



**CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA**  
CENTRAL, EPE

---

**RELATÓRIO DA EXECUÇÃO DO  
PLANO DE GESTÃO DE  
RISCO DE CORRUPÇÃO E  
INFRAÇÕES CONEXAS  
2014**

## Índice

Capítulo 1 – Enquadramento .....	3
1. Introdução .....	3
2. Análise .....	6
3. Siglas .....	7
Capítulo 2 – Avaliação por Área ou Sector .....	8
1. Área de Gestão Financeira e Contabilidade .....	8
2. Área de Gestão de Compras e Logística .....	10
3. Área de Gestão de Recursos Humanos .....	11
4. Área de Gestão Hoteleira .....	14
5. Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação .....	16
6. Área de Gestão de Instalações e Equipamentos .....	18
7. Área de Gestão de Doentes .....	20
Capítulo 3 – Balanço da implementação de medidas .....	22
1. Conclusão .....	22
2. Propostas de melhoria .....	23
ANEXOS .....	25

## Capítulo 1 – Enquadramento

### 1. Introdução

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (“PGRCIC”) do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. (“CHLC, E.P.E.”), aprovado em 2010, identificou as várias áreas de potencial risco de corrupção e infrações conexas, assim como os riscos que lhe estão associados.

O presente relatório tem como objetivo apresentar um ponto da situação de execução do Plano no ano de 2014, por área, visando também a proposta de melhoria para os subsequentes anos.

Conforme já havia sido feito para o Relatório de Execução do Plano para o ano de 2013, o presente Relatório dá, igualmente, cumprimento à determinação da Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (“CPC”), ao que ficou estabelecido no PGRCIC do CHLC, E.P.E. e ainda à Recomendação n.º 5/2012 do CPC, de 7 de novembro de 2012 (doravante “Recomendação 5/2012”), procurando agregar e sistematizar toda a informação obtida no âmbito da implementação do PGRCIC, com vista à aferição do grau de execução das medidas adotadas no sentido da prevenção dos riscos, traduzida, nomeadamente na eliminação da causa dos mesmos, na minimização da probabilidade da sua ocorrência designadamente em procedimentos pré-contratuais, e na sequência da aprovação da Recomendação 5/2012, pela adoção de mecanismos de gestão de conflitos de interesses, bem como na diminuição do eventual impacto negativo que venha a produzir no CHLC, E.P.E.

As áreas envolvidas neste projeto são:

- Área de Gestão Financeira e Contabilidade
- Área de Gestão de Compras e Logística
- Área de Gestão de Recursos Humanos
- Área de Gestão Hoteleira
- Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação
- Área de Instalações e Equipamentos
- Área de Gestão de Doentes

Convém salientar, que o controlo interno é uma preocupação constante do Conselho de Administração do CHLC, E.P.E., por se tratar de uma componente essencial da



gestão do risco, funcionando como salvaguarda da retidão da tomada de decisões, permitindo detetar situações anómalas.

A gestão do risco é uma responsabilidade de todos os colaboradores do CHLC, E.P.E., quer dos membros do Conselho de Administração, quer do pessoal dirigente, quer de todo e qualquer profissional da instituição.

Procede-se assim, neste documento, à apresentação dos resultados da monitorização que foi levada a cabo relativamente à execução do PGRIC em 2014.

O presente relatório está estruturado em três capítulos, sendo o enquadramento o primeiro capítulo. No segundo capítulo é exposta a avaliação, por área do CHLC, E.P.E., das medidas decorrentes do PGRIC e no terceiro capítulo é feito um balanço dos resultados da implementação das medidas preventivas dos riscos procurando tirar conclusões do trabalho desenvolvido do ponto de vista geral.

O objetivo com este relatório é, passado mais um ano de implementação do PGRIC no CHLC, E.P.E., analisar as condições em que as medidas estão a ser objeto de implementação e aplicação pelos respetivos destinatários da sua implementação.

Tendo em conta que o plano de 2012 já contemplava as áreas de serviços conforme resultaram da extinção e integração por fusão no CHLC, E.P.E., do Hospital de Curry Cabral, E.P.E. e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por força do Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de fevereiro, importa, no presente relatório respeitante à aplicação do plano no ano de 2014, fazer referência ao resultado daquela fusão e ao impacto das medidas constantes do PGRIC na organização do CHLC, E.P.E. após a integração daquelas unidades hospitalares na instituição, passado que está mais um ano dessa integração.

Por último e tendo em conta que foi detetada, ainda no decorrer do ano de 2013 e também agora no ano de 2014, no decurso da execução do PGRIC, a necessidade de ajustar este último à mais recente legislação e de munir a instituição de mecanismos mais eficazes de controlo da aplicação das medidas constantes do PGRIC, importará ainda aludir à decisão do Conselho de Administração do CHLC, E.P.E., de proceder a uma revisão do PGRIC com aplicação para o triénio 2015/2017.

No decorrer do ano de 2014 foram recolhidos importantes elementos para a elaboração e aprovação da pretendida renovação do PGRIC, nesse sentido, assinala-se a revisão do Procedimento Multissetorial FIN 105, agora designado por "*Gestão do Risco de Corrupção e Infrações Conexas*", o qual contém diversas definições com relevância para a identificação e eliminação dos riscos de corrupção e infrações conexas.



Considerando os elementos produzidos no decorrer do ano de 2014, apresenta-se, no final do presente relatório, um plano de atuação do CHLC, E.P.E. tendo em vista, precisamente, a revisão do mencionado PGRCIC e que ficará definitivamente concluída no decurso do ano de 2015.

No presente Relatório foi aplicada a grafia do Novo Acordo Ortográfico por força do n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/2011, de 25 de janeiro, como de resto já assim o havia sido no relatório respeitante ao ano de 2013.

## 2. Análise

A política de auditorias internas, implementada no CHLC, E.P.E., tem contribuído muito significativamente para a consciencialização dos profissionais e para a resolução de algumas desconformidades encontradas, diminuindo o risco de ocorrência de situações enquadráveis no conceito de corrupção constante da norma interna FIN 105.

No decurso deste ano, não foram detetados quaisquer riscos adicionais, para além dos que se encontravam já identificados, pelo que não se procedeu a qualquer alteração das fichas de identificação e avaliação do Risco, tendo, de resto, sido eliminado um dos factores de risco que constava das fichas de avaliação do risco da AGFC.

No conjunto das medidas propostas, podemos concluir que um grande número se encontra implementado, sendo que as restantes se encontram em fase de implementação.

Na elaboração do presente relatório, em especial na avaliação da implementação das medidas de prevenção que tinham sido propostas nos anexos ao PGRCIC 2010/2012, participaram os dirigentes de todas as áreas do CHLC, E.P.E.

Procurou-se especificar todos os atos de auditoria interna aos riscos do CHLC, E.P.E. e cada uma das suas áreas e sectores, procurando definir com os maiores detalhe e rigor, as medidas adotadas e os principais motivos para a respetiva adoção.

Na continuidade do que já havia sido feito com o relatório de aplicação do PGRCIC respeitante ao ano de 2013, o presente relatório consagra, igualmente, algumas medidas implementadas por algumas das áreas relativamente à gestão de conflitos de interesses conforme Recomendação n.º 5/2012 do CPC, de 7 de novembro de 2012, merecendo, nesse sentido, uma chamada de atenção específica, em cada uma das áreas.

### 3. Siglas

AGFC - Área de Gestão Financeira e Contabilidade

AGCL – Área de Gestão de Compras e Logística

AGRH – Área de Gestão de Recursos Humanos

AGH – Área de Gestão Hoteleira

AGSTI – Área de Gestão de Sistemas Tecnologia de Informação

AGIE – Área de Gestão de Instalações e Equipamentos

AGD – Área de Gestão de Doentes

CHLC, E.P.E. – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

HCC – Hospital de Cury Cabral

HSAC – Hospital de Santo António dos Capuchos

HSM – Hospital de Santa Marta

LOE – Lei do Orçamento de Estado

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

MS – Ministério da Saúde

PGRCIC - Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

UND - Unidade Funcional de Nutrição e Dietética

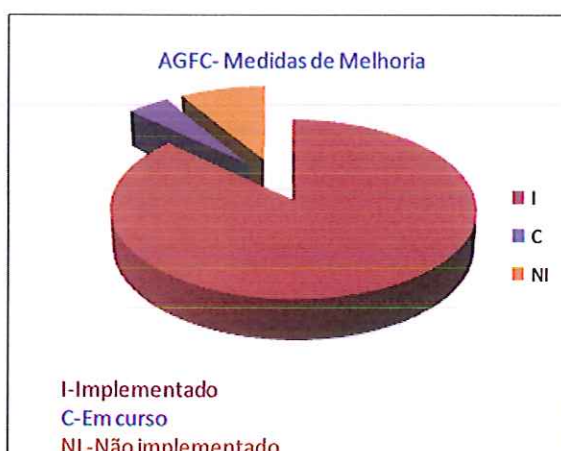


## Capítulo 2 – Avaliação por Área ou Sector

### 1. Área de Gestão Financeira e Contabilidade

A AGFC procedeu à análise da eficácia das medidas propostas para a prevenção e correção do Risco de Corrupção e Infrações Conexas, apresentadas para esta Área no Plano aprovado pelo Conselho de Administração, para o ano de 2014, tendo concluído:

- No decurso do ano de 2014, a AGFC foi alvo de Auditorias por parte da empresa BDO, pedida pelo Ministério da Saúde no âmbito das prestações de Contas dos anos de 2012 e 2013, tendo as recomendações emanadas por estas entidades, contribuído ativamente para a melhoria do desempenho das suas tarefas e funções;
- Das 22 medidas de melhoria apresentadas, 20 foram implementadas (91%), 1 encontra-se em curso (4,5%) e 1 não foi ainda implementada (4,5%).
- De salientar que o fator de Risco n.º 6, correspondente ao documento nº 6 do Anexo de Avaliação referente à AGFC, constante dos anteriores Relatórios de Execução do PGRIC e, então, designado por “*Depósito diário dos meios monetários nas entidades bancárias, por profissional da AGFC/Tesouraria*”, foi eliminado, uma vez que os profissionais deixaram de ir depositar os valores monetários às Instituições bancárias, tendo passado a ser uma carrinha de valores a efetuar a recolha dos mesmos na Tesouraria.



No ano de 2014, foi dada continuidade à implementação das medidas, bem como mantidas atualizadas as anteriormente implementadas.

De salientar, que as medidas se revelaram adequadas e eficazes, encontrando-se assimiladas pelos profissionais da AGFC.

## 2. Área de Gestão de Compras e Logística

As medidas de melhoria e correção apresentadas pela AGCLD na elaboração do Plano estão implementadas na totalidade.

Independentemente do procedimento de aquisição de bens ou serviços adotado em cada situação, a respetiva tramitação rege-se pelas regras do Código dos Contratos Públicos, com as devidas atualizações e legislação complementar, sempre com respeito pelos princípios que devem nortear a contratação pública em particular e a atividade administrativa em geral, de entre os quais se destacam desde logo os Princípios da Publicidade, Transparência e Igualdade.

Deu-se particular atenção ao acompanhamento e Supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários efetuado pelas coordenadoras dos sectores, trabalho nem sempre fácil num ano particularmente difícil marcado pelas alterações decorrentes do impacto das importantes modificações legislativas na área da contratação pública, nomeadamente a sujeição a visto prévio do Tribunal de Contas e do Decreto-Lei 149/2012 no contexto da constante redução de pessoal.

Também a segregação de funções mereceu atenção garantindo que quem desenvolve os processos de compra não participa sozinho em júris e não tem competência para autorizar.

