



arsalentejo

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

PLANO DE PREVENÇÃO DOS RISCOS DE GESTÃO, INCLUINDO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Edição: 02 Revisão: 01

setembro 2021



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Página propositadamente em branco

Ficha Técnica

Ed.	Rev.	Data	Descrição	Autor	Aprovação
01	00	—	Elaboração do Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da ARS Alentejo, I.P.	ACI/ARSA, I.P.	Despacho do Conselho Diretivo de 11/05/2010
02	00	janeiro/2015	Elaboração do Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas da ARS Alentejo, I.P.	ACI/ARSA, I.P.	Despacho do Conselho Diretivo de 13/04/2015
02	01	setembro/2021	Revisão do Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas da ARS Alentejo, I.P.	ACI/ARSA, I.P.	Despacho do Conselho Diretivo de 25/10/2021

ÍNDICE

SIGLAS	5
ENQUADRAMENTO	7
PARTE I – O RISCO E A GESTÃO DO RISCO	7
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. CONCEITO DE RISCO E GESTÃO DE RISCO.....	8
1.2. CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	10
1.3 . CONFLITO DE INTERESSES	13
1.4 . GRAU E FREQUÊNCIA DO RISCO	15
PARTE II - CARACTERIZAÇÃO DA ARSA, I.P.....	17
2.1. MISSÃO E ATRIBUIÇÕES.....	17
2.2. OBJETIVOS E PRINCÍPIOS/DEVERES.....	17
2.3. ÓRGÃO DE GESTÃO, ESTRUTURA ORGÂNICA E RESPONSÁVEIS	20
2.3.1. Órgão de Gestão.....	20
2.3.2. ESTRUTURA ORGÂNICA	20
2.3.3. Organograma	21
2.3.4 Identificação dos Responsáveis.....	22
PARTE III – IDENTIFICAÇÃO DO RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS/CORRETIVAS.....	23
3.1. ATIVIDADES DE CARÁTER TRANSVERSAL	24
3.2. CONSELHO DIRETIVO	25
3.2.1. Missão e Competências	25
3.2.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	25
3.3. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E PLANEAMENTO.....	26
3.3.1. Missão e Competências do Departamento	26
3.3.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	26
3.4. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO.....	29
3.4.1. Missão e Competências do Departamento	29
3.4.2 Mapa de Gestão e Controlo do Risco	30
3.5. Departamento de Gestão e Administração Geral	31
3.5.1. Missão e Competências do Departamento	31
3.5.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	31
3.6. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS.....	36
3.6.1. Missão e Competências do Gabinete	36
3.6.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	36

3.7. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO	38
3.7.1. Missão e Competências do Gabinete	38
3.7.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	39
3.8. UNIDADE DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS.....	40
3.8.1. Missão e Competências da Unidade	40
3.8.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	40
3.9. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NAS ÁREAS DE PLANEAMENTO E INVESTIMENTOS E ESTATÍSTICA.....	42
3.9.1. Missão e Competências do Núcleo	42
3.9.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	43
3.10. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NA ÁREA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	44
3.10.1. Missão e Competências do Núcleo	44
3.10.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	45
3.11. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS	46
3.11.1. Missão e Competências da Divisão	46
3.11.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	47
3.12 EQUIPA COORDENADORA REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	48
3.12.1. Missão e Competências da Equipa	48
3.12.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	49
3.13. Gabinete de Comunicação e Marketing.....	51
3.13.1. Missão e Competências do Gabinete	51
3.13.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	51
3.14. AUDITORIA E CONTROLO INTERNO.....	52
3.14.1. Missão e Competências.....	52
3.14.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco.....	53
3.15. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL.....	54
3.15.1. Missão e Competências	54
3.15.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco	54
PARTE IV – MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	61
PARTE V - ANEXOS.....	62

SIGLAS

ACES AC	Agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo Central
ACI	Auditoria e Controlo Interno
ACSS, IP	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ANCP	Agência Nacional de Compras Públicas
ARSA, IP	Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.
AUE	Autorização de Utilização Excecional - Infarmed
BI RH	Bilhete de Identidade dos Recursos Humanos
CCM	Centro de Controlo e Monitorização do SNS
CCP	Código de Contratação Pública
CCS	Conselho Clínico e de Saúde
CD	Conselho Diretivo
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CPS	Contrato de Prestação de Serviços
CRI	Centro de Respostas Integradas
CRP	Constituição da República Portuguesa
DC	Departamento de Contratualização
DE	Diretora Executiva
DGAEP	Direção Geral da Administração e do Emprego Público
DGAG	Departamento de Gestão e Administração Geral
DGO	Direção Geral do Orçamento
DGS	Direção Geral de Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DIM	Delegados de Informação Médica
DR	Diário da República
DSPP	Departamento de Saúde Pública e Planeamento
ECRCCI	Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados
ELI	Equipa Local de Intervenção
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GAI	Gabinete de Auditoria Interna
GC	Gravidade da Consequência
GCM	Gabinete de Comunicação e Marketing
Ghaf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
GID	Gestão Integrada da Doença
GIE	Gabinete de Instalações e Equipamentos
GJC	Gabinete Jurídico e do Cidadão
GO	Gravidade de Ocorrência
HD	Hospital de Destino
HESE	Hospital do Espírito Santo de Évora
IIA	The Institute of Internal Auditors
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPI	Intervenção Precoce na Infância
LCPA	Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso
LSP	Laboratório de Saúde Pública
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NATAPIE	Núcleo de Apoio Técnico nas Áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística
NATASI	Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação
ORS	Observatório Regional de Saúde
PAUF	Plano de Ação das Unidades Funcionais
PO	Probabilidade de Ocorrência
PORI	Programa de Respostas Integradas
PPRCIC	Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SGREC	Sistema de Gestão de Reclamações
SGTD	Sistema de Gestão do Transporte de Doentes
SI	Sistema de Informação
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SIARS	Sistema de Informação das ARS, I.P.
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICC	Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade
SIGLIC	Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SIGO	Sistema de Informação de Gestão orçamental
SIIE	Sistema de Informação dos Imóveis do Estado
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SIOE	Sistema de Informação de Organização do Estado
SIRA	Sistema Informático de Registo de Abonos
SNIP	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básica
SVIG TB	Sistema de Vigilância para a Tuberculose
TC	Tribunal de Contas
TD	Transporte de Doentes
TDNU	Transporte de Doentes Não Urgentes
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
UGRH	Unidade de Gestão de Recursos Humanos
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
URGA	Unidade Regional de Gestão do Acesso
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

ENQUADRAMENTO

A 1 de julho de 2009, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), recomendou que “todas as entidades gestoras de dinheiros, valores ou património público”, devem elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infração conexas. Assim, esta ARS Alentejo, I. P., elaborou a 2.ª edição do seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, em janeiro de 2015, com aprovação do Conselho Diretivo a 13 de abril de 2015.

Decorridos seis anos e tendo em consideração os resultados alcançados na monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, entendeu-se investir no aperfeiçoamento do trabalho já desenvolvido.

Neste contexto, foi revisto e atualizado à realidade do instituto público, em função de algumas reestruturações internas ocorridas, mais concretamente, alterações dos responsáveis de alguns serviços (Departamento de Contratualização e Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), a criação da Unidade Regional da Gestão do Acesso (URGA) por deliberação do Conselho Diretivo de 6 de setembro de 2018, assim como, a atualização/revisão das matrizes de risco definidas para os departamentos/unidades funcionais e a inclusão das matrizes de risco do ACES Alentejo Central (ACES AC) e do Conselho Diretivo da ARS Alentejo, I.P..

Pretende-se com este plano, identificar as principais situações potenciadoras de risco, elencar as medidas preventivas e corretivas que possibilitem a sua mitigação, bem como definir a metodologia de monitorização e de implementação dessas medidas.

É de salientar, que este plano é fruto de uma reflexão interna dos Departamentos/Unidades Funcionais, numa perspetiva de melhoria contínua, de responsabilização e de participação de todos os profissionais da instituição.

PARTE I – O RISCO E A GESTÃO DO RISCO

1. INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas e desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

A Recomendação n.º 1/2009 do CPC, publicada no DR, II Série, n.º 140, de 22 de julho, determina que “Os órgãos máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou

patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar planos de gestão de riscos e infrações conexas”, a remeter ao Conselho, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

O presente documento, foi elaborado com base no guião difundido pelo CPC, em setembro de 2009, nos termos dos quais se:

- Identifica em relação a cada área, os riscos de corrupção;
- Identifica as medidas adotadas que previnam a ocorrência com base na identificação dos riscos;
- Define e identifica os vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob direção do dirigente máximo;
- Elabora um relatório anual de execução do plano.

Este Plano possibilita a cada área funcional, um maior conhecimento dos procedimentos instituídos, bem como a implementação de mecanismos adicionais de controlo, construídos com a participação dos responsáveis intervenientes em cada processo, que cimentam um compromisso ético transversal a toda a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA, I.P.).

1.1. CONCEITO DE RISCO E GESTÃO DE RISCO

O **risco** encontra-se presente em todas as organizações e pode resultar tanto de fatores internos como de fatores externos. A norma internacional ISO 31000:2009, que estabelece os princípios e linhas de orientação relativas à gestão do risco, define-o como sendo o efeito da incerteza nos objetivos de uma organização, ou seja, a causa de um desvio negativo sobre um objetivo estabelecido.

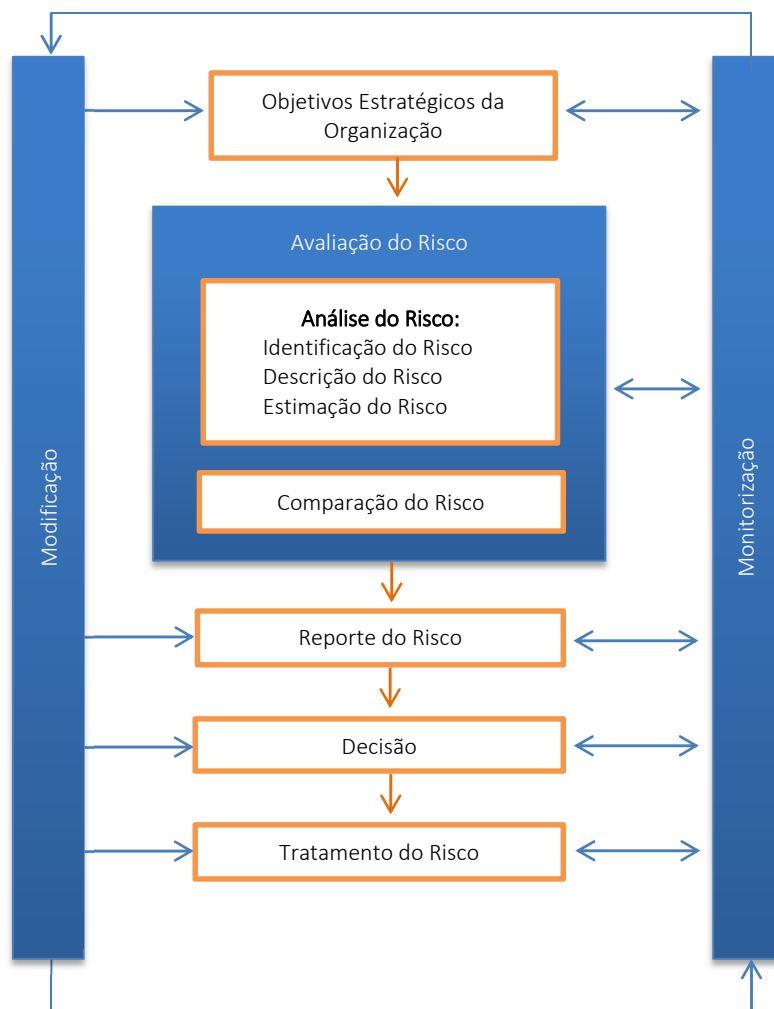
O risco é, muitas vezes, caracterizado pela combinação dos eventos potenciais/probabilidade de um acontecimento e dos impactos dos mesmos, podendo ser classificados como riscos de ordem operacional, estratégica, financeira ou riscos relativos à gestão do conhecimento e de conformidade.

A **gestão de riscos** é, desta forma, um elemento crucial na gestão estratégica de qualquer organização, que procura minimizar as consequências negativas na *performance* das organizações, num ambiente de incerteza, aumentando a probabilidade de êxito da obtenção dos objetivos globais da organização.

A gestão de riscos deve, então, ser um processo contínuo e dinâmico na identificação, análise e tratamento do risco, aplicado à estratégia da organização e à implementação de tal estratégia e, como tal, deve ser integrado na cultura da organização, com um programa eficaz e conduzido pelo órgão de gestão de topo, a quem incumbe

determinar até que ponto se deve aceitar a incerteza, geradora de riscos e oportunidades, com potencial para destruir ou gerar valor à organização.

