Articulação com o RNU - Definição de regras para alteração e atualização de registos - Definição de regras e procedimentos para o acolhimento dos utentes; - Definição e divulgação dos princípios e valores éticos do IPOCFG E.P.E., que concernem ao atendimento de utentes.	E	Manual "Registos no Processo Clínico - Identificação dos Profissionais"; Manual "Política de Admissão de Doentes do IPOCFG, E.P.E."; Manual "Procedimento de remarcação de consulta ou tratamento no IPO de Coimbra"; Manual "Informações Médicas e de Saúde - Procedimentos"; Manual "Acesso à Informação de Dados Pessoais"; Manual "Informação em Suporte de Papel - Coordenação"; Manual "Informação de Saúde - Amplitude da responsabilidade Profissional". Manual "Acesso Extemporâneo ao Arquivo" Módulo de Confidencialidade na Formação de Integração para Novos Colaboradores Procedimento Reembolso de Taxas Moderadoras Periodicidade de envio avisos para pagamento de Taxas Moderadoras	Revisão do Sistema de Controlo Interno Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
	Atualização de dados de identificação	M	E	M				
	Transparência de Procedimentos comprometida por tratamento privilegiado ou discriminatório a um 3º com base num conflito de interesses pessoal ou familiar	F	F	E				
Gestão de processos clínicos	Acesso indevido a informação (sigilosa) de saúde	F	F	E	Medidas de segurança nos arquivos clínicos ativos	M		
					Medidas de segurança nos arquivos clínicos semi-ativos	F		
					Definição de níveis de responsabilidade com passwords individuais	E		
					Procedimento sobre organização e circulação do processo clínico em papel	E		
					Implementação de controlo biométrico para acesso ao arquivo clínico	F		
					Perfis de acesso ao PCE com responsabilidades distintas	E		
					Divulgação aos profissionais das Normas / Procedimentos e Regulamentos de Acesso à Informação Clínica	E		
					Existência de processo clínico electrónico	E		
	Perda de Informação	M	F	E	Controlo da inserção de documentos no processo clínico pelos secretariados com procedimento de digitalização de informações de saúde vindas do exterior	M		
					Acesso restrito aos funcionários do arquivos, mensageiros e médicos envolvidos no tratamento do utente titular do processo em causa.	M		
Prestação de Informações de saúde	Divulgação de informação privilegiada a quem não tem direito legal à obtenção da mesma, fruto de falhas nas trocas de registos ou pedidos mal-intencionados	F	F	E	Verificação de que o requerente tem, de facto, direito legal aos dados de saúde exigidos, nomeadamente quando este não é titular da informação;	E		
					Verificação que a informação disponibilizada é, efectivamente, a requisitada e não houve lugar a trocas;	E		
	Não cumprimento das formalidades exigidas por lei	F	F	E	Cumprimento dos prazos de resposta	F		
					Monitorização / Divulgação dos tempos de resposta na elaboração de relatórios por parte dos serviços	M		
					Verificação de que o manual de procedimentos se encontra em conformidade com os preceitos legais.	E		
Organização administrativa atendimento	Prioridade indevida no atendimento a utentes	M	F	M	Procedimentos sobre agendamento , alterações a agendamento e ordem de chamada para consulta	M		
					Software de gestão de filas de espera	M		
Cobrança de taxas moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras	F	M	F	Manual de procedimentos rigoroso e sistemático que inclua sistema de fiscalização	M		
					Existência de TPA para pagamento presencial	E		
					Existência de pagamento por referência MB	E		
Informação ao Utente	Ocultação das reclamações dos utentes	F	F	E	Registo e tratamento de todas as exposições recebidas	E	Regulamento do Gabinete do Cidadão Folhetos Informativos	
					Multiplos canais de comunicação com o IPOCFG	E		
	Não cumprimento dos prazos de resposta	F	F	E	Reiterações contra atrasos dos serviços visados às audições do Gab. Cidadão	E		
	Não divulgação dos direitos dos utentes	F	F	E	Ampla divulgação dos direitos e deveres dos utentes na internet e em suporte papel	E		
					Informação ao utente sobre o modo de contacto com o Encarregado de Proteção de Dados	E		
					Informação ao utente sobre recolha, tratamento e acesso de dados nos termos do RGPD	E		
					Comunicação à ERS de todas as exposições recebidas antes e após tratamento	E		
Gestão de Transportes	Prescrição transportes a doentes sem requisitos legais	F	M	M	Implementação e utilização do Manual de Gestão de Transportes	E	Manual de Gestão de Transportes Software de Gestão de Transportes de Doentes	
	Erros associados à faturação dos transportes	F	M	M	Auditorias periódicas aos registos	M		
	Prescrição a doentes não associados a um ato assistencial	M	M	M	Software de requisição, gestão e validação de transportes- SGTD	E		
	Erros na contagem dos tempos de espera	M	M	M				