Foi ministrada formação contínua a todos os colaboradores da AGCL e membros do júri interessados, proporcionando assim que todos tenham conhecimentos atualizados que lhes permite cumprir o Código dos Contratos Públicos e a sujeição a visto prévio do Tribunal de Contas.

Foi ainda solicitada a Declaração Ética anual sobre o conflito de interesses e impedimentos para os membros dos júris e comissões técnicas de procedimentos aquisitivos e declaração de interesses nos processos em que tal se verifique.



### 3. Área de Gestão de Recursos Humanos

Na sequência do planeamento desenvolvido, a Área de Gestão de Recursos Humanos deu continuidade à implementação das medidas de melhoria centrando-se na acreditação pela qualidade em 2014, reformulando procedimentos.

Em 2014 foram implementados procedimentos multissetoriais e sectoriais designadamente os procedimentos: RHU 102 – funções e responsabilidades do enfermeiro chefe e responsáveis das unidades funcionais; RHU 105 – enfermeiro de coordenação no CHLC, E.P.E.; RHU 106 – recrutamento e seleção de pessoal; RHU 107 – programa de admissão e integração; RHU 111 – ficha de descrição de funções e RHU 115 – desenvolvimento pessoal e profissional.

O Manual de Acolhimento onde estão descritos os vários sectores e suas funções, foi atualizado com a identificação dos colaboradores que executam acrescentando os vários contactos profissionais de cada elemento dos RH.

Na sequência das várias auditorias internas foram adotadas, em 2014, as seguintes medidas:

- a) Reorganização do espaço;
- b) Melhoria da ergonomia de trabalho;
- c) Áreas de atendimento ao público com área de triagem e aumentando a privacidade das matérias a tratar com os vários colaboradores;
- d) Manutenção de uma sala específica para entrevistas e esclarecimentos que tanto os colaboradores como os funcionários dos RH entendam que devem ser reservadas e confidenciais.

Do mesmo modo, no que concerne às contratações e avaliações de desempenho, mantiveram-se os procedimentos intersectoriais para validação do trabalho efetuado por outros colaboradores que não os que executaram a tarefa.

Na sequência do relatório de 2013, foi implementada a adoção de 1 *software* para a avaliação de desempenho do SIADAP. Assim, para diminuir a possibilidade erro e infração, o ponto da situação é o seguinte:

- a) No SIADAP geral o biénio 2013/2014 está a ser avaliado através do *software* que regista, eletronicamente, aos vários passos que são sequenciais; posteriormente serão definidos os objetivos para o próximo biénio;
- b) O SIADAP médico e de enfermagem estão numa fase de definição e implementação em estádios diversos; contudo o *software* irá sofrer um *upgrade* para contemplar as nuances específicas;
- c) Por constrangimentos orçamentais da LOE de 2014 não foram implementadas novas funcionalidades como relatórios *online* e alertas automáticos que estão previstos para 2015.

Em matéria de recrutamento, para responder à LOE de 2014, foram adotadas as seguintes medidas:

- a) Implementação de fichas de justificação das necessidades de contratação de pessoal com dados objetivos e interligados, cada vez mais, à produção;
- b) Aplicação e standardização de guiões de entrevista objetivando a avaliação dos candidatos;
- c) Manutenção na página *web* de formulários de candidaturas espontâneas, eliminando eventuais erros humanos no tratamento manual das candidaturas;
- d) No recrutamento e mobilidade internas, elaboração e aplicação de documento de avaliação de competências do colaborador permitindo sistematizar e objetivar a informação.

Para consolidar este processo foi elaborado o procedimento multisectorial RHU 106 – recrutamento e seleção de pessoal.

Em matéria de processamento de vencimentos foi reformulada a aplicação RHV, que passou a ser *web based*, em que o pré-processamento é efetuado no CHLC, E.P.E. e o processamento final dos salários é realizado pela estrutura central da SPMS, diminuindo o risco de corrupção e infrações conexas.

Mantivemos a base de dados com sistemas de alerta para redução do erro de incumprimento de prazos que pudessem conduzir a renovações/reconversões de contratos. Paralelamente reorganizou-se a equipa e os procedimentos associados a estas tarefas.

No que respeita ao processo de acumulação de funções dos colaboradores pertencentes ao CHLC, E.P.E. procedeu-se à elaboração de um conjunto de

documentos e procedimentos sistemáticos de forma a evitar situações não autorizáveis, de acordo com o estabelecido na Lei.

Para efeitos de controlo, para além dos registos obrigatórios que constam na aplicação de recursos humanos RHV, cuja gravação é verificada por outro colaborador numa perspetiva duplo *check*.

No que respeita ao processo de acumulação de funções dos colaboradores pertencentes ao CHLC, E.P.E. procedeu-se à elaboração de um conjunto de documentos e procedimentos sistemáticos de forma a evitar situações não autorizáveis, de acordo com o estabelecido na Lei.

No que respeita ao controlo de assiduidade e pontualidade foram implementadas, em 2014, as seguintes medidas:

1. Informatização progressiva dos horários a todos os colaboradores do CHLC, E.P.E
2. Formação em sala e em contexto de trabalho a chefias para validação dos registos eletrónicos.



#### 4. Área de Gestão Hoteleira

No ano de 2014 a AGH procurou assegurar a correta gestão dos contratos a seu cargo, designadamente o acompanhamento das prestações de serviços, tendo sido aplicadas várias penalizações nas principais prestações de serviço.

Utilizando os instrumentos de avaliação habituais;

- Inquéritos de Avaliação;
- Auditorias da Qualidade (com elementos externos);
- Auditoria de Certificação;
- Auditorias efetuadas pelo Gabinete de Gestão de Risco;
- Instrumentos de controlo de específicos de cada uma das áreas.

Foram igualmente publicitados na *Intranet* os Cadernos de Encargos das diversas prestações, permitindo que cada Responsável possa aferir com rigor esta matéria.

A existência de um aplicativo disponível a todos os profissionais para registo de incidentes, de forma não nominativa e de avaliação por um grupo multidisciplinar, que inclui o responsável da Área Hoteleira, constituindo igualmente um instrumento de avaliação transversal e acessível a todos os grupos profissionais pelo que se revela uma visão mais completa de análise.

Em caso de necessidade de disponibilizar informação imediata a todos os Responsáveis, foi igualmente privilegiado, o meio de comunicação através da *Intranet*, com a designação de alertas e a criação de um espaço específico para a documentação da Área de Gestão Hoteleira.

A adoção do *Plano de Redução de Despesa Publica*, com significado na Área Hoteleira (*redução horas limpeza em áreas não clínicas, ajustamento da composição das Dietas, ajustamento da composição das ceias de profissionais entre outras medidas*), determinou a necessidade de maior vigilância dos contratos.

A existência de uma Aplicação informática para Pedidos de Alimentação a Doentes, tendo por base o movimento assistencial, continua a assumir um papel fundamental no controlo da Despesa.

Foram igualmente efetuados Concursos Públicos de aquisição de serviços dos quais resultou nalguns casos a mudança de concessionário no ano de 2014, sendo de referir

que a utilização da Plataforma Vortal em quase todos os procedimentos, permite maior escrutínio dos processos de aquisição.

Os elementos que integram as Comissões Técnicas e Júris assinam “Declarações” de inexistência de conflitos de interesses.

Na conferência de faturas, de acordo com as boas práticas na matéria, são efetuadas por níveis, existindo a confirmação e conferência, do mesmo documento, efetuadas por pessoas diferentes, sendo que o ano de 2014 correspondeu à consolidação das “Boas Práticas” existentes em matéria de Conferência de faturas.

## 5. Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação

Para efeitos de execução das medidas adotadas no sentido da prevenção de riscos conforme descritos no PGRCIC a AGSTI concentrou-se em 2014, essencialmente, na conceção e desenvolvimento das seguintes áreas:

- a) Revisão do código de conduta da AGSTI;
- b) Atualização de documentos relacionados com segurança de acesso à informação, que possam prevenir situações relacionadas com a corrupção;
- c) Situações de potencial conflito de interesses; e
- d) Proposta de ações a desenvolver.

### **Código de conduta da AGSTI**

A AGSTI tem como código conduta o código de ética do CHLC, E.P.E., que foi publicado através de Circular Informativa n.º 171/2010, de 29 de março, aplicando-se, em particular, os pontos 2.f) e 3.a).

Existe, ainda, no Manual de Acolhimento de novos colaboradores da AGSTI a referência ao código de ética do CHLC, E.P.E. e a um conjunto de valores específicos defendidos para a AGSTI (páginas 10 e 11 do manual de acolhimento).

### **Situações de potencial conflito de interesses**

Não foram identificadas situações de potencial ou concreto conflito de interesses com os colaboradores da AGSTI durante o ano 2014.

No ano de 2014 não saíram nem entraram novos elementos para a AGSTI.

Há ainda a referir que não foram identificadas situações de ex-colaboradores da AGSTI, que nas suas atuais funções em atividades privadas possam ter alguma mais-valia pelo facto de manterem algum tipo de relação pessoal com colaboradores da AGSTI, nem de que possam ter tido de forma ilegítima alguma mais-valia pelo facto de terem desempenhado funções no setor público.

No que diz respeito a acumulação de funções, não existem na AGSTI colaboradores que acumulem funções públicas com atividades privadas.



Para participação em processos de escolha de concursos, todos os colaboradores da AGSTI têm que assinar uma declaração de incompatibilidades (modelo AGCLD).

Não foram identificadas situações de fuga de informação privilegiada do CHLC, E.P.E.

#### **Proposta de ações a desenvolver para o CHLC, E.P.E.**

A AGSTI propõe a divulgação das sanções a aplicar a colaboradores do CHLC, E.P.E., por alguma atividade relacionada com corrupção ou conflito de interesses, em caso de provado prejuízo ao CHLC, E.P.E., ou de favorecimento a determinada entidade individual ou coletiva para benefício próprio, assim como o seguinte conjunto de ações:

- Nova divulgação do código de ética do CHLC, E.P.E.;
- Divulgação de boas práticas sobre o assunto, baseada em casos idênticos, nacionais e europeus, e de incentivo a denúncia de situações porventura irregulares;
- Divulgação das medidas e sanções a aplicar em caso de conduta desonesta ou que configure uma situação de ilegalidade, incluindo a quem saiba de situações idênticas e não as denuncie;
- Declaração de ofertas recebidas da parte de entidades privadas com interesses comerciais no CHLC, E.P.E.;

A AGSTI utiliza um documento interno à área para anotar a tomada de conhecimento das medidas mencionadas nos pontos anteriores.