Um processo de gestão de riscos deve respeitar determinadas etapas, que esquematicamente se pode representar da seguinte forma:

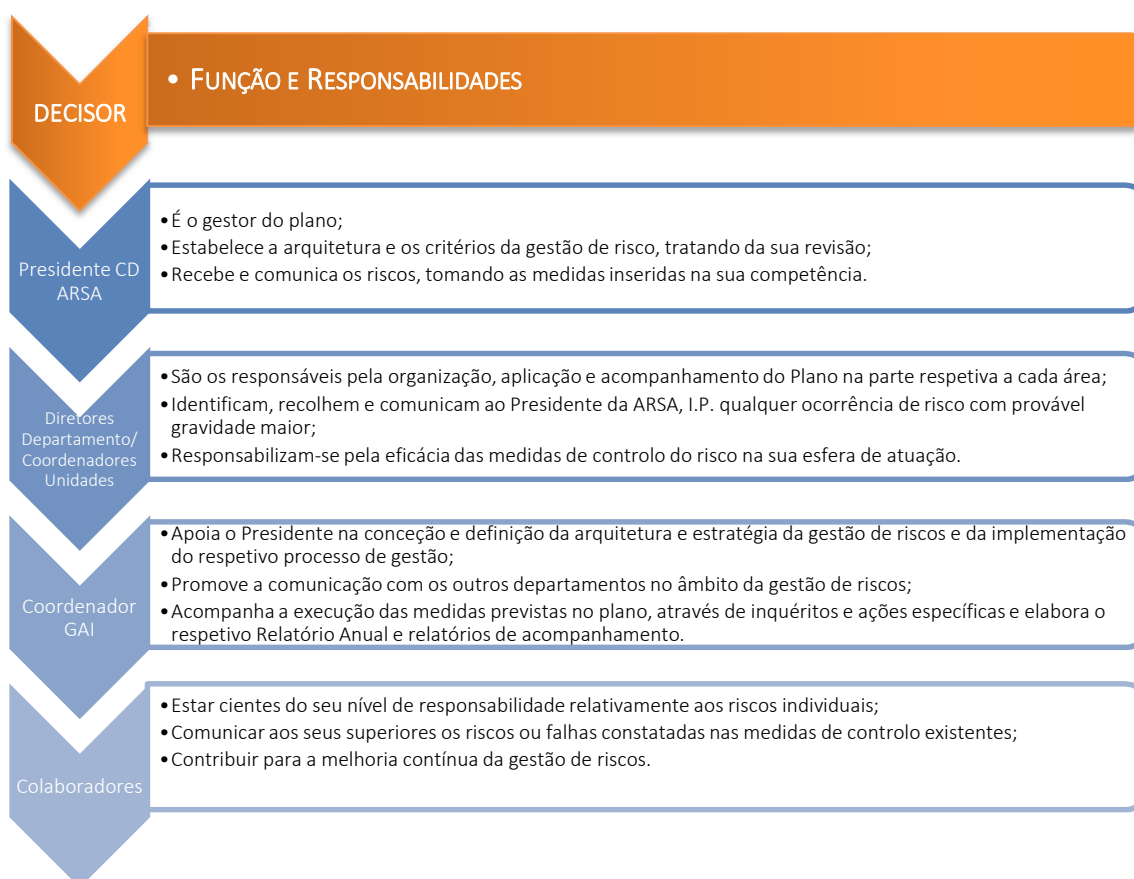


Após conduzir um processo de avaliação dos riscos pertinentes, o órgão de gestão determina como responderá aos riscos, isto é, se decide evitar, reduzir, compartilhar ou aceitar os riscos. O órgão de gestão avalia, então, o efeito sobre a probabilidade de ocorrência e o impacto do risco, assim como os custos e benefícios subjacentes ao tratamento dos riscos, selecionando, dessa forma, uma resposta que mantenha os riscos residuais dentro de um limite aceitável.

De notar que, o órgão de gestão é o principal responsável pela gestão de riscos e é quem deve assumir a responsabilidade pela sua iniciativa e supervisão, no entanto, todos os colaboradores, com funções dirigentes ou não, têm o seu papel no processo. Cabe ao pessoal com funções dirigentes e auditor interno apoiar o órgão de gestão no processo, incentivando-o e gerindo os riscos dentro das suas esferas de competência, o que constitui uma importante responsabilidade de suporte. Aos restantes

colaboradores da organização cabe a responsabilidade de executar a gestão do risco, através do cumprimento das instruções/diretrizes emanadas pelo órgão de gestão sobre a matéria.

Também diversas entidades externas, como clientes, parceiros comerciais/institucionais, auditores externos, podem coadjuvar no processo de gestão de risco, fornecendo informações úteis, sinais de alerta e outros para a condução do processo, contudo, sem responsabilidade pela sua eficácia e execução dentro da organização.



Associada à gestão de riscos estão as atividades de **controlo interno** que funcionam como salvaguarda da tomada de decisões, prevenindo a ocorrência de erros e irregularidades ou minimizando as suas consequências, de forma a assegurar que as respostas aos riscos sejam executadas. Essas atividades devem ocorrer em toda a organização, em todos os níveis e funções e podem compreender uma série de procedimentos tais como aprovação, autorização, segregação de funções, verificação, reconciliação e revisão.

1.2. CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- Vertente Penal

No âmbito da avaliação de riscos, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas, importa proceder igualmente a uma abordagem sobre o tema da corrupção e infrações conexas, atendendo ao enquadramento legal português, nomeadamente sobre o que é a corrupção e quais os ilícitos que podem ser cometidos no exercício de funções públicas.

É do conhecimento geral que a corrupção lesa veemente o normal funcionamento das instituições. Quer no setor público, quer no setor privado, nacional ou internacional, trata-se de um fenómeno que constitui, atualmente, uma das grandes preocupações não apenas dos diversos Estados, mas também de organizações internacionais de âmbito global e regional. Revela-se como uma ameaça aos Estados de Direito Democrático e prejudica gravemente a fluidez das relações entre os cidadãos e a Administração, obstando a prossecução do interesse público, bem como do desejável desenvolvimento das economias, no que respeita ao normal funcionamento dos mercados e à livre e sã concorrência.

Num Estado de direito, é perfeitamente legítimo que o cidadão exija cada vez mais a realização do interesse público pela Administração Pública, através da adoção de uma gestão clara e transparente dos dinheiros públicos, de tal forma que todos os atos praticados pela mesma sejam sindicáveis pelos cidadãos.

Segundo a Direção-Geral da Política de Justiça, a corrupção ocorre *“quando uma pessoa, que ocupa uma posição dominante, aceita receber uma vantagem indevida em troca da prestação de um serviço”*.

O Código Penal português prevê o crime de corrupção no quadro do exercício de funções públicas, nos seus artigos 372.º a 374.º-A, embora a corrupção possa existir em todos os setores de atividade.

O crime de corrupção implica a conjugação dos seguintes elementos:

- Uma **ação** ou **omissão**
- A prática de um **ato lícito** ou **ilícito**
- A contrapartida de uma **vantagem indevida** para o **próprio** ou para **terceiro**

A corrupção pode ser **ativa** ou **passiva** dependendo se a ação ou omissão for praticada pela pessoa que corrompe ou pela pessoa que se deixa corromper.

Fala-se de **corrupção pública ativa** quando uma pessoa diretamente ou através de outra pessoa, para si ou para outra pessoa, faz uma oferta, promessa ou propõe um benefício de qualquer natureza, a um funcionário público para que este cumpra ou se abstenha de cumprir um determinado ato.

A **corrupção pública passiva** ocorre quando um funcionário público pede, aceita ou recebe, diretamente ou através de outra pessoa, para si ou para outra pessoa, oferta, promessa ou benefício de qualquer natureza para cumprir ou se abster de cumprir um determinado ato.

De notar que existe corrupção, mesmo que o ato (ou a sua ausência), seja ou não legítimo no quadro das funções desempenhadas pelo interessado, não se tenha realizado. Da mesma forma existe corrupção qualquer que seja a natureza ou o valor do benefício.

O ato unilateral de oferecer, dar, solicitar ou receber uma vantagem, é suficiente para existir corrupção. O acordo entre as partes constitui uma circunstância agravante do crime.

De acordo com o Código Penal Português, são crimes de corrupção e infrações conexas puníveis, os que a seguir se esquematizam:

CORRUPÇÃO PASSIVA PARA ATO ILÍCITO (ART.º 372º)

O funcionário que solicite ou aceite, por si ou por interposta pessoa, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, para si ou para terceiro, para a prática de um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores aquela solicitação ou aceitação.

CORRUPÇÃO PASSIVA PARA ATO LÍCITO (ART.º 373º)

O funcionário que solicite ou aceite, por si ou por interposta pessoa, vantagem ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, para si ou para terceiro, para a prática de um qualquer ato ou omissão **não contrários** ao dever do cargo, ainda que anteriores aquela solicitação ou aceitação.

CORRUPÇÃO ATIVA (ART.º 374º)

Quem por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial que ao funcionário não seja devida.

PECULATO (ART.º 375º)

Obter dinheiro ou coisa móvel, que passou a ser acessível devido às funções que desempenha.

PECULATO DE USO (ART.º 376º)

Consuma-se com a utilização, pelo funcionário, de veículo ou outra coisa móvel de valor apreciável, para fins alheios àqueles a que se destinam, independentemente de o fim visado pelo agente se ter ou não concretizado.

ABUSO DE PODER (ART.º 382º)

O funcionário que detém determinados poderes funcionais faz uso de tais poderes para um fim diferente daquele para que a lei os concede.

PARTICIPAÇÃO ECONÓMICA EM NEGÓCIO (ART.º 377º)

Preenche o crime de participação económica em negócio o funcionário que, no exercício das suas funções públicas, ao invés de atuar como zelador do interesse público que lhe está confiado, abusa dos poderes conferidos pela titularidade do cargo com finalidade lucrativa para si ou para terceiro.

TRÁFICO DE INFLUÊNCIAS (ART.º 335º)

Solicitar ou aceitar vantagem patrimonial ou não patrimonial, para abusar da sua influência real ou suposta.

CONCUSSÃO (ART.º 379º)

Obter, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima.

SUBORNO (ART.º 363º)

Convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial a praticar falsas declarações, testemunhos, perícias, interpretações ou traduções.

VIOLAÇÃO DE SEGREDO POR FUNCIONÁRIO (ART.º 383º)

Revelar segredo de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado no exercício das suas funções, ou cujo conhecimento lhe tenha sido facilitado pelo cargo que exerce, com intenção de obter benefício ou causar prejuízo ao interesse público ou a terceiros.

- Vertente Disciplinar

Na vertente disciplinar, os crimes de corrupção e infrações conexas são puníveis por aplicação do exercício do poder disciplinar, aprovado pela Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas – Lei n.º 35/2014, de 20 de junho (capítulo VII), com as sucessivas alterações.

O procedimento disciplinar é independente do procedimento criminal, tanto que a condenação em processo penal não prejudica o exercício da ação disciplinar e quando o facto apreciado em procedimento disciplinar seja passível de ser considerado infração penal, dá-se obrigatoriamente notícia dele ao Ministério Público para promover o procedimento criminal, nos termos do artigo 242.º do Código de Processo Penal.

1.3 . CONFLITO DE INTERESSES

Considerando a importância de uma adequada gestão de conflitos de interesses, no âmbito da administração pública, no que respeita à adoção de uma cultura de

integridade e transparência, o Conselho de Prevenção da Corrupção emitiu a Recomendação de 8 de janeiro de 2020¹, que revoga a Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro de 2012, onde prevê um conjunto de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses que as instituições públicas devem acolher.

De acordo com esta Recomendação do CPC, o **conflito de interesse** no setor público *“pode ser definido como 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.”*

Podem ser igualmente situações geradoras de conflito, *“situações que envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outras, porque participaram, direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram, ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex - colaboradores.”*

A Recomendação destaca como principais medidas a adotar nesta matéria a elaboração de Manuais de boas práticas e códigos de conduta, o desenvolvimento de ações de sensibilização sobre esta temática, a subscrição pelos trabalhadores de declarações de compromisso de inexistência de conflitos de interesse em processos que possam de alguma forma pôr em causa a sua isenção e rigor e, especialmente, identificar e caracterizar as áreas de risco e as situações concretas de conflitos de interesses.

Na Parte III do presente Plano procede-se, então, à identificação dos principais riscos de cada Departamento/Serviço, incluindo as situações de conflito de interesses, bem como os mecanismos e medidas a adotar para a sua prevenção.

Em anexo ao presente plano encontram-se, também, as minutas relativas a:

- Declaração de incompatibilidades, impedimentos e escusa;
- Declaração de inexistência de incompatibilidades, ao abrigo do art. 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

¹ Recomendação n.º 3/2020 do CPC, publicada no DR n.º 138, Série II, de 17 de julho de 2020.

1.4 . GRAU E FREQUÊNCIA DO RISCO

São vários os fatores internos e externos que levam a que uma atividade tenha uma maior ou menor propensão ao risco. Contudo, há alguns que pela sua natureza são preponderantes no grau e frequência do risco, especificamente:

- A capacitação da gestão, uma vez que uma menor competência técnica da atividade de gestão envolve, necessariamente, uma frequência elevada do risco.
- A idoneidade dos gestores e decisores, sendo certo que um comportamento ético e rigoroso levará a uma menor frequência do risco.
- A existência de um sistema de controlo interno adequado e eficaz na mitigação de riscos.

A avaliação do risco tem em conta a combinação do grau de probabilidade de ocorrência de um acontecimento com a gravidade da consequência, de acordo com os níveis definidos na figura que se segue:

	Baixa	Média	Alta
Probabilidade de Ocorrência (PO)	O controlo interno existente permite evitar ou mitigar o risco, pelo que a possibilidade de ocorrência do mesmo é baixa.	O controlo interno existente não permite evitar ou mitigar o risco, havendo necessidade de tomar de decisões adicionais.	Forte probabilidade de ocorrência do risco, apesar do controlo existente e da aplicação de medidas adicionais.
Gravidade da Consequência (GC)	O risco identificado não tem potencial para provocar prejuízos financeiros e/ou outros, nem para causar danos relevantes na credibilidade e funcionamento da organização. Podem implicar, contudo, dano na otimização do desempenho organizacional.	O risco identificado pode comportar prejuízos financeiros e/ou outros e perturbar o normal funcionamento da organização.	O risco identificado pode resultar em prejuízos financeiros e/ou outros significativos e a violação grave dos princípios associados ao interesse público. Afeta a credibilidade institucional e o cumprimento da missão da organização, possibilitando a existência de medidas pecuniárias e/ou ações criminais.

Da combinação das duas variáveis em cima referidas, resulta a graduação do risco, de acordo com a seguinte **matriz de riscos**:

Grau de risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Gravidade de Ocorrência (GO)	Alta	Muito elevado	Elevado	Moderado
	Média	Elevado	Moderado	Fraco
	Baixa	Moderado	Fraco	Muito fraco

Face à graduação do risco, o órgão de gestão deve ponderar a resposta/tratamento do risco, tendo em conta um conjunto de questões, designadamente:

- Se deve manter-se a atividade geradora do risco? O risco é aceitável?
- Se é possível transferir a atividade geradora de risco para uma terceira entidade, através de contrato, parceria ou seguro?
- O custo do tratamento do risco é superior ou inferior ao seu benefício?

O quadro que se segue sugere um conjunto de estratégias que o órgão de gestão pode observar, face ao risco e à sua graduação, a saber:

Muito Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar.
Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar ou Prevenir: devem ser equacionadas medidas com o melhor custo/benefício e reforço do controlo interno.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir: devem ser implementadas medidas que atenuem o risco.
Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir ou transferir: a atividade pode ser suspensa até que o risco seja reduzido.
Muito elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir ou evitar: a atividade não deve ser retomada até serem retomadas tomadas medidas de redução de risco.

PARTE II - CARACTERIZAÇÃO DA ARSA, I.P.

Nesta parte é esboçada uma breve caracterização da ARSA, I.P., apresentando-se de uma forma sucinta a sua missão, as suas atribuições, objetivos e princípios, bem como os seus órgãos de gestão, estrutura orgânica e identificação dos responsáveis.

A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., é pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, cujos Estatutos estão definidos na Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho.

2.1. MISSÃO E ATRIBUIÇÕES

De acordo com a atual Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro e com o Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro que revê a orgânica das ARS, a ARSA, I.P. tem por missão garantir à população da região Alentejo o acesso à prestação de cuidados de saúde, através da adequação dos recursos existentes às necessidades verificadas, bem como cumprir e fazer cumprir na sua área de intervenção, as políticas e os programas de saúde. As atribuições da ARSA, I.P., são as que constam do artigo 3.º do Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

2.2. OBJETIVOS E PRINCÍPIOS/DEVERES

Os **objetivos** estratégicos da ARSA, I.P. (definidos no Plano Estratégico do plano 2017 – 2019) são:

- a) Melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, valorizando a integração dos cuidados;
- b) Promover a contratualização a todos os níveis de cuidados: primários, hospitalares e continuados;
- c) Potenciar ações que mobilizem os diversos atores sociais;
- d) Aumentar a capacitação da população, através de ações de literacia promotoras de maior autonomia e incrementar os cuidados de proximidade.

Para cumprir os seus objetivos, a ARSA, I.P., conta com uma equipa de profissionais de saúde, empenhada, mobilizada e disponível para dar o melhor de si ao serviço das populações. Conta ainda com a cooperação das Autarquias e das Associações, que complementam e facilitam a criação de condições para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade.

Na Constituição da República Portuguesa (CRP) e no Código do Procedimento Administrativo (CPA) são identificados **princípios** gerais que devem nortear o princípio de funções pelos trabalhadores da Administração Pública.

Estes princípios gerais foram reunidos na “Carta de Ética – dez princípios éticos da Administração Pública”, em consenso com as Associações Sindicais (Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/97, de 22 de março).

Assim, no âmbito dos objetivos a prosseguir pelo presente Plano, entende-se relevante recordar e divulgar os princípios da referida Carta de Ética, os quais mantêm toda a atualidade:

Princípio do Serviço Público <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários encontram-se ao serviço exclusivo da comunidade e dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo.
Princípio da Legalidade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários atuam em conformidade com os princípios constitucionais e de acordo com a lei e o direito.
Princípio da Justiça e Imparcialidade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários, devem tratar de forma justa e imparcial todos os cidadãos, atuando segundo rigorosos princípios de neutralidade.
Princípio da Igualdade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários não podem beneficiar ou prejudicar qualquer cidadão em função da sua ascendência, sexo, raça, língua.
Princípio Proporcionalidade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários só podem exigir aos cidadãos o indispensável à realização da atividade administrativa.
Princípio da Colaboração e Boa- Fé <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários devem colaborar com os cidadãos, segundo o princípio da boa – fé, tendo em vista o interesse da comunidade e fomentar a sua participação na realização da atividade administrativa.
Princípio da Informação e Qualidade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários devem prestar informações e/ou esclarecimentos de forma clara, simples, cortês e rápida.
Princípio da Lealdade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários devem agir de forma leal, solidária e cooperante.
Princípio da Integridade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários regem-se segundo critérios de honestidade pessoal e de integridade de caráter.
Princípio da Competência e Responsabilidade <ul style="list-style-type: none">• Os funcionários agem de forma responsável e competente, dedicada e crítica, empenhando-se na valorização profissional.

A estes princípios acrescem os deveres enunciados na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (art.º 73.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho):

Dever de prossecução do interesse público

- Consiste na sua defesa, no respeito pela constituição, pelas leis e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Dever de isenção

- Consiste em não tirar vantagens, diretas ou indiretas, pecuniárias ou outras, para si ou para terceiro, das funções que exerce.

Dever de imparcialidade

- Consiste em desempenhar as funções com equidistância relativamente aos interesses com que seja confrontado, sem discriminar positiva ou negativamente qualquer deles, na perspetiva do respeito pela igualdade dos cidadãos.

Dever de informação

- Consiste em prestar ao cidadão, nos termos legais, a informação que seja solicitada, com ressalva daquela que, naqueles termos, não deva ser divulgada.

Dever de zelo

- Consiste em conhecer e aplicar as normas legais e regulamentares e as ordens e instruções dos superiores hierárquicos, bem como exercer as funções de acordo com os objetivos que tenham sido fixados e utilizando as competências que tenham sido consideradas adequadas.

Dever de obediência

- Consiste em acatar e cumprir as ordens dos legítimos superiores hierárquicos, dadas em objeto de serviço e com a forma legal.

Dever de lealdade

- Consiste em desempenhar as funções com subordinação aos objetivos do órgão ou serviço.

Dever de correção

- Consiste em tratar com respeito os utentes dos órgãos ou serviços e os restantes trabalhadores e superiores hierárquicos.

Dever de assiduidade e de pontualidade

- Consiste em comparecer ao serviço regular e continuamente e nas horas que estejam designadas.
- É fundamental fomentar uma cultura de responsabilidade e de ética, intolerante com qualquer conduta desviante dentro da instituição, e criar um sistema eficaz na identificação e reporte de tal atuação.

2.3. ÓRGÃO DE GESTÃO, ESTRUTURA ORGÂNICA E RESPONSÁVEIS

2.3.1. Órgão de Gestão

São órgãos da ARSA, I.P.: o Conselho Diretivo, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

O **Conselho Diretivo** da ARSA, I.P. é composto por um presidente Mestre José Alberto Noronha Marques, pelo Despacho n.º 3517/2015, publicado no DR 2.ª série n.º 68, de 08 de abril de 2015; e com funções de Vogal do Conselho Diretivo o Eng. José António Martinho Lopes e a Mestre Paula Alexandra Ângelo Ribeiro Marques, nomeados pelo Despacho n.º 3554/2015, publicado no DR 2.ª série n.º 69, de 09 de abril de 2015, com produção de efeitos a 9 de abril de 2015 no caso do Presidente e os Vogais com produção de efeitos a 10 de abril de 2015.

As competências do Conselho Diretivo, constam no n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, no artigo 21.º e n.º 2 e n.º 3 do artigo 38.º da Lei n.º 3/2004 de 15 de janeiro, podendo ser delegadas em qualquer um dos seus membros com faculdade de subdelegação.

O **Fiscal Único**, António Borges & Associados, SROC, Lda. é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ARSA, I.P..

O **Conselho Consultivo**, é o órgão de consulta, apoio e participação na definição das linhas gerais de atuação da ARSA, I.P., e nas tomadas de decisão do Conselho Diretivo.

2.3.2. ESTRUTURA ORGÂNICA

No desenvolvimento do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, a Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, veio determinar a organização interna da ARSA, I.P., mediante a aprovação dos respetivos estatutos.

A organização interna da ARSA, I.P., é constituída por serviços centrais, e ainda por serviços desconcentrados, designados por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, na sua redação atual.

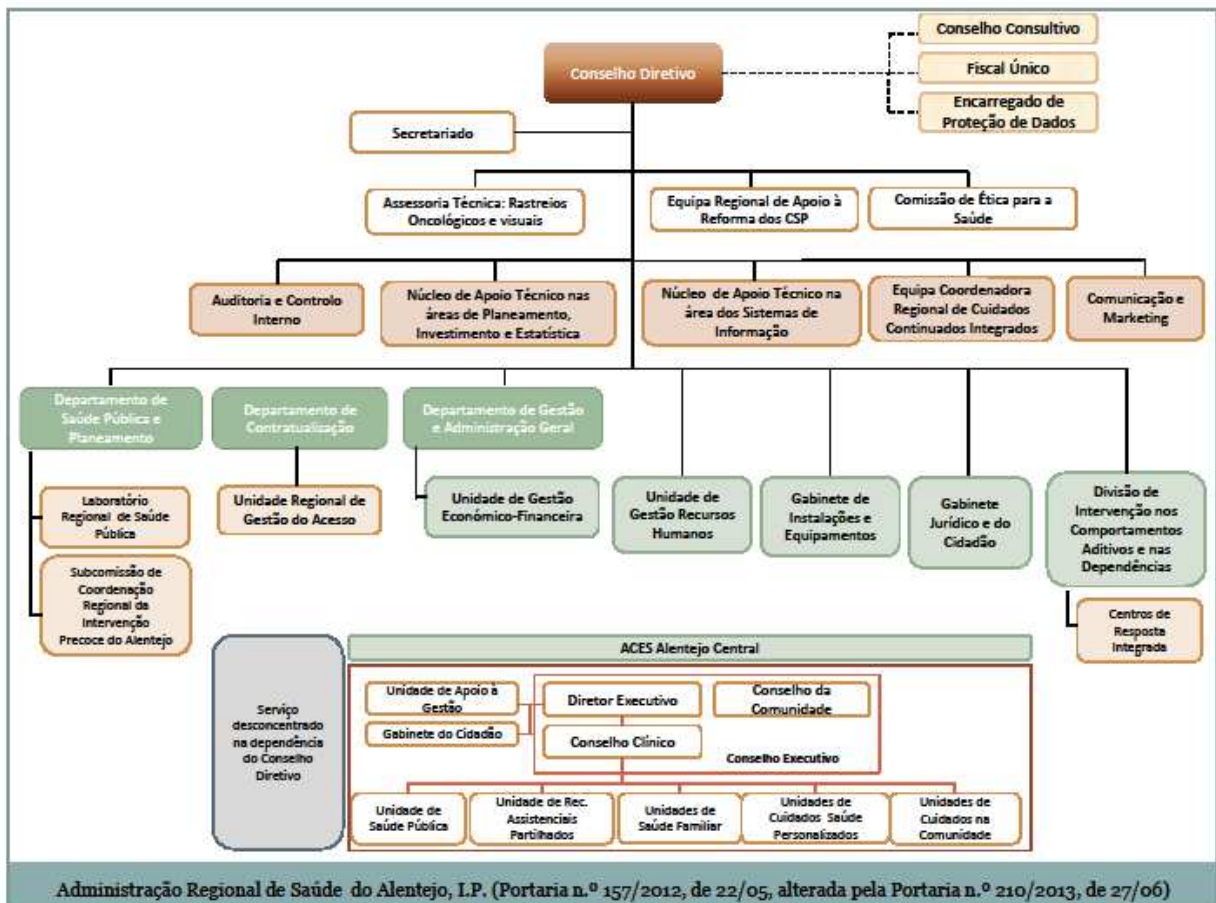
São serviços centrais da ARSA, I.P.:

- A) Departamento de Saúde Pública e Planeamento;

- B) Departamento de Contratualização;
- C) Departamento de Gestão e Administração Geral;
- D) Gabinete de Instalações e Equipamentos;
- E) Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- F) Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Por deliberação do conselho diretivo podem ser criadas, modificadas ou extintas até duas unidades orgânicas flexíveis, integradas ou não nos departamentos, conforme o n.º 3, do artigo 1.º, da Portaria n.º 157/2012 de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho.

2.3.3. Organograma



2.3.4 Identificação dos Responsáveis

Conselho Diretivo
<p>O Conselho Diretivo da ARSA, I.P., tem a seguinte constituição:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presidente: Mestre José Alberto Noronha Marques Robalo, nomeado pelo Despacho n.º 3517/2015, publicado no DR 2.ª série n.º 68, de 8 de abril de 2015. Vogal: Eng. José António Martinho Lopes, nomeado pelo Despacho n.º 3554/2015, publicado no DR 2.ª série n.º 69, de 9 de abril de 2015. Vogal: Mestre Paula Alexandra Ângelo Ribeiro Marques, nomeado pelo Despacho n.º 3555/2015, publicado no DR 2.ª série n.º 69, de 9 de abril de 2015.
Departamento de Saúde Pública e Planeamento
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Maria Leonor Murjal da Silva (Direção intermédia de 1.º grau), nomeada pelo Despacho n.º 2794/2021, publicado no DR 2.ª série n.º 51, de 15 de março de 2021.
Departamento de Gestão e Administração Geral
<ul style="list-style-type: none"> Dr. Luís Manuel da Silva Pereira (Direção intermédia de 1.º grau), nomeado pelo Despacho n.º 8415/2012, publicado no DR 2.ª série n.º 120, de 22 de junho de 2012.
Departamento de Contratualização
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Sandra do Rosário Malafaia Santos e Silva (Direção intermédia de 1.º grau), nomeada pelo Despacho do Presidente do Conselho Diretivo de 28 de abril de 2017, com efeitos a 01 de maio de 2017.
Gabinete de Instalações e Equipamentos
<ul style="list-style-type: none"> Arquiteta Maria Manuela Varela Teles de Macedo Sousa (Direção intermédia de 2.º grau), nomeado pelo Despacho n.º 8413/2012, publicado no DR 2.ª série n.º 120, de 22 de junho de 2012.
Gabinete Jurídico e do Cidadão
<ul style="list-style-type: none"> Dr. Nuno Miguel Mota de Campos Alves da Silva (Direção intermédia de 2.º grau), nomeado pelo Despacho n.º 8411/2012, publicado no DR 2.ª série n.º 120, de 22 de junho de 2012.
Unidade de Gestão de Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Carmen de Jesus Rosado Mendes Ramos (Direção intermédia de 2.º grau), nomeado pelo Despacho n.º 9286/2012, publicado no DR 2.ª série n.º 132, de 10 de julho de 2012.
Unidade de Gestão Económico-Financeira
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Maria José Ferreira Velez (Direção intermédia de 2.º grau), nomeado pelo Despacho n.º 9285/2012, publicado no DR 2.ª série n.º 132, de 10 de julho de 2012.
Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação
<ul style="list-style-type: none"> Dr. Paulo Jorge Neves Basílio (sem estatuto de dirigente), deliberação do Conselho Diretivo, com produção de efeitos a 19 de julho de 2012.
Núcleo de Apoio Técnico nas Áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Anabela Lopes David (sem estatuto de dirigente), deliberação do Conselho Diretivo, com produção de efeitos a 19 de julho de 2012.
Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
<ul style="list-style-type: none"> Dr. João Mário Lopes Sardica, (Direção intermédia de 2.º grau) nomeado pelo Despacho n.º 10054/2016, publicado no DR n.º 152/2016, Série II, de 9 de agosto de 2016.
Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados
<ul style="list-style-type: none"> Enf.ª Maria da Graça Godinho Simões Eliseu (sem estatuto de dirigente), deliberação do Conselho Diretivo de 13 de fevereiro de 2014, com produção de efeitos a 1 de fevereiro de 2014.
Gabinete de Comunicação e Marketing
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Maria Manuel Sezões Peixe Martins (sem estatuto de dirigente), Cedência de Interesse Público do HESE para ARSA, I.P., de 01 de julho de 2020.
Auditoria e Controlo Interno
<ul style="list-style-type: none"> Dra. Sandra Sofia Dordio Gonçalves (sem estatuto de dirigente), deliberação do Conselho Diretivo de 23 de fevereiro de 2015.
Serviços Desconcentrados da ARSA, I.P. – ACES Alentejo Central
<ul style="list-style-type: none"> Diretora Executiva: Dra. Maria do Céu da Cruz Canhão, nomeada pelo Despacho n.º 8610/2020, publicado no DR 2.ª série n.º 175, de 08 de setembro de 2020.

PARTE III – IDENTIFICAÇÃO DO RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS/CORRETIVAS

Neste ponto procede-se à identificação e graduação dos eventuais riscos mais relevantes, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas, que possam surgir nas principais atividades desenvolvidas em cada Departamento, Unidade e Serviço.

Em anexo ao presente Plano, encontram-se as matrizes de risco relativas a cada Departamento/Unidade/Serviço, onde são identificados os eventuais riscos, bem como as atividades de controlo/medidas preventivas implementadas e/ou a implementar, que possibilitam a eliminação ou a redução da sua probabilidade de ocorrência.

Após a avaliação do risco, resultante da aplicação da escala de risco mencionada no ponto 1.4 (pág. 12), tendo em consideração os resultados apurados no que concerne à gravidade da consequência e à probabilidade de ocorrência, não obstante a consulta integral das matrizes de risco respetivas a cada área, transcrevem-se de seguida os riscos mais relevantes, bem como as medidas preventivas já implementadas e a implementar na ARS Alentejo, I.P..

Neste âmbito, importa referir as áreas consideradas para efeito de avaliação do risco, a saber:

- Conselho Diretivo;
- Departamento de Saúde Pública e Planeamento;
- Departamento de Contratualização;
- Departamento de Gestão e Administração Geral;
- Gabinete de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- Unidade de Gestão de Recursos Humanos;
- Núcleo de Apoio Técnico para a Área do Planeamento, Investimentos e Estatística;
- Núcleo de Apoio Técnico para a Área dos Sistemas de Informação;
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- Equipa Coordenadora Regional dos Cuidados Continuados Integrados;
- Assessoria de Comunicação e Marketing;
- Assessoria de Auditoria e Controlo Interno;
- Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central.

3.1. ATIVIDADES DE CARÁTER TRANSVERSAL

Responsável pela Gestão do Risco: Conselho Diretivo

Atividades:

- Exercício ético e profissional das funções;
- Atendimento/relacionamento com o exterior.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de ausência de integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade	Baixa	Alta	Moderado	1. Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções. 2. Declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos e escusa. 3. Promoção de ações de formação a todos os trabalhadores sobre a temática de conflito de interesses. 4. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA, IP. 5. Definição de níveis de responsabilidade e acompanhamento pelas chefias e reporte aos mesmos pelas matérias questionadas. 6. Cumprimento dos normativos sobre proteção de dados
Risco de acesso a informação privilegiada e usufruto da mesma em proveito próprio	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de conflito de interesses	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de aceitação indevida de ofertas	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de prestação de informação inadequada/mau-atendimento	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados	Baixa	Alta	Moderado	

3.2. CONSELHO DIRETIVO

3.2.1. Missão e Competências

DIRIGENTES	Dr. José Alberto Noronha Marques Robalo (Presidente do CD), Dra. Paula Alexandra Ângelo Ribeiro Marques (Vogal do CD) e Eng.º José António Martinho Lopes (Vogal do CD).
COMPETÊNCIAS	As competências do Conselho Diretivo, são as constantes no n.º 2 do art.º 5.º do Decreto Lei n.º 22/2012, de 30/01 e art.º 21.º e n.º 2 e 3 do art.º 38.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro. Competências delegadas ao Conselho Diretivo, pelos Despachos n.º 4160/2019, de 16/04, 6183/2020, de 09/06 e 12023/2020, de 10/12.

3.2.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Conselho Diretivo (CD)

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de parcialidade/falta de isenção na tomada de decisão.	Baixa	Média	Fraco	1. Aprovação dos pareceres e informações dos serviços da ARS Alentejo, I.P. em reuniões do conselho diretivo, com registo em ata da decisão.
Risco de utilização das atribuições ou recursos da instituição para obtenção de vantagem indevida e/ou favorecimento ou prejuízo de terceiros.	Baixa	Alta	Moderado	2. Atribuição de acessos a sistemas de informação ao estritamente necessário.
Risco de existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos.	Baixa	Alta	Moderado	3. Promoção de ações de formação a todos os trabalhadores sobre a temática de conflito de interesses, sobre o Código de Conduta Ética e PPRCIC. 4. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses. 5. Definição e aprovação da política de conflito de interesses da ARSA, em cumprimento da Recomendação do CPC, de 8 de janeiro de 2020.
Risco de falhas de uniformização de procedimentos na instituição ou de redução de qualidade dos serviços prestados.	Média	Média	Moderado	6. Reuniões internas periódicas de planeamento e acompanhamento das atividades junto dos serviços. 7. Implementação e divulgação do regulamento de comunicação de irregularidades da ARSA, I.P.. 8. Tramitação dos processos de decisão através de sistema de informação de gestão documental. 9. Disponibilização e atualização dos conteúdos no portal da ARSA, I.P. numa ótica de transparência e de gestão participativa.
Risco de baixa execução dos objetivos delineados no QUAR.	Baixa	Alta	Moderado	10. Identificação de riscos associados à execução dos vários instrumentos de gestão da ARSA e respetivo acompanhamento nas várias fases de execução, nomeadamente através de:
Risco de falhas no controlo da execução dos instrumentos de gestão, nomeadamente Plano de Atividades, Relatório de Atividades, Plano Estratégico, PPRCIC.	Média	Alta	Elevado	a) Definição de um calendário anual relativo à elaboração dos respetivos instrumentos de gestão e distribuição de responsabilidades pelos serviços competentes, após definição e aprovação do calendário por parte da tutela, nos casos aplicáveis; b) Reuniões periódicas ou solicitação de informação atualizada sobre a execução dos instrumentos de gestão aos responsáveis pelos mesmos; c) Implementação de medidas corretivas, caso o acompanhamento efetuado demonstre uma fraca execução dos trabalhos ou risco de incumprimento dos prazos de execução.

3.3. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E PLANEAMENTO

O Diretor do DSPP é, por inerência, o Delegado Regional de Saúde, nomeado nos termos da legislação aplicável às autoridades de saúde.

3.3.1. Missão e Competências do Departamento

DIRIGENTE	Dra. Maria Leonor Murjal da Silva
MISSÃO	Contribuir, de forma continuada, para a melhoria do estado de saúde.
COMPETÊNCIAS	<p>São as constantes no n.º 1 e 2 do artigo 3º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, que entre as quais salientam-se as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar e monitorizar o estado de saúde da população e identificar as suas necessidades em saúde; • Elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução e apresentar o respetivo relatório de atividades. Avaliar o impacto na saúde da população da prestação dos cuidados, de forma a garantir a adequação às necessidades e a sua efetividade; • Participação em estudos com o objetivo de propor ajustamentos nas redes de referência e de emitir pareceres técnicos sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde; • Monitorizar a execução de programas e projetos específicos de vigilância de saúde, designadamente constantes do Plano Nacional de Saúde; • Apoiar o desempenho das funções de autoridade de saúde, bem como divulgar orientações relativas às suas competências; • Promover a investigação em saúde; • Assegurar a gestão dos laboratórios de saúde pública; • Realizar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes; • Assegurar a instrução dos processos de licenciamento* das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e da área dos comportamentos aditivos e das dependências, nos setores social e privado, definindo os respetivos requisitos técnicos a cumprir, e acompanhar o seu funcionamento, articulando com outras unidades orgânicas, bem como com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde; • Proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução; O DSPP integra ainda o Observatório Regional de Saúde. <p>*Esta competência passou a ser da responsabilidade da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), conforme decreto-lei n.º 126/2014 de 22 de agosto.</p>

3.3.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Diretora do Departamento de Saúde Pública (DSP)

Áreas:	Atividades:
Planeamento de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e monitorizar o Plano Regional de Saúde, bem como analisar os dados respeitantes à situação de Saúde da Região. - Monitorizar a execução de programas e projetos específicos de vigilância de saúde, designadamente os constantes do Plano Nacional de Saúde