Riscos de Atividade incluindo Riscos de Corrupção e Infracções Conexas - Gestão Documental e Comunicação								
Responsáveis: Directores dos Serviços, Qualidade e Comunicação e CA								
Situações que potenciam risco	**Riscos associados**				**Medidas Preventivas**		**Manuais de políticas**	**Controlo e Monitorização**
	Descrição	**Classificação**			**Descrição**	**Grau de Implem.**		
		PO	**REF**	**RTO**				
Guarda e conservação dos documentos	Extravio de documentos por acção humana, interna ou externa, ou causas naturais	E	E	E	Centralização do registo e numeração de todos os documentos que dão entrada na Instituição;	F	Manual "Eliminação de Documentos - Procedimento" Ordens de serviço Circulares Informativas	Revisão do Sistema de Controlo Interno Estudo de avaliação à implementação de um Software de Gestão Documental Auditorias inseridas no Plano Anual de Auditoria Interna do IPOCFG
					Definição de regras e procedimentos de regulação do acesso aos documentos, do sua circulação entre colaboradores e serviços, e seu arquivo e destruição.	E		
Circulação documentos	Extravio de documentos	E	E	E	Instalação de sistema informático de Gestão Documental	F		
	Mau desempenho nos prazos de resposta e envio de informação - Tempestividade da Informação	F	F	E				
	Dispersão do arquivo da Organização	E	F	E				
	Envio de Informação Institucional não alinhada com a Política da Instituição	F	E	E				
	Violação de algum tipo de informação	M	M	M				
Comprovativo de execução	Inexistência de mecanismos por si só de comprovação da realização de determinadas actividades e respectivo responsável	M	F	M	Definição de um Work-Flow de Gestão Documental transversal ao IPOCFG, E.P.E.	F		
					A identificação dos colaboradores nos documentos deve incluir o Nº Mecanográfico e a data	E		
Utilização por terceiros da marca IPO	Apropriação indevida do nome /marca IPO	E	E	M	Monitorização da comunicação social e redes sociais	F		
					Publicação na página institucional da Internet de informação relativa a doações	F		
Inutilização de documentos	Violação de informação confidencial de dados de doentes e/ou colaboradores	F	M	M	Medidas que garantam a inacessibilidade a resíduos que contenham informação ou dados de natureza confidencial	E		

III – Conselho de Prevenção da Corrupção

A Lei nº 54/2008, de 4 de Setembro, criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas.

O CPC desenvolve uma atividade de cariz nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, no âmbito da qual aprovou, um conjunto de recomendações, que se encontram respeitadas neste plano:

- Recomendação de 1/7/2009- Elaboração de um Plano de Gestão de Riscos e Infrações Conexas, contendo a identificação por áreas dos riscos, as medidas preventivas, identificação dos responsáveis envolvidos na gestão do plano, elaboração de um relatório de execução e medidas de reporte, controlo e aplicação das recomendações.
- Recomendação de 7/4/2010- Publicidade dos Planos de Prevenção de riscos de Corrupção e Infrações Conexas, na Internet.
- Recomendação de 1/7/2015- Reforça as recomendações anteriores, a designação de um responsável geral, e a necessidade de as entidades realizarem ações de formação reflexão e esclarecimento dos seus planos.
- Recomendação de 2/10/2019- Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública que também revoga a anterior recomendação sobre a matéria, a Recomendação de 7/1/2015
- Recomendação de 8/1/2020 - Gestão de Conflitos de Interesse no Setor Público, que também revoga a anterior recomendação sobre a matéria, a Recomendação de 7/11/2012
- Recomendação de 6/5/2020 - Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19

Este Plano cumprindo a obrigação legal do IPO de Coimbra de se pautar por princípios de interesse geral, nomeadamente, na prossecução do interesse público, na igualdade, na proporcionalidade, na transparência, na justiça, na imparcialidade, na boa-fé e na boa administração, incorpora as preocupações e obrigações decorrentes das recomendações do Conselho de Prevenção de Corrupção.

IV – CHKS e ERS

A adesão voluntária do IPO de Coimbra a sistemas formais de acreditação e o cumprimento dos critérios insertos nos manuais da qualidade das respetivas entidades acreditadoras, nomeadamente CHKS (Caspe Healthcare Knowledege System) e OECI (Organization of

European Cancer Institutes), constituem opções estratégicas importantes que contribuem não só para a identificação dos principais riscos inerentes à atividade, mas também, para reforçar uma cultura interna de avaliação e minimização pro-activa dos referidos riscos.

Também a integração no sistema nacional de avaliação em saúde (SINAS) da responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), através dos questionários integradores das dimensões "Segurança do doente", "Adequação e Conforto das instalações", "Satisfação do utente e "focalização no utente", permite efetuar a avaliação dos riscos que estão associados a cada questão e desenvolver as correspondentes ações internas com vista à sua prevenção.

V - Acompanhamento, avaliação e actualização do Plano

Periodicamente e de forma continuada, é realizada a avaliação da eficácia e eficiência dos procedimentos de controlo interno implementados no IPO de Coimbra, onde serão incluídas as actividades de acompanhamento, avaliação e actualização do presente plano.

Esta supervisão é realizada por um grupo de trabalho alargado, constituído pelos responsáveis de cada um dos serviços e pelo Auditor Interno, ao qual compete garantir o cumprimento da legislação e regulamentos aplicáveis, e implementar as medidas preventivas constantes deste plano de gestão de riscos de atividade incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas.

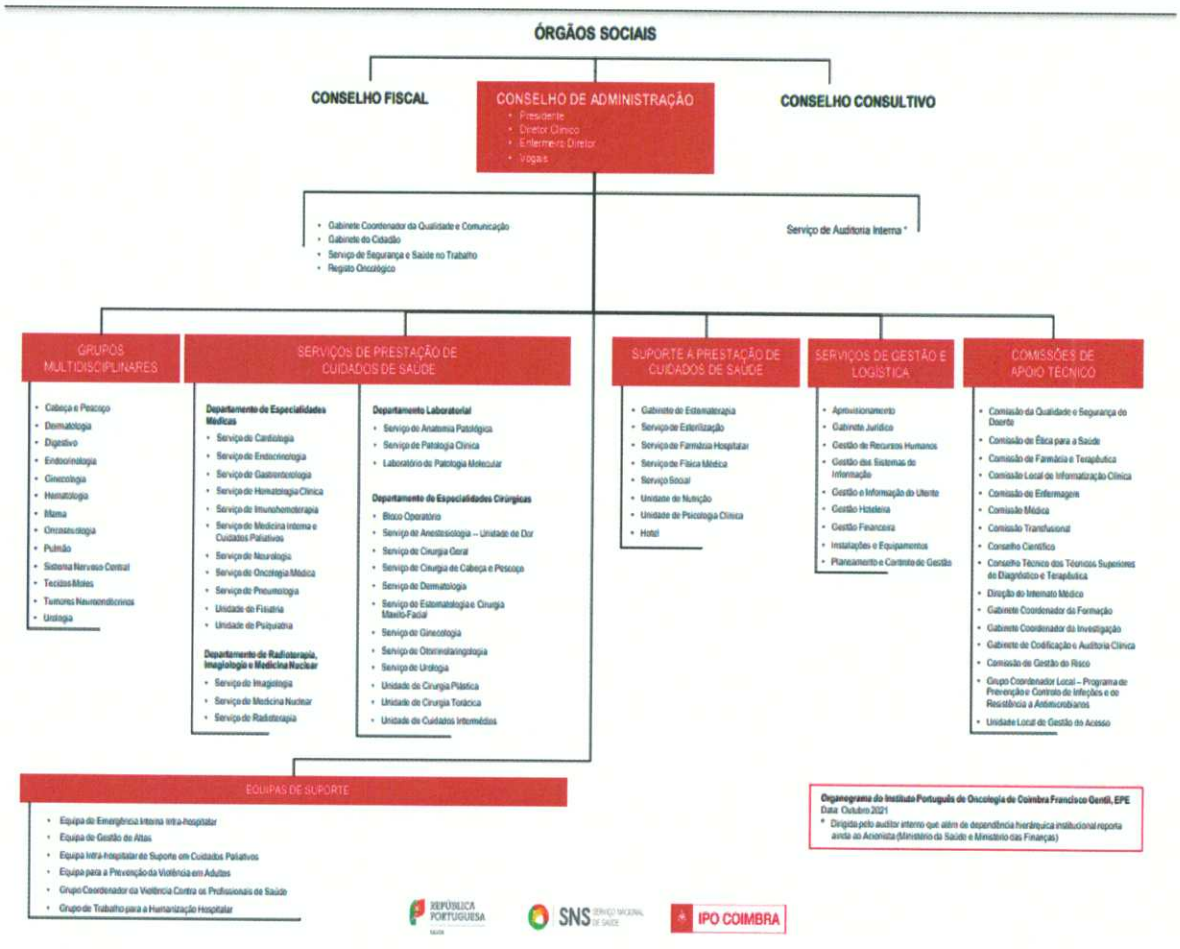
Desta forma, e com a finalidade de avaliar a efectividade, utilidade, eficácia e eventual correcção das medidas propostas, o IPO de Coimbra, propõe-se:

- Elaboração de um relatório anual destinado à avaliação da execução do presente plano;
- Atualização anual do plano resultante do relatório de execução;
- Remissão dos planos e relatórios de execução ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo;
- Publicação na intranet e na internet.

A Gestão de Riscos envolve a totalidade dos trabalhadores, cabendo aos Órgãos de Gestão e aos Dirigentes Intermédios especial atenção no papel de avaliação e monitorização, bem como no importante papel de sensibilização e de reforço de uma cultura permanente de mitigação de riscos.

O responsável geral pela execução e monitorização do Plano é o Auditor Interno do IPO de Coimbra.

Anexos


ÓRGÃOS SOCIAIS
CONSELHO FISCAL
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Presidente
Diretor Clínico
Enfermeiro Diretor
Vogais
CONSELHO CONSULTIVO
Gabinete Coordenador da Qualidade e Comunicação
Gabinete do Cidadão
Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho
Registo Oncológico
Serviço de Auditoria Interna *
GRUPOS MULTIDISCIPLINARES
Cabeça e Pescoço
Dermatologia
Digestivo
Endocrinologia
Ginecologia
Hematologia
Mama
Oncoseuologia
Pulmão
Sistema Nervoso Central
Tecidos Moles
Tumores Neuroendócrinos
Urologia
SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE
Departamento de Especialidades Médicas
Serviço de Cardiologia
Serviço de Endocrinologia
Serviço de Gastrenterologia
Serviço de Hematologia Clínica
Serviço de Imunohemoterapia
Serviço de Medicina Interna e Cuidados Paliativos
Serviço de Neurologia
Serviço de Oncologia Médica
Serviço de Pneumologia
Unidade de Fisiatria
Unidade de Psiquiatria
Departamento de Radioterapia, Imagiologia e Medicina Nuclear
Serviço de Imagiologia
Serviço de Medicina Nuclear
Serviço de Radioterapia
Departamento Laboratorial
Serviço de Anatomia Patológica
Serviço de Patologia Clínica
Laboratório de Patologia Molecular
Departamento de Especialidades Cirúrgicas
Bloco Operatório
Serviço de Anestesiologia – Unidade de Dor
Serviço de Cirurgia Geral
Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Serviço de Dermatologia
Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial
Serviço de Ginecologia
Serviço de Otorrinolaringologia
Serviço de Urologia
Unidade de Cirurgia Plástica
Unidade de Cirurgia Torácica
Unidade de Cuidados Intermédios
SUPORTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE
Gabinete de Estomaterapia
Serviço de Esterilização
Serviço de Farmácia Hospitalar
Serviço de Física Médica
Serviço Social
Unidade de Nutrição
Unidade de Psicologia Clínica
Hotel
SERVIÇOS DE GESTÃO E LOGÍSTICA
Aprovisionamento
Gabinete Jurídico
Gestão de Recursos Humanos
Gestão dos Sistemas de Informação
Gestão e Informação do Utente
Gestão Hoteleira
Gestão Financeira
Instalações e Equipamentos
Planeamento e Controlo de Gestão
COMISSÕES DE APOIO TÉCNICO
Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
Comissão de Ética para a Saúde
Comissão de Farmácia e Terapêutica
Comissão Local de Informatização Clínica
Comissão de Enfermagem
Comissão Médica
Comissão Transfusional
Conselho Científico
Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
Direção do Internato Médico
Gabinete Coordenador da Formação
Gabinete Coordenador da Investigação
Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica
Comissão de Gestão do Risco
Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
Unidade Local de Gestão do Acesso
EQUIPAS DE SUPORTE
Equipa de Emergência Interna Intra-hospitalar
Equipa de Gestão de Altas
Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
Grupo Coordenador da Violência Contra os Profissionais de Saúde
Grupo de Trabalho para a Humanização Hospitalar
Organograma do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Data: Outubro 2021
* Dirigida pelo auditor interno que além de dependência hierárquica institucional reporta ainda ao Acionista (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças)
REPÚBLICA PORTUGUESA
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
IPO COIMBRA