## 6. Área de Gestão de Instalações e Equipamentos

A AGIE tem vindo a dar continuidade à implementação de medidas e métodos de trabalho, com vista a uma organização mais virada para ações preventivas e corretivas em correspondência com os riscos identificados no âmbito do PGRIC, nomeadamente:

- Descrição nominal de funções é do conhecimento dos colaboradores da AGIE, sendo elaborada em documento específico de acordo com os procedimentos da qualidade do CHLC, E.P.E.;
- Obtenção de declaração de interesses privados dos colaboradores da AGIE, com participação em comissões de análise de procedimentos de compra;
- Realização do balanço das intervenções, tendo em particular atenção desvios de custos inicialmente previstos, bem como desvios temporais;
- Avaliação e atualização de intervenções em curso e novas com a definição do técnico responsável pela intervenção, sendo o mesmo divulgado e publicado na *intranet* do CHLC, E.P.E.;
- Elaboração de inquérito de avaliação de desempenho da AGIE;
- Elaboração de relatório executivo de análise de resultados de avaliação de desempenho da AGIE, tendo sido divulgado aos profissionais do CHLC, E.P.E.;
- Implementação de registo e controlo de todos os documentos recebidos, bem como todos os documentos enviados;
- Implantação de *software* de gestão da manutenção;
- Extensão da ferramenta de controlo e avaliação de taxas de cumprimento dos planos de manutenção contratualizados ao HSJ/HSAC/HSM/HDE/ MAC/HCC;
- Elaboração de plano de ação da AGIE;

- Elaboração de plano de investimento valorizado e priorizado;
- Registo de aquisições de prestações de serviços que servem de base de comparação para novas aquisições sendo efetuada a renovação de prestações com base comparativa de valores das prestações dos anos transatos;
- Elaboração de Especificações técnicas estabelecidas em caderno de encargos, analisadas e verificadas de forma a garantir que as mesmas se adequam ao pretendido;
- Especificações técnicas fixadas em caderno de encargos são claras, completas e não discriminatórias, não existindo registo de reclamações de empresas concorrentes nos procedimentos de aquisição, nem registo de anulação de procedimentos pela falta deste atributos;
- Intervenções de fiscalização para avaliação do desempenho regular da intervenção, bem como dos procedimentos inerentes à função no decurso da empreitada;
- Intervenções de monitorização para avaliação do desempenho das prestações de Serviços de manutenção de entidades prestadoras de serviços;



## 7. Área de Gestão de Doentes

A AGD promoveu em 2014 as seguintes ações para prevenção dos riscos identificados no âmbito da avaliação realizada:

Definição de objetivos de avaliação e de competências sustentadas em critérios objetivos, contabilizados e ponderados qualitativamente (anexo 1: exemplo) no âmbito da aplicação do SIADAP.

Monitorização do cumprimento dos objetivos com recurso aos registos informáticos extraídos das aplicações informáticas CTH, SONHO, INLINE e base de dados partilhada da AGD.

Realização de auditorias ao desempenho dos profissionais, para avaliação dos erros e cumprimento das regras aplicáveis aos arquivos clínicos.

Gestão da equipa de recursos humanos afetos à AGD, promovendo a rotatividade dos postos na sequência da avaliação do grau de adequação dos mesmos às responsabilidades que lhe são atribuídas.

Realização de ações de formação e matérias da competência dos secretariados que incluem designadamente o regime legal das taxas moderadoras, o apuramento de entidade financeira responsável, procedimentos administrativos e registos informáticos para fusão de processos clínicos, realização de juntas médicas e perícias, qualidade dos registos no SIH, entre outros.

Identificação dos profissionais com maior risco de erro ou má prática, para um acompanhamento mais aproximado do seu desempenho, investindo em mais formação.

Monitorização dos erros de controlo de qualidade no CHLC, E.P.E. (6 unidades), que abrangem a qualidade dos registos informáticos com impacto designadamente na identificação dos utentes, na estatística e na faturação e acompanhamento da correção dos erros pelas outras áreas (anexo 2: exemplo).

Monitorização da correção dos erros por amostragem, após comunicação pelos serviços e áreas de que os erros estavam corrigidos, identificando-se por esta via, as dificuldades que estes têm na correção dos erros (anexo 3: exemplo).

Responsabilização das chefias diretas pela cobrança de valores, apresentação atempada à AGFC da prestação de contas e documentos, pelo cumprimento das regras relativas a guarda de valores em cofre e a obrigatoriedade de relatar por escrito à direção da área qualquer erro de cobrança, erro de emissão e recibo ou diferenças de valores.

Os profissionais da AGD são vinculados ao cumprimento do dever do sigilo profissional, através da declaração individual na qual assumem o conhecimento deste dever e o compromisso do seu cumprimento rigoroso em relação a informação nominativa de terceiros de que tenham conhecimento no exercício das suas funções.

Promove-se a formação contínua e em serviço para discussão e esclarecimento das questões inerentes a confidencialidade e da ética profissional.

Da avaliação efetuada sobre o impacto destas medidas podemos concluir que não houve registos de incidentes que tenham implicado riscos com consequências graves para a instituição ou para as pessoas. Verifica-se que os profissionais da AGD encontram-se mais preparados para o exercício das suas funções, uma vez que da avaliação que resulta do SIADAP, as classificações são genericamente muito positivas.

A gestão apertada e centralizada dos erros de controlo de qualidade implicou maior necessidade de formação, identificação das eventuais falhas e implementação de metodologias de trabalho periódicas para correção dos erros, com envolvimento dos administradores das áreas no acompanhamento e resolução dos mesmos.

Não podemos deixar de referir que a saída de vários AT por aposentação ou rescisão de contrato, sem substituição implicou uma redução significativa da equipa total da AGD, sendo que a complexidade e a quantidade de tarefas e responsabilidades assumidas nos últimos anos evoluiu na proporção inversa. O absentismo é muito elevado neste grupo profissional, razão pela qual o número reduzido de profissionais ao serviço compromete as boas práticas e os procedimentos implementados por manifesta falta de tempo face as responsabilidades assumidas.

### Capítulo 3 – Balanço da implementação de medidas

#### 1. Conclusão

A colaboração ativa de todas as áreas na elaboração do presente Relatório demonstra o reconhecimento relativamente à importância da existência de mecanismos que ajudem a prevenir e/ou mitigar riscos associados à corrupção e infrações conexas.

Ficou também evidenciado o empenho de toda a organização no sentido de reforçar os mecanismos já existentes que atuam ao nível da prevenção/mitigação de riscos.

O presente relatório permite-nos, ainda, concluir que as medidas adotadas para prevenção da ocorrência de situações de risco e corrupção, constantes no PGRIC, se revelaram adequadas e eficazes, encontrando-se já devidamente assimiladas e inseridas na cultura da Organização, contribuindo dessa forma para reduzir as probabilidades de verificação de qualquer situação anómala ou desviante.

Nota-se, contudo, que, tal como já havia sido verificado durante o ano de 2013, não há ainda na instituição uma monitorização centralizada dos procedimentos a que alude o PGRIC, originando uma ausência de uniformização de procedimentos, o que apenas se conseguirá alcançar com uma avaliação mais frequente da implementação das medidas e mais próxima das concretas realidades de cada uma das áreas do Hospital.

Por outro lado verifica-se, ainda, que o contexto jurídico no âmbito do qual foi elaborado o PGRIC atualmente vigente no CHLC, E.P.E., alterou-se, existindo um conjunto de normas e recomendações recentes que aconselham a revisão do referido PGRIC.



## 2. Propostas de melhoria

Não obstante os bons resultados que emergem da implementação das medidas acabadas de descrever, da leitura dos mecanismos de acompanhamento e monitorização previstos no PGRCIC foi, no entanto, possível identificar a necessidade, que se renova em relação ao ano de 2013, de aprofundar o grau de envolvimento da instituição, de cada uma das áreas e dos respetivos colaboradores na melhoria de determinados aspetos, designadamente:

- a) Necessidade de realização, com maior frequência de ações de divulgação e esclarecimento a todos os colaboradores do CHLC, E.P.E. sobre o PGRCIC;
- b) Agilização do sistema de reporte/denúncia de situações passíveis de configurarem prática de corrupção ou infrações conexas;
- c) Revisão do Atual Código de Conduta da instituição em face da recente publicação do Despacho n.º 9456-C/2014, de 21 de julho, do Ministério da Saúde, que aprovou um modelo de Código De Conduta Ética Dos Serviços e Organismos Do Ministério Da Saúde.
- d) Memorando de Boas Práticas na Gestão de Conflitos de Interesses

Igualmente e atento o conteúdo da Recomendação n.º 5/2012, mantém-se a necessidade de atualizar as medidas atualmente implementadas ou, eventualmente, adotar novas medidas que permitam agilizar o mecanismo de reação e prevenção internos de riscos emergentes de conflitos de interesses como definido na referida recomendação, como se tratando de *“qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas 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 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.”*

Nesse sentido deverá ser revisto o atual PGRCIC de forma a contemplar a existência de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, podendo ser implementadas, designadamente e entre outras, as seguintes medidas:

- i. Elaboração de manuais de boas práticas e códigos de conduta relativamente a todas as áreas de atuação;

- ii. identificação de potenciais situações de conflitos de interesses relativamente a cada área funcional da sua estrutura orgânica;
- iii. Identificação e caracterização de áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções;
- iv. Identificação das situações concretas de conflitos de interesses e respetiva sanção aplicável aos infratores;
- v. desenvolvimento de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática junto de todos os trabalhadores dos serviços entre outras medidas;
- vi. Promoção de mecanismos de monitorização da aplicação destas medidas, bem como do respetivo sancionamento.

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

*Ana Isabel Gonçalves*  
Vogal Executiva

ANEXOS

FICHAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCOS





CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, L.P.E.

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

ÁREA DE GESTÃO FINANCEIRA E CONTABILÍSTICA



3	Rigorous control no acesso à informação dos vencimentos e descontos dos funcionários da instituição, elaborando para o efeito o respetivo procedimento multissetorial	CQSD	6 Meses	
4	Declaração ética anual assinada pelos profissionais	Responsáveis de Área e Chefia	6 Meses	
5	Implementação do plano de Integração em cada posto de trabalho	Todos os profissionais da AGFC	Implementado	
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Incalçável - RI			
<b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b>				



Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência					Probabilidade					Risco Nível					
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B		C	D	E	F	G
1	Falha nas medidas de controlo da movimentação e alteração da Gestão de Tabelas de Fornecedores, na aplicação de Contabilidade "SISCONT".	O NIB não corresponder ao fornecedor ou entidade correto, podendo o "valor" da transferência bancária cair noutra entidade.	Profissionais e Fornecedores.	1															4
				2															1 a 3
				3															4 a 6
				4															8 a 12
				5															15 a 25
<b>Plano de Ação</b>																			
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																			
1	Introdução de palavras-chave no módulo de aplicação de Contabilidade -Gestão de Tabelas- Fornecedores e Factorings.																		
2	Controlo da execução desta tarefa unicamente pelos profissionais incumbidos da tarefa.																		
3	Elaboração de procedimento multissetorial para alteração das palavras-chave de 2 em 2 meses.																		



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

4	"Rastreamento" das alterações que são feitas às tabelas e aos movimentos.	Responsáveis de Área e Chefias	Contínuo
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			

**Legenda:**

**Nível de Risco**

- 1 a 3 Risco Baixo - RB
- 4 a 6 Risco Moderado - RM
- 8 a 12 Risco Muito Elevado RME
- 15 a 25 Risco Inceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco







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

4	Acompanhamento e supervisão das funções	Responsáveis de Área e Chefias	Implementada
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			
<b>Legenda:</b>			
<b>Nível de Risco</b>			
1 a 3	Risco Baixo - RB	Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco	
4 a 6	Risco Moderado - RM		
8 a 12	Risco Muito Elevado RME		
15 a 25	Risco Inceitável - RI		





Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

4	Acompanhamento e supervisão	Responsáveis de Área e Chefias	Mensalmente
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			
<b>Legenda:</b>			
<b>Nível de Risco</b>			
1 a 3	Risco Baixo - RB	Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco	
4 a 6	Risco Moderado - RM		
8 a 12	Risco Muito Elevado RME		
15 a 25	Risco Inceitável - RI		







CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, L.P.

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

5	Rigorous fulfillment of principles and ethical norms inherent to functions.	All AGFC professionals	Continuous
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			

**Legenda:**

**Nível de Risco**

1 a 3	Risco Baixo - RB
4 a 6	Risco Moderado - RM
8 a 12	Risco Muito Elevado RME
15 a 25	Risco Incalculável - RI

**Letras de A a G:** Profissionais que participam na avaliação do risco



**ÁREA DE GESTÃO DE COMPRAS, LOGÍSTICA E DISTRIBUIÇÃO**



### Identificação e Avaliação do Risco

<b>Data:</b> Março/2015	<b>Local:</b> Área de Gestão de Compras, Logística e Distribuição (AGCLD)	<b>Avaliado por:</b> Ana Teresa Cruz
-------------------------	---	--------------------------------------

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível	
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G
1	Exercício ético e profissional das funções	R1: Risco de violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade.	Colaboradores da AGCLD							4								2	8
				1							1								Muito Raro
				2							2								Raro
				3							3								Pouco Provável
				4							4								Provável
				5							5								Muito Provável
<b>Plano de Ação</b>																			
				Responsáveis							Prazo							Monitorização	
1	Existência de manual de contratação e sua divulgação			Responsáveis das Áreas e Chefias dos Sectores							diário								
2	Cumprimento dos princípios éticos e normas éticas inerentes às funções desempenhadas			Todos os Colaboradores do Serviço							diário								
3	Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários, a efectuar pelas coordenadoras dos sectores.			Responsáveis das Áreas e Chefias dos Sectores							diário								

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

4	Declaração ética sobre conflito de interesses e impedimentos para os funcionários que elaboram procedimentos aquisitivos e declaração de interesses nos processos em que tal se verifique.	Todos os Colaboradores do Serviço	anual
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>			

**Legenda:**

**Nível de Risco**

1 a 3 Risco Baixo - RB

4 a 6 Risco Moderado - RM

8 a 12 Risco Muito Elevado RME

15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco							
				A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G		Média						
				Insignificante							Muito Raro								1						
2	Expressão e avaliação das necessidades	R2: Existência deficiente de um sistema estruturado de avaliação de necessidades. R3: Risco de ser solicitada a aquisição de bens/serviços/obras desadequadas às necessidades da Instituição	Funcionários do CHLC com responsabilidade na aquisição de bens/serviços	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Muito Raro	Raro	Pouco Provável	Provável	Muito Provável	4	1 a 3	4 a 6	8 a 12	15 a 25		
<b>Plano de Ação</b>																									
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																									
5	Implementação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades			Conselho de Administração e Responsável da Área																					
6	as necessidades devem ser expressas através de pedido de compra efetuado por pessoas diferentes das que elaboram o processo de aquisição e de preferência eletronicamente			colaboradores da GC																					
7	As saídas de armazém devem estar suportadas por pedidos eletrónicos efetuados pelos serviços utilizadores			colaboradores da LD																					
8	Verificação pela AGCLD se as quantidades pedidas são as adequadas às necessidades			colaboradores da AGCLD																					
9	O pedido de compra de serviços e artigos novos devera ser acompanhada de justificação técnica			colaboradores da GC																					
10	Valorização dos pedidos de compra e sua aprovação atempada			colaboradores da GC																					
11	Segregação de funções (quem faz o pedido, quem avalia e autoriza são pessoas diferentes)			Conselho de Administração, Responsável da Área e todos os Colaboradores																					





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

Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)

### Legenda:

#### Nível de Risco

1 a 3 Risco Baixo - RB

4 a 6 Risco Moderado - RM

8 a 12 Risco Muito Elevado RME

15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco

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

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/ Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco	
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G
3.1	Elaboração dos procedimentos pré-contratuais - Escolha do procedimento e elaboração do caderno de encargos	R4: Autorização da abertura do procedimento por entidade não competente	Colaboradores da Gestão de Compras  Júris e Comissões Técnicas	1							4	1						2	8
		R5: Inadequação do procedimento de aquisição escolhido relativamente às normas legais		2							2								1 a 3
		R6: Fundamentação insuficiente do recurso ao ajuste direto, quando baseado em critérios materiais		3							3								4 a 6
		R7: Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza das prestações objeto do contrato a celebrar.		4							4								8 a 12
		R8: Fixação de cláusulas técnicas com especificação de marcas ou denominações comerciais		5							5								15 a 25
		R9: Fixação de especificações técnicas que determinam o afastamento de grande parte dos potenciais concorrentes, mediante a imposição de condições demasiado exigentes e/ou restritivas.																	
<b>Plano de Ação</b>																			
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																			
12	Rigoroso cumprimento do manual da contratação e código dos contratos públicos			Todos os Colaboradores da GCompras	diário														
13	Garantir que na criação de novos produtos não sejam usadas marcas ou denominações comerciais			Todos os Colaboradores da GCompras	diário														
14	Acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários, pelas coordenadoras dos sectores			Responsável da Área e Chefias dos Sectores	diário														

15	Formação contínua dos intervenientes no processo	Responsável da Área, Chefias dos Sectores, todos os Colaboradores da GCompras.	diário	
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
<b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b>				



N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	RISCOS	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco	
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G
3.2	Elaboração dos procedimentos pré-contractuais - Critérios de adjudicação.	<p>R10: Carácter subjetivo dos critérios de avaliação das propostas, com factores não quantificáveis nem comparáveis ou inadequação à aquisição em concreto.</p> <p>R11: Publicitação deficiente ou insuficiente dos critérios de adjudicação e dos factores que o densificam, quando exigíveis, antes de conhecidos os candidatos.</p>	Colaboradores da AGCLD Júri dos Concursos																
<b>Plano de Ação</b>																			
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																			
16	Segregação de funções nas várias etapas do processo de aquisição ( quem faz o pedido de compra, quem desenvolve o processo, quem avalia e quem autoriza adjudicação e despesa são pessoas diferentes)			Responsável da Área, Chefias dos Sectores e todos os Colaboradores da GCompras															
17	Rigorous cumprimento do manual da contratação e código dos contratos públicos			Todos os Colaboradores da GCompras															
18	Fixação de critérios de adjudicação comparáveis e quantificáveis			júris															
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																			
<b>Legenda:</b>																			
<p><b>Nível de Risco</b></p> <p>1 a 3 Risco Baixo - RB</p> <p>4 a 6 Risco Moderado - RM</p> <p>8 a 12 Risco Muito Elevado RME</p> <p>15 a 25 Risco Incalçável - RI</p>																			
<p><b>Letras de A a G:</b> Profissionais que participam na avaliação do risco</p>																			

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível							
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G	Média					
3.3	Elaboração dos procedimentos pré-contratuais - Receção de propostas e admissão de concorrentes. Audiência/Notificação.	R12: Receção de propostas fora do prazo	Colaboradores da Gestão de Compras	1																	2	8			
		R13: Admissão nos procedimentos de concorrentes com impedimentos		2																				1 a 3	
		R14: Não audição dos concorrentes sobre o relatório preliminar/decisão de adjudicação.		3																					4 a 6
				4																					
				5																		15 a 25			
<b>Plano de Ação</b>																									
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																									
18		Certificação dos procedimentos pré-contratuais feita com base na verificação efetuada pelas chefias dos sectores.		Responsáveis da Área e Chefias dos Sectores																					
19		Rigoroso cumprimento do manual da contratação e código dos contratos públicos		Todos os Colaboradores da GCompras																					
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																									
<b>Legenda:</b>																									
<b>Nível de Risco</b>																									
1 a 3	Risco Baixo - RB																								
4 a 6	Risco Moderado - RM																								
8 a 12	Risco Muito Elevado RME																								
15 a 25	Risco Inceitável - RI																								
Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco																									



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

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco					
				A	B	C	D	E	F	G	A	B	C	D	E	F	G		Média	Nível			
3,4	Elaboração dos procedimentos pré-contratuais - Controlo Interno - Impedimentos	R15: Inexistência ou existência deficiente de um sistema de controlo interno, destinado a verificar e a certificar os procedimentos pré-contratuais.	Colaboradores da Gestão de Compras																			8	
		R16: Existência de situações de impedimento na composição dos júris e comissões técnicas dos procedimentos.	Júri dos Concursos Fornecedores	1	2	3	4	5															
<b>Plano de Ação</b>																							
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																							
20		Declaração ética anual sobre o conflito de interesses e impedimentos para os membros dos júris e comissões técnicas de procedimentos aquisitivos e declaração de interesses nos processos em que tal se verifique.	Membros de Júris e Comissões Técnicas dos procedimentos de aquisição																				
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																							
<b>Legenda:</b>																							
<b>Nível de Risco</b>																							
1 a 3	Risco Baixo - RB																						
4 a 6	Risco Moderado - RM																						
8 a 12	Risco Muito Elevado RME																						
15 a 25	Risco Inaceitável - RI																						
<b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b>																							



Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/ Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível						
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G	Média				
4	Celebração do contrato	R17: Existência de conflito de interesses sempre que a redação das minutas de contratos é confiada a gabinetes jurídicos externos.	Colaboradores da Gestão de Compras  Serviços que colaboram na elaboração do clausulado do contrato (AGSTI, AGIE, AGH,...)  Juristas	1							4										2	8		
		R18: Inexistência de correspondência entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas nas peças do procedimento aquisitivo.		1																				
		R19: Existência de cláusulas contratuais que violam as disposições legais		2																				1 a 3
		R20: Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado do contrato que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento de prazos de execução.		3																				4 a 6
		R21: Não verificação das cláusulas contratuais que prevejam ou regulem os suprimentos dos erros e omissões R22: Inexistência de licenças ou autorizações fundamentais para a execução do contrato por parte do fornecedor		4																				8 a 12
				5																		15 a 25		
<b>Plano de Ação</b>																								
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>											<b>Monitorização</b>													
21	Exigência, no caso da redação das minutas de contratos ser confiada a gabinetes especializados externos: a) Que declarem, por escrito que eles (ou as sociedades a que pertencem), não têm quaisquer interesses ou relações profissionais com as adjudicatárias ou empresas do mesmo consórcio ou grupo económico e b) Que comprovem que a sua responsabilidade profissional está devidamente coberta por seguro profissional.			Responsável da Área e Chefes dos Sectores																	imediatamente			
22	Rigorous cumprimento do manual da contratação e código dos contratos públicos			Todos os Colaboradores																	diário			
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																								

**Legenda:**

**Nível de Risco**

- 1 a 3 Risco Baixo - RB
- 4 a 6 Risco Moderado - RM
- 8 a 12 Risco Muito Elevado RME
- 15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/ Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco	
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G
5	Execução do contrato	<p>R23: Fundamentação insuficiente ou incorreta para a "natureza imprevisível" dos trabalhos a mais e para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.</p> <p>R24: Fundamentação insuficiente ou incorreta para a "natureza imprevisível" dos serviços a mais e para a circunstância desses serviços não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para a entidade adjudicante ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto contratual.</p> <p>R25: Inexistência de controlo relativamente ao prazo de execução do contrato de aquisição, garantindo que não ultrapassa o limite legal máximo de 3 anos, salvo nas situações legalmente previstas.</p> <p>R26: Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores.</p> <p>R27: Não acompanhamento e avaliação regular do desempenho do fornecedor, de acordo com os níveis de quantidade ou qualidade estabelecidos no contrato.</p> <p>R28: Inexistência de controlo dos custos do contrato</p> <p>R29: Os trabalhos de suprimentos e omissões excederem os limites quantitativos estabelecidos na lei.</p> <p>R30: A inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos, ser efectuada, sempre que possível apenas por um funcionário.</p>	<p>Colaboradores da AGCLD</p> <p>AGIE</p> <p>AGHot</p> <p>AGSTI</p>	4							4	1						2	
				1							Insignificante	Muito Raro							
				2							Ligeira	Raro	1 a 3						
				3							Moderada	Pouco Provável	4 a 6						
				4							Severa	Provável	8 a 12						
5							Catastrófica	Muito Provável	15 a 25										
<b>Plano de Ação</b>																			
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																			
<b>Responsáveis</b>							<b>Prazo</b>							<b>Monitorização</b>					



23	Acompanhamento e Supervisão do trabalho desenvolvido pelos funcionários, pelas coordenadoras dos sectores	Todos os Colaboradores da AGCLD	diário	
24	Segregação de funções.	Todos os Colaboradores da AGCLD, AGIE, AGH, AGSTI	diário	
25	Exigência da presença de dois funcionários na inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens adquiridos, sempre que possível.	AGIE, AGH, AGSTI, LD.	diário	
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco

ÁREA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS









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

Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)

### Legenda:

#### Nível de Risco

1 a 3 Risco Baixo - RB

4 a 6 Risco Moderado - RM

8 a 12 Risco Muito Elevado RME

15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco







2	Auditoria Aleatória que tenha em atenção os itens focados	Sílvia Rodrigues	12 meses	Não foi possível desenvolver as medidas propostas, uma vez que ainda se encontra a decorrer a informatização dos horários e a formação às chefias para a validação dos registos eletrónicos.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB	Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco		
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
13 a 25	Risco Inaceitável - RI			





Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

		5		5		5		5		15 a 25	
		Catastrófica		Muito Provável							
Plano de Ação											
Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)						Responsáveis			Prazo		Monitorização
1	Elaboração do procedimento de recrutamento e seleção					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Em execução		Foram elaborados procedimentos para os vários grupos profissionais que foram publicados em Circular
2	Divulgação do Procedimento					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Em execução		Divulgação em Circular Interna, e-mails e reuniões com as chefias e entrevistadores
3	Rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Em execução		De forma a evita infrações os elementos do júri iam alternando entre as varias sessões de avaliação; os resultados da avaliação psicológica não eram do conhecimento do júri de forma a evitar enviesamentos
4	Declaração ética anual assinada pelos participantes das entrevistas					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Janeiro		Em 2014 a admissão de pessoal foi muito restrita pelo que não se colocou essa questão
5	Elaboração do procedimento de segurança e verificação					AGSTI			Em execução		No início de cada sessão de seleção
6	Confirmação do registo dos dados dos candidatos					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Em execução		No final do preenchimento de cada candidato
7	Registo manual em folha de presença					Renato Nunes; Ana Cristina Simões			Em execução		Ao longo da sessão
8	Redundância da base de dados e backups periódicos					AGSTI			Em execução		Realização de backup Mensal



9	Duplicação da base de dados	Renato Nunes; Ana Cristina Simões	Em execução	No final de cada sessão para existir redundância e foi evitada perda de dados
10	Elaboração de ficheiro informático que automatiza a correção	Renato Nunes; Ana Cristina Simões	Em execução	Foi realizada revisão mensal não sendo encontrados erros
11	Correção manual efetuada sempre por 2 pessoas	Renato Nunes; Ana Cristina Simões	Em execução	No final de cada sessão é cruzada a a informação não sendo encontrados erros
12	Registo em papel dos output's informáticos nos processos individuais	Isabel Carvalho, Marco Jesus	Em execução	As fichas de avaliação do júri são colocadas no processo individual após a entrada formal do colaborador para a instituição
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
<b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b>				





Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

			Catastrófica					Muito Provável					15 a 25						
			5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4					
4	Falta de comunicação entre os vários interlocutores dos procedimentos concursais, prestações de serviços, mobilidades, licenças sem remuneração e contratos individuais de trabalho	Incumprimento de prazos e regularização de situações	Núcleo de gestão de pessoal e contratações; Outros núcleos; Outros serviços	1	Insignificante	5										10			
				2	Ligeira	1												1 a 3	
				3	Moderada	2													4 a 6
				4	Severa	3													8 a 12
				5	Catastrófica	4													15 a 25
5	Interrupção do envio de monitorização dos objetivos de desempenho	Incumprimento de monitorização e pagamento de incentivos	Núcleo de gestão de pessoal e contratações; Outros núcleos; Outros serviços	1	Insignificante	3											9		
				2	Ligeira	1												1 a 3	
				3	Moderada	2													4 a 6
				4	Severa	3													8 a 12
				5	Catastrófica	4													15 a 25
6	Não validação intencional de habilitações literárias / profissionais	Admissão de pessoal não qualificado	Núcleo de gestão de pessoal e contratações	1	Insignificante	5											5		
				2	Ligeira	1												1 a 3	
				3	Moderada	2													4 a 6
				4	Severa	3													8 a 12
				5	Catastrófica	4													15 a 25
<b>Plano de Ação</b>																			
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>																			
1	Criar procedimentos do núcleo e de circuitos internos que reduzam o risco de erro		Ana Cristina Simões; Marco Jesus; Laura Grande; Constância Ramos	Periódico (mensal ou trimestral)	Definição de prazos para cumprimento de objetivos. Afetções periódicas de situações para despiste de circuitos incompletos.	<b>Monitorização</b>													
2	Controle de informação registada ou tratada no núcleo por outro colega do núcleo		Ana Cristina Simões; Marco Jesus; Laura Grande; Constância Ramos	No imediato	Cruzamento e verificação de informações numa perspetiva de duplo <i>check</i>														
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																			













		Catastrófica					Muito Provável					15 a 25																																					
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1			9																																			
5	Processamento de Encargos com SIGIC	Erros de cálculo e registo	Manuel Baptista Paula Oliveira	Erros de cálculo e registo	Erros de cálculo e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																																				
														Cálculo de Ajudas de Custo	Erros de cálculo e registo	Paula Reis; Alain Coelho	Erros de cálculo e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																								
																										Abono de Suplementos variáveis	Erros de registo	Paula Oliveira Manuel Baptista	Erros de registo	Catastrófica	4	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	12												
																																						Registro no site da ADSE de despesas de Saúde comparticipadas pela mesma	Erros de codificação e registo	Alain Coelho; Paula Reis	Erros de codificação e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9
6	Cálculo de Ajudas de Custo	Erros de cálculo e registo	Paula Reis; Alain Coelho	Erros de cálculo e registo	Erros de cálculo e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																																				
														Abono de Suplementos variáveis	Erros de registo	Paula Oliveira Manuel Baptista	Erros de registo	Catastrófica	4	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	12																								
																										Registro no site da ADSE de despesas de Saúde comparticipadas pela mesma	Erros de codificação e registo	Alain Coelho; Paula Reis	Erros de codificação e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9												
																																						Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9				
																																														Catastrófica	3	Insignificante	1
7	Abono de Suplementos variáveis	Erros de registo	Paula Oliveira Manuel Baptista	Erros de registo	Erros de registo	Catastrófica	4	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	12																																				
														Registro no site da ADSE de despesas de Saúde comparticipadas pela mesma	Erros de codificação e registo	Alain Coelho; Paula Reis	Erros de codificação e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																								
																										Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																
																																		Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9								
																																										Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9
8	Registro no site da ADSE de despesas de Saúde comparticipadas pela mesma	Erros de codificação e registo	Alain Coelho; Paula Reis	Erros de codificação e registo	Erros de codificação e registo	Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																																				
														Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																												
																						Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9																				
																														Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9												
																																						Catastrófica	3	Insignificante	1	Muito Raro	3	15 a 25	9				
Plano de Ação													Monitorização																																				
Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)													Monitorização																																				

1	Melhoria dos procedimentos internos elaborados no ano de 2013, elaboração de script's de validação do processamento de vencimentos		Dra. Teresa Alvim	12 meses	Elaboração de 2 procedimentos sectoriais; adaptação dos script's de validação em SQL para SAG-RHV; e criação de novos script's de validação do processamento mensal de vencimentos; Desenvolvimento de instrumentos informáticos de trabalho para controlo e validação do pagamento das horas prestadas em SU
2	Auditoria aleatória semestral que tenha em atenção os itens focados		Dra. Teresa Alvim	12 meses	Continuação das auditorias iniciadas em 2013, com maior enfoque no pagamento da cirurgia adicional (SIGIC) e pagamento de incentivos à transplantação
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>					

**Legenda:**

**Nível de Risco**

1 a 3 Risco Baixo - RB

4 a 6 Risco Moderado - RM

8 a 12 Risco Muito Elevado RME

15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco





2	A gravação será verificada por outro colaborador numa perspetiva duplo <i>check</i>	A definir pelo Diretor do serviço	Imediato	Trimestral
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				

**Legenda:**

**Nível de Risco**

- 1 a 3 Risco Baixo - RB
- 4 a 6 Risco Moderado - RM
- 8 a 12 Risco Muito Elevado RME
- 15 a 25 Risco Inaceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL EPE

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

ÁREA DE GESTÃO HOTELEIRA



### Identificação e Avaliação do Risco

<b>Data:</b> 2014	<b>Local:</b> Serviço de Gestão Hoteleira - Sector Limpeza	<b>Avaliado por:</b> Dr.ª Teresa Ribeiro
-------------------	--	--

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível												
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G	Média										
1	Deficiente cumprimento do Caderno de Encargos da Limpeza por ausência/falhas de mecanismos de controlo interno.	Não cumprimento do n.º de horas de higienização; deficiente higienização; deficiente distribuição de consumíveis; défice de formação específica em higiene hospitalar para os profissionais afetos a este sector.	Utentes, profissionais e público em geral.								2							2							4					
				1							Insignificante	1						Muito Raro												
				2							Ligeira	2						Raro							1 a 3					
				3							Moderada	3						Pouco Provável							4 a 6					
				4							Severa	4						Provável							8 a 12					
				5							Catastrófica	5						Muito Provável							15 a 25					
<b>Plano de Ação</b>																														
<b>Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)</b>														<b>Monitorização</b>																
1	Acompanhamento e monitorização da execução das tarefas.													Responsáveis							Prazo							Realização de Ações de Controlo Diários e Ações de Controlo Aleatórias.		
														SGH							Diário									

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

2	Divulgação dos procedimentos para a higienização hospitalar.	SGH	1 mês	Realizadas pelo S. Qualidade e colocação de Informação na Intranet de cargas horárias por Serviço, Unidades com respetivo encargo, bem como os Quadros de Tarefas e respetiva periodicidade.
3	Implementação de inquéritos de avaliação e análise dos resultados.	SGH	1 mês	Em curso, a adoção de Inquéritos em suporte informático
4	Correta identificação do objeto do contrato.	SGH	Imediato	Sim, Na elaboração das Cláusulas especiais.
5	Definição de cláusulas de penalização ajustadas ao tipo de prestação.	S.Aprovisionamento e SGH	Imediato	Nota: O Serviço de Aprovisionamento não colabora na definição de Cláusulas de penalização. Sim
6	Realização de auditorias internas e externas tendo em conta a contagem das horas por Serviço, a higienização e a distribuição dos consumíveis por Serviço.	SGH	Trimestral	Inclusão dos Consumíveis na própria prestação de Serviço, como forma de evitar consumos não justificáveis.
7	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de Cláusulas de penalização.	S. Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Publicação do Caderno de Encargos na Intranet, Quadros de Tarefas e Horários por Unidade, Publicitação no Intranet do Calendário da Desinfestação por Serviço e por Hospital. Envio de Mensagens tipo via e-mail para todas as chefias/ Responsáveis. Envio mensal por parte do Concessionário das folhas de registo biométrico de assiduidade, por</b>				



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

trabalhador, permitindo a correta conferência da fatura, bem como do cumprimento da carga horária estipulada. Validação dos produtos e consumíveis utilizados pela CCHI, com base em fichas técnicas de produtos, em colaboração com a A.G.H.

### Legenda:

#### Nível de Risco

- 1 a 3 Risco Baixo - RB
- 4 a 6 Risco Moderado - RM
- 8 a 12 Risco Muito Elevado RME
- 15 a 25 Risco Inceitável - RI

Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco





Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

4	Correta identificação do objeto do contrato.	SGH	Imediato	Sim, Na elaboração das Cláusulas especiais.
5	Definição de cláusulas de penalização ajustadas ao tipo de prestação.	S. Aprovisionamento e SGH	Imediato	Sim Nota: O Serviço de Aprovisionamento não colabora na definição de Cláusulas de penalização.
6	Realização de auditorias internas e externas.	SGH	Trimestral	A cargo da C.C.I.H., bem como da A.G.H.
7	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de Clausulas de penalização.	Serviços Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<p><b>Evidências Fotográficas diversas, no que diz respeito a Contentores e outros procedimentos. Avaliação das Guias de Transporte de Resíduos por tipo e Guias de Pesagem. Agrupamento de Resíduos por tipo para a colocação de contentores, permitindo a sua otimização. Publicação do Caderno de Encargos na Intranet.</b></p>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
<p><b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b></p>				







Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

4	Correta identificação do objeto do contrato.	SGH	Imediato	Sim, nas Cláusulas Especiais.
5	Definição de cláusulas de penalização ajustadas ao tipo de prestação.	S. Aprovisionamento e SGH	Imediato	Sim. Nota: O Serviço de Aprovisionamento não colabora na definição de Cláusulas de penalização.
6	Realização de auditorias internas e externas.	SGH	Trimestral	A cargo da C.C.I.H.
7	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de Cláusulas de penalização.	Serviços Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<p><b>Talões de pesagem diários efetuadas nas Instalações do Hospital, envio de registos fotográficos e devolução da roupa que não se encontra nas corretas condições. O Sector de Esterilização envia informação referente às peças rejeitadas para a Esterilização, sendo tomadas como indicador referente ao universo de roupa tratada, dado que a roupa enviada para a Esterilização não é selecionada. Publicação do Caderno de Encargos na Intranet e Regulamento de Fardamento Hospitalar. Envio de mensagens tipo via e-mail para todas as chefias/Responsáveis.</b></p>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Incetável - RI			
Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco				



Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

3	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de cláusulas de penalização.	Serviços Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
4	Aplicação de questionários de Satisfação a doentes e profissionais.	SGH	2 meses	Periódico, são efetuadas avaliações mensais ao Serviço de Alimentação e às Copas dos Serviços pela Equipa de Dietética.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<p>São efetuadas análises microbiológicas aos alimentos, superfícies, equipamentos e mãos de manipuladores que permitem o reporte ao Concessionário e eventual aplicação de penalização. São enviadas mensalmente as fichas de manutenção de equipamentos pelo Concessionário. Publicação do Caderno de Encargos na Intranet. Envio de Mensagens tipo via e-mail para todas as chefias/Responsáveis.</p>				
<b>Legenda:</b>				
<p>Nível de Risco</p> <p>1 a 3 Risco Baixo - RB</p> <p>4 a 6 Risco Moderado - RM</p> <p>8 a 12 Risco Muito Elevado RME</p> <p>15 a 25 Risco Inaceitável - RI</p>				
<p>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</p>				





3	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de Cláusulas de penalização.	Serviços Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
Mensalmente, são registados todos os pedidos de transporte ao atual Concessionário em suporte informático, permitindo avaliar os desvios em tempos de espera, permitindo a aplicação de penalizações (a decorrer). Decorrente do Regulamento de Transporte de Doentes (em aprovação), todos os pedidos de transporte para o Domicílio são avaliados pela A.G.H. antes da emissão de Requisição de Transporte. Mensalmente são confrontadas todas as requisições de transporte emitidas com as listagens anexas às faturas emitidas pelo prestador, que permitem a respetiva conferência. Publicação do Caderno de Encargos na Intranet.				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco				





3	Definição de procedimentos de conferência de faturas, e consequente aplicação de Cláusulas de penalização.	Serviços Financeiros e SGH	Imediato	Sim, existe um procedimento de conferência de faturas do CHLC e procedimentos específicos da Área Hoteleira.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<p><b>E solicitada a colaboração do Gabinete de Peritagem automóvel em casos de dívida quanto aos orçamentos apresentados, bem como respetivas reparações. As viaturas da Frota Automóvel do CHLC - HS3 / HSAC são enviadas diretamente pelo Serviço de Transportes à Inspeção Automóvel, constituindo o seu resultado uma forma adicional de informação quanto às necessidades de reparação. A empresa de inspeção é escolhida por Procedimento Concursal.</b></p>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco				



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE

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

**ÁREA DE GESTÃO DE SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO**

### Identificação e Avaliação do Risco

<b>Data:</b> Dez-2014	<b>Local:</b> AGSTI Informação	<b>Avaliado por:</b> António Lourenço
-----------------------	--------------------------------	---------------------------------------

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco			
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível	
1	Acesso a informação confidencial (informação clínica / dados pessoais de funcionários e utentes), por défice ou falhas de mecanismos de controlo.	<p>Risco de quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como: integridade, responsabilidade e imparcialidade e prossecução do interesse público.</p> <p>Como aspetos mais relevantes, associados a este risco, assinalam-se:</p> <p>1) Cedência, a entidades alheias ao CHLC, de dados confidenciais relevantes, relativos a utentes ou co-funcionários (bases de dados de divulgação comercial)</p> <p>2) Divulgação de informação clínica ou de</p>	Utentes e funcionários.	1							4	1						1	Muito Raro	4	
				2								2							Ligeira	2	1 a 3
				3								3							Moderada	3	4 a 6
				4								4							Severa	4	8 a 12





ÁREA DE GESTÃO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

### Identificação e Avaliação do Risco

<b>Data:</b> 2014	<b>Local:</b> Área de Gestão de Instalações e Equipamentos (AGIE)	<b>Avaliado por:</b> João Infante
-------------------	---	-----------------------------------

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/ Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível								
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G	Média						
1	EXERCÍCIO ÉTICO E PROFISSIONAL DAS FUNÇÕES	Risco de violação de deveres funcionais e valores como independência, integridade, transparência, responsabilidade e imparcialidade; Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos; Existência de situações de conluio entre os concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários; Existência de favoritismo injustificado; Não existência de uma avaliação "à posteriori" do nível de qualidade e do preço dos bens e serviços adquiridos e das empreitadas realizadas aos diversos fornecedores/prestadores de serviços/empreiteiros; Não existência de procedimentos de análise da informação recolhida para identificar eventuais lacunas ou vulnerabilidades.	Colaboradores da AGIE								4	1						Muito Raro							1	4
																			1							



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

<p>fornecedores/prestadores de serviços/empregados; Publicitação dos documentos com os resultados das análises levadas a efeito; Implementação de procedimentos de análise de informação recolhida para identificar eventuais lacunas ou vulnerabilidades; Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.</p>		
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>		

**Legenda:**

- Nível de Risco**
- 1 a 3 Risco Baixo - RB
  - 4 a 6 Risco Moderado - RM
  - 8 a 12 Risco Muito Elevado RME
  - 15 a 25 Risco Inaceitável - RI

**Letras de A a G:** Profissionais que participam na avaliação do risco









Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

N.º	Factor de Risco Atividade/Área/Materiais/ Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco Nível		
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F		G	Média
				Insignificante							4	1	2	3	4	5	6		7	8
4	EXECUÇÃO DO CONTRATO	<p>Não verificação ou verificação deficiente das cláusulas contratuais que prevejam ou regulem os suprimentos dos erros e omissões;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta para a "natureza imprevisível" dos trabalhos;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta, no caso das aquisições de serviços, de que os "serviços a mais" resultam de uma "circunstância imprevisível";</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta, no caso das aquisições de serviços, de que os "serviços a mais" não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual;</p> <p>Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores;</p> <p>Não acompanhamento e avaliação regulares do desempenho do contratante, de acordo com os níveis de quantidade ou qualidade estabelecidos no contrato;</p> <p>Inexistência de um controlo rigoroso dos custos do contrato tendo por pressuposto os valores orçamentados;</p>	Colaboradores da AGIE															1 a 3 4 a 6 8 a 12 15 a 25	8	

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

	<p>Inexistência ou programação deficiente da calendarização dos trabalhos;</p> <p>Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos;</p> <p>Inexistência de inspeção ou de ato que certifique as quantidades e a qualidade dos bens e serviços, antes da emissão da ordem de pagamento;</p> <p>Inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra;</p> <p>Inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos efetuada somente por um funcionário.</p> <p>Não verificação ou verificação deficiente das cláusulas contratuais que prevejam ou regulem os suprimentos dos erros e omissões;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta para a "natureza imprevista" dos trabalhos;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra;</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta, no caso das aquisições de serviços, de que os "serviços a mais" resultam de uma "circunstância imprevista";</p> <p>Fundamentação insuficiente ou incorreta, no caso das aquisições de serviços, de que os "serviços a</p>	
--	--	--

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

	<p>mais" não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual;</p> <p>Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores;</p> <p>Não acompanhamento e avaliação regulares do desempenho do contratante, de acordo com os níveis de quantidade ou qualidade estabelecidos no contrato;</p> <p>Inexistência de um controlo rigoroso dos custos do contrato tendo por pressuposto os valores orçamentados;</p> <p>Inexistência ou programação deficiente da calendarização dos trabalhos;</p> <p>Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos;</p> <p>Inexistência de inspeção ou de ato que certifique as quantidades e a qualidade dos bens e serviços, antes da emissão da ordem de pagamento;</p> <p>Inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra;</p> <p>Inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos efetuada somente por um funcionário.</p>
--	---

Plano de Ação		
Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)	Responsáveis	Prazo
<p>Implementação da segregação de funções;</p> <p>Implementação de um sistema de controlo interno que garanta:</p>	<p>Colaboradores da AGIE</p>	<p>Monitorização</p>



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

Que o seu clausulado é claro e rigoroso, não existindo erros, ambiguidades, lacunas ou omissões que possam implicar, designadamente, o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução;

Que prevejam e regulem com rigor as situações de eventual falta de licenças ou autorizações fundamentais para a execução do contrato;

Que prevejam e regulem com o devido rigor o eventual suprimento de erros e omissões;  
Nas empreitadas, no caso da existência de "trabalhos a mais";

Verificação da circunstância de que tais trabalhos respeitam a "obras novas" e foram observados os pressupostos legalmente previstos para a sua existência, designadamente a "natureza imprevista";

Que esses trabalhos não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra; Exigência de comprovação da circunstância, juntando a respetiva documentação;

No caso das aquisições de serviços, e caso existam "serviços a mais":

Verificação da condição dos serviços a mais ser justificada pela ocorrência de uma "circunstância imprevista";

Que esses "serviços a mais" não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual;

Exigência de comprovação da circunstância, juntando a respetiva documentação.

Verificação da garantia, no caso das empreitadas, de que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei;

Implementação de normas internas que garantam a boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores de serviços/empreiteiros, mediante:

Fiscalização regular do desempenho do contratante, de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos nos contratos e documentos anexos.

Controlo rigoroso dos custos do contrato, garantindo a sua concordância com os valores orçamentados;  
Calendarização sistemática;

Envio de advertências, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços/empreiteiro, logo que se detetem situações irregulares e/ou derrapagem de custos e de prazos contratuais.

Atos prévios de inspeção e certificação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos, assim como a medição dos trabalhos e a vistoria da obra, relativamente à emissão da ordem de pagamento;

Exigência da presença de dois funcionários na inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos;		
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>		
<b>Legenda:</b>		
<b>Nível de Risco</b>		
1 a 3	Risco Baixo - RB	Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco
4 a 6	Risco Moderado - RM	
8 a 12	Risco Muito Elevado RME	
15 a 25	Risco Inaceitável - RI	



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

**ÁREA DE GESTÃO DE DOENTES**





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

3	Rigorous fulfillment of principles and ethical norms inherent to functions.	Todos os AT	6 meses	Foram definidos Objetivos de avaliação no âmbito do SIADAP
4	Mechanism of access and accompaniment restricted to clinical processes, in its different phases.	CQSD	1 ano	Política Gestão Informação clínica / Política Governação Clínica; O acesso aos arquivos clínicos é restringido aos profissionais que la trabalham e aqueles que obtiverem autorização para seu acesso.
5	Annual ethical declaration by professionals.	Todos os AT	anual	Foram preenchidas as declarações.
6	Implementation of the integration plan in each job position	Todos os AT	No início das funções	Sim, nos casos aplicáveis é elaborada ata.
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>				
<b>Legenda:</b>				
<b>Nível de Risco</b>				
1 a 3	Risco Baixo - RB			
4 a 6	Risco Moderado - RM			
8 a 12	Risco Muito Elevado RME			
15 a 25	Risco Inaceitável - RI			
<b>Letras de A a G: Profissionais que participam na avaliação do risco</b>				



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, L.P.E.

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

### ÁREA DE GESTÃO DE DOENTES

(Documentos em anexo ao texto do relatório)



# - ANEXOS AO RELATÓRIO ATIVIDADES DA ÁREA DE GESTÃO DE DOENTES 2014 -

## ANEXO I

### OBJECTIVOS AGD\_2013/2014

Local .....	Gestão de Doentes
Categoria Profissional:	Assistentes Técnicos/Operacionais
Período de Avaliação:	01 de Junho a 31 de Dezembro

#### Plano de tarefas:

01/06 a 31/12

#### 1. MONITORIZAR A RECEÇÃO DOS DOCUMENTOS QUE ORIGINAM A FACTURAÇÃO, A CONFERÊNCIA E REGISTO NO SONHO E ENVIO À AGF NO PRAZO TOTAL DE 30 DIAS.

Indicador de Medida ....:	A documentação tratada deve ter as datas de registos de conferência aposta na base de dados, o que será validado por auditoria (registos papel/registos informáticos).
Superado .....	Envio da totalidade da documentação confirmada para a AGF no prazo de 15 dias (contar da data de recepção da factura) e não ultrapassar 3 dias em cada tarefa (recepção - encaminhamento; recepção - tratamento - envio).
Atingido .....	Envio da totalidade da documentação confirmada para a AGF no prazo de 30 dias e não ultrapassar 3 dias em cada tarefa (recepção - encaminhamento; recepção - tratamento - envio).
Não Atingido .....	Não cumpriu o objectivo.

#### 2. GARANTIR A EMISSÃO DE TERMOS DE RESPONSABILIDADE ATEMPADAMENTE.

Indicador de Medida ....:	Apresentação dos quadros de resultados. Por auditoria avaliação dos dados registados na base de dados e as datas constantes dos documentos datados.
Superado .....	Garantir que no âmbito de emissão de termo de responsabilidade é tratado em cada acção em 1 dia, emissão do TR em 1 dia a contar da recepção do pedido, encaminhamento para o CA no prazo de 1 dia, envio para a entidade no prazo de 1 dia a contar da sua recepção, em 90% dos termos emitidos.
Atingido .....	Garantir que no âmbito de emissão de termo de responsabilidade é tratado em cada acção em 3 dias, emissão do TR em 3 dias a contar da recepção do pedido, encaminhamento para o CA no prazo de 3 dias, envio para a entidade no prazo de 3 dias a contar da sua recepção, em 75% dos termos emitidos.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

#### 3. PREPARAÇÃO DE RESPOSTAS ÀS RECLAMAÇÕES DOS UTENTES SOBRE PAGAMENTO DE TAXAS MODERADORAS E ISENÇÕES.

Indicador de Medida ....:	Apresentação dos quadros de resultados.
Superado .....	Desde a data de recepção da carta até à preparação resposta 8 dias e sem correcções para 90% das situações tratadas.
Atingido .....	Desde a data de recepção da carta até à preparação resposta 15 dias e para 65% a 90% das situações tratadas.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.



**4. GARANTIR QUE OS PEDIDOS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA SEJAM INSTRUÍDOS DE ACORDO COM O PROCEDIMENTO, COM REGISTOS NA BASE DE DADOS DA AGD E NOS PRAZOS: ENCAMINHAMENTO P/ O SERVIÇO DESTINATÁRIO: 3 DIAS DA DATA DE ENTREGA DO REQUERENTE; 1ª INSISTÊNCIA - ATÉ 8 DIAS SEGUIDOS; PREPARAÇÃO RESPOSTA P/ EXTERIOR: 1 DIA DA RECEPÇÃO DO CA; ARQUIVO: 3 DIAS ÚTEIS.**

Indicador de Medida ...:	Dados extraídos da base de dados da AGD. Também sujeito auditoria dos registos informáticos versus registos nos documentos (datas)
Superado .....	Cumprimento integral do objectivo em 90% dos pedidos registados.
Atingido .....	Cumprimento integral do objectivo em 75% até 90% dos pedidos registados.
Não Atingido .....	Inferior a 75% dos pedidos registados.

**5. MONITORIZAR E CORRIGIR OS ERROS CORRIGIDOS PELOS SERVIÇOS, NO ÂMBITO DO CONTROLO DE QUALIDADE DA CORRECÇÃO DOS ERROS.**

Indicador de Medida ...:	Apresentação dos quadros de resultados.
Superado .....	Durante o período em que lhe foi atribuído o objectivo realizou este procedimento em todas as situações que lhe foi solicitado e não ultrapassou o prazo.
Atingido .....	Durante o período em que lhe foi atribuído o objectivo realizou este procedimento pelo menos 1 vez e não ultrapassou o prazo por mais de 10 dias.
Não Atingido .....	Não conseguiu atingir o objectivo.

**6. GARANTIR FIABILIDADE DOS REGISTOS DOS DADOS REGISTRADOS INFORMATICAMENTE FACE AOS DADOS CONSTANTES DOS DOCUMENTOS**

Indicador de Medida ...:	Análise dos registos na base de dados e dos documentos subjacentes aos registos por auditoria.
Superado .....	Cumprimento do objectivo em 90% das situações avaliadas
Atingido .....	Cumprimento parcial em pelo menos 75% dos registos analisados.
Não Atingido .....	Não cumpriu o objectivo.

**7. MONITORIZAR E RESOLVER OS PEDIDOS DE FUSÃO DOS PROCESSOS CLÍNICOS DE ACORDO COM O PROCEDIMENTO ESCRITO.**

Indicador de Medida ...:	Apresentação dos quadros de resultados.
Superado .....	Dar resposta ao pedido no prazo de 2 dias (envio do pedido instruído e bem informado para a AGSTI).
Atingido .....	Dar resposta ao pedido no prazo de 5 dias.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**8. PREPARA E REMETE OS FICHEIROS DE CONTROLO DE QUALIDADE COM ERROS DE IDENTIFICAÇÃO OU NA DEFINIÇÃO DA EFR PARA OS SERVIÇOS E ÁREAS DE ADMINISTRAÇÃO, MONITORIZA AS RESPOSTAS E CONFIRMA A QUALIDADE DE REGISTOS REALIZADOS PELOS SERVIÇOS POR AMOSTRAGEM.**

Indicador de Medida ...:	Controlo de monitorização periódico.
Superado .....	Realiza os procedimentos no prazo de 3 dias desde a data da recepção do ficheiro, monitoriza as respostas informando a direcção da AGD por mail, dos serviços que não responderam ao pedido de correcção após a data em que expira o prazo de resposta (+8 dias).
Atingido .....	Realiza os procedimentos no prazo de 5 dias desde a data da recepção do ficheiro, monitoriza as respostas informando a direcção da AGD por mail, dos serviços que não responderam ao pedido de correcção após a data em que expira o prazo de resposta (+8 dias).
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**10. MOSTRAR DISPONIBILIDADE E EMPENHAMENTO PARA COLABORAR COM A CHEFIA E PARA INTERAGIR EM TRABALHO DE GRUPO NO DESENVOLVIMENTO DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS PARA A AGD.**

Indicador de Medida ...:	Monitorização do desempenho.
Superado .....	Cumpriu sempre e exemplarmente sem registo de qualquer incidente e demonstrando disponibilidade para todas as tarefas solicitadas.
Atingido .....	Cumpriu o objectivo não tendo mais do que 1 incidente registado.
Não Atingido .....	Manteve um comportamento e desempenho com deficiências.

**11. PROMOVER UM CORRECTO ATENDIMENTO TELEFÓNICO DE ACORDO COM AS "BOAS PRÁTICAS": IDENTIFICA-SE E IDENTIFICA O SERVIÇO, CUMPRIMENTA O SEU INTERLOCUTOR, E ENCAMINHA CORRECTAMENTE O TELEFONEMA OU REGISTA PARA AVISAR A PESSOA A QUEM SE DESTINA A CHAMADA TELEFÓNICA.**

Indicador de Medida ...:	Auditoria.
Superado .....	Zero incidentes.
Atingido .....	Menos de 2 incidentes.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.



**12. Garantir o preenchimento da BD das AME com conferência das facturas concluídas.**

Indicador de Medida ...:	Auditoria.
Superado .....	Na avaliação de 30/09/2013 a 01/01/2014 a BD estava completa e a facturação concluída.
Atingido .....	A 01/01/2014 a BD estava completa e a facturação concluída.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**14. Avaliação da qualidade do desempenho através da aplicação de um questionário.**

Indicador de Medida ...:	Aplicação de um questionário.
Superado .....	Classificação de Muito Bom (4,9 a 5).
Atingido .....	Classificação de Bom (3 a 4,8).
Não Atingido .....	Classificação de Insuficiente (inferior a 3).

**15. Melhorar a prestação quanto aos prazos de entrega de documentação ou encaminhamento de correspondência.**

Indicador de Medida ...:	Nº de solicitações para entrega de correspondência ou documentação.
Superado .....	Documentação e correspondência urgente e não urgente entregue no próprio dia.
Atingido .....	Documentação e correspondência urgente entregue no prazo máximo de 1 dia útil e não urgente entregue no prazo de 2 dias úteis.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**16. Mostrar disponibilidade para colaborar e Interagir em trabalho de grupo e cumprir todas as instruções dadas pelas chefias em termos de implementação de projectos ou medidas organizativas e cumpre todas as normas e procedimentos transmitidos pela Direcção.**

Indicador de Medida ...:	Monitorização do cumprimento das instruções, normas e procedimentos.
Superado .....	Cumpriu sempre o objectivos.
Atingido .....	Verificou-se a não observação até 3 acções, procedimentos ou normas, comunicadas ao profissional.
Não Atingido .....	Verificou-se a não observação de um número superior a 3 acções, procedimentos ou normas, comunicadas ao profissional.

**17. Garantir uma correcta identificação dos assistentes operacionais de acordo com as boas praticas. Apresenta-se sempre identificado com cartão de identificação.**

Indicador de Medida ...:	Contabilização do nº de vezes que não se apresentou de acordo com o objectivo.
Superado .....	Em todas as vezes que foi avaliado, apresentou-se sempre de acordo com o objectivo.
Atingido .....	Em todas as vezes que foi avaliado, não se apresentou pelo menos duas vezes de acordo com o objectivo.
Não Atingido .....	Em todas as vezes que foi avaliado, não se apresentou mais de duas vezes de acordo com o objectivo.

**18. Melhoria na qualidade de desempenho, evitando chamadas de atenção fundamentadas pelas chefias, por atitudes e acções que não decorram de procedimentos, instruções e normas aprovadas.**

Indicador de Medida ...:	Nº de chamadas de atenção.
Superado .....	Nunca foi chamada à atenção por um procedimento e acção inadequada.
Atingido .....	Até ao máximo de três chamadas de atenção.
Não Atingido .....	> a 3 chamadas de atenção.



OBJECTIVOS CONSULTA EXTERNA HSM\_2013/2014

Local:	<b>CONSULTA EXTERNA - HSM</b>
Categoria Profissional:	Assistentes Técnicos
Período de Avaliação:	15 de Maio a 31 de Dezembro

Os objectivos devem ser tanto quanto possível executados por todos os colaboradores em rotatividade, devendo definir-se os períodos de avaliação por avaliado para que os resultados analisados se reportem a esses períodos.

**1. Cumprir todas as regras aplicáveis à "Identificação na Admissão do Utente" de forma a evitar episódios com EFR desconhecida ou com erro, (inclui referências).**

Indicador de Medida ....:	Nº de registos com erro; com identificação incompleta do utente, com EFR desconhecida ou com erro no mesmo período /controlo de qualidade.
Superado .....	Igual ou inferior 6 erros (no período de Maio a Dezembro/2013).
Atingido .....	Igual ou inferior a 17 erros (no período de Maio a Dezembro/2013).
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**2. Garantir o registo de referência no sistema informático do SONHO de todas as 1as consultas efectivadas e bem assim a sua marcação através da referência, (não inclui outros erros).**

Indicador de Medida ....:	Nº 1as consultas efectivadas sem referência associada.
Superado .....	Em cada avaliação de controlo qualidade não pode ultrapassar 4 erros.
Atingido .....	Em cada avaliação de controlo qualidade não pode ultrapassar 15 erros.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**3. Procede à gestão da lista de espera da 1.ª consulta do SONHO, com expurgo das referências. (cada mês é um secretariado responsável por todas as especialidades da AGD)**

Secretaria - Maio, Junho  
 Cirurgia Vasculuar - Julho, Agosto  
 Pneumologia - Setembro, Outubro  
 Medicina - Novembro, Dezembro

Indicador de Medida ....:	Lista de espera publicada no site do CHLC.
Superado .....	Em data desconhecida é feita a avaliação da lista de espera do SONHO, devendo para superar estar expurgada 100% dos pedidos cancelados, duplicados e sem fundamento. Admite-se que existam exceções quando comprovadamente não houve responsabilidade do colaborador.
Atingido .....	A lista de espera do SONHO não se encontra totalmente expurgada dos pedidos cancelados, duplicados e sem fundamento.
Não Atingido .....	Não atinge o objectivo.



**4. Procede à gestão da lista de espera com cumprimento dos procedimentos administrativos definidos no regulamento CTH.**

Indicador de Medida ....:	Avaliação dos tempos de espera para cada tarefa e avaliação do cumprimento dos TMRG (especialidade) - não pode haver incumprimento nos pedidos muito prioritários e prioritários.
Superado .....	Cumprimento dos TMRG por especialidade em 100% pedidos muito prioritários e prioritários, monitorização comprovada dos tempos de triagem. Cumprimento do tempo execução de cada tarefa em 5 dias seguidos.
Atingido .....	Cumprimento em 95% dos TMRG por especialidade (pedidos prioritários e muito prioritários) e cumprimento do tempo execução de cada tarefa 5 dias seguidos.
Não Atingido .....	Não atinge o objectivo.

**5. Promove a redução de número de faltas de doentes às 1as consultas, através do contacto telefónico para confirmação de presença do doente. (Especialidades + Sub-especialidades: Cirurgia Vascular, Pneumologia, Medicina).**

Liliana - Cirurgia Vascular, Cirurgia Toracica, Anestesia, Dislipidémias.

Andreia - Pneumologia, Sono, Medicina, Diabetologia.

Indicador de Medida ....:	Redução do nº de faltas às consultas dos doentes.
Superado .....	Conseguiu n.º consultas marcadas/ nº consultas efectivadas - igual ou superior 97%.
Atingido .....	Conseguiu n.º consultas marcadas/ nº consultas efectivadas = 85% até 97%.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.

**6. Monitorização das respostas dos utentes aos SMS.**

Indicador de Medida ....:	Avaliação pela chefia do quadro diário de controlo. Irregularidade é equivalente a SMS não tratado nas 24h com desmarcação e remarcação ou cancelamento da consulta
Superado .....	Em todas as avaliações de Maio a Dezembro de 2013 não cumpriu em 4 vezes.
Atingido .....	Em todas as avaliações de Maio a Dezembro de 2013 não cumpriu em 8 vezes.
Não Atingido .....	Não atingiu o objectivo.



**7. Garantir a cobrança de pelo menos 70% do valor das taxas moderadoras emitidas (não incluindo situações de isenção).**

Indicador de Medida ....:	Valor das taxas cobradas / (taxas cobradas + em dívida).....
Superado .....	Taxa de cobrança superior a 82,5% e mapa entregue dentro do prazo.....
Atingido .....	Taxa de cobrança entre 68% e 82% e mapa entregue dentro do prazo.....
Não Atingido .....	Taxa de cobrança inferior a 68% ou mapa entregue fora do prazo.....

**Realização e Orientação para Resultados**

Capacidade para concretizar com eficácia e eficiência os objectivos do serviço e as tarefas que lhe são distribuídas.

- Realiza com empenho as tarefas que lhe são distribuídas.
- Estabelece normalmente prioridades na sua acção, centrando-se nas actividades com maior valor para o serviço.
- Compromete-se com os objectivos e é perseverante no alcançar das metas.
- Gere adequadamente o seu tempo de trabalho, preocupando-se em cumprir os prazos estipulados para as diferentes actividades.

**Optimização de recursos**

Capacidade para utilizar os recursos e instrumentos de trabalho de forma eficaz e eficiente de modo a reduzir custos e aumentar a produtividade.

- Preocupa-se com o aproveitamento dos recursos postos à sua disposição.
- Adopta procedimentos, a nível da sua actividade individual, para redução de desperdícios e de gastos supérfluos.
- Utiliza os recursos e instrumentos de trabalho de forma correcta e adequada, promovendo a redução de custos de funcionamento.
- Zela pela boa manutenção e conservação dos materiais e equipamentos, respeitando as regras e condições de operacionalidade.

**Responsabilidade e Compromisso com o Serviço**

Capacidade para compreender e integrar o contributo da sua actividade para o funcionamento do serviço, desempenhando as suas tarefas e actividades de forma diligente e disponível.

- Compreende a importância da sua função para o funcionamento do serviço e procura responder às solicitações que lhe são colocadas.
- Responde com prontidão e disponibilidade às exigências profissionais.



- É cumpridor das regras regulamentares relativas ao funcionamento do serviço, nomeadamente horários de trabalho e reuniões.
- Trata a informação confidencial a que tem acesso, de acordo com as regras jurídicas, éticas e deontológicas do serviço.

### Conhecimentos e Experiência

Capacidade para aplicar, de forma adequada, os conhecimentos e experiência profissional, essenciais para o desempenho das tarefas e actividades.

- Demonstra possuir conhecimentos práticos e técnicos necessários às exigências do posto de trabalho e aplica-os de forma adequada.
- Detém experiência profissional que permite resolver as questões profissionais que lhe são colocadas.
- Utiliza na sua prática profissional as tecnologias de informação e de comunicação com vista à realização de um trabalho de maior qualidade.
- Preocupa-se em alargar os seus conhecimentos e experiência profissional para melhor corresponder às exigências do serviço.

**Superado** .....: Para além de uma acção de formação + relatório, elaborar um procedimento aplicável a consulta de acordo com as regras da qualidade (não inclui apresentação oral).....

**Atingido** .....: Fazer pelo menos 1 acção de formação e um relatório da formação (não inclui apresentação oral).....

### Adaptação e Melhoria Contínua

Capacidade de se ajustar à mudança e a novos desafios profissionais e de se empenhar, de forma permanente, no desenvolvimento e actualização técnica.

- Reage, normalmente, de forma positiva às mudanças, adaptando-se a novos contextos profissionais e mantendo um desempenho eficiente.
- Encara a diversidade de tarefas como uma oportunidade de evolução e desenvolvimento profissional.
- Reconhece os seus pontos fracos e as suas necessidades de desenvolvimento e age no sentido da sua melhoria.
- Mantém-se actualizado através da pesquisa de informação e de acções de formação de reconhecido interesse para o serviço.

## ANEXO II

QD006 - EFR Produção Diferente IDE

Período em análise: 01-01-2014 a 31-12-2014

EPISODIO URG.	MODULO	DATA ADMISSAO	COD. SUBSIST. RESPONSAVEL	NUM. BENEFICIARIO	IDE SUBSISTEMA	IDE BENEFICIARIO	NOME FUNCIONARIO	SERVICO	EMISSAO FACT
14039596	URG	24-02-2014	935601	378171440	935610	378171440		URGENCIA GERAL	S
14104995	URG	29-05-2014	935601	378171440	935610	378171440		URGENCIA GERAL	N
14111873	URG	07-06-2014	935601	378171440	935610	378171440		URGENCIA GERAL	S
14116682	URG	14-06-2014	935601	378171440	935610	378171440		URGENCIA GERAL	S
14146246	URG	27-07-2014	935601	378171440	935610	378171440		URGENCIA GERAL	N
14054584	URG	18-03-2014	935601	375924942	935610	375924942		URGENCIA GERAL	S
14058236	URG	23-03-2014	935601	375924942	935610	375924942		URGENCIA GERAL	S
14029519	URG	10-02-2014	935601	369329744	935610	369329744		URGENCIA GERAL	S
14049744	URG	11-03-2014	935601	375213717	935610	375213717		URGENCIA GERAL	S
14088032	URG	05-05-2014	935601	375213717	935610	375213717		URGENCIA GERAL	S
14089372	URG	07-05-2014	935601	375213717	935610	375213717		URGENCIA GERAL	S
14225851	URG	20-11-2014	935601	375213717	935610	375213717		URGENCIA GERAL	S
14073958	URG	15-04-2014	935601	376450714	935610	376450714		URGENCIA GERAL	S
14230106	URG	26-11-2014	935601	376450714	935610	376450714		URGENCIA GERAL	S
14070435	URG	10-04-2014	935601	359628610	935610	359628610		URGENCIA GERAL	S
14074986	URG	16-04-2014	935601	359628610	935610	359628610		URGENCIA GERAL	S

## ANEXO III

ÁREAS	Urgência Pediátrica				Área de Coração e Vasos			
	TOTAL	CORRIGIDOS	NÃO CORRIGIDOS	SEM ACESSO	TOTAL	CORRIGIDOS	NÃO CORRIGIDOS	SEM ACESSO
QD001 - Produção Entidades Incorrectas								
QD003 - Consultas sem Médico Registado								
QD004 - Produção SNS Beneficiário Null e/ou CUT Null								
QD005 - CUT Produção Diferente								
QD006 - EFR Produção Diferente IDE								
QD0011 - Exames realizados com códigos incorrectos								
QD012 - Exames Indevidamente registados como EXT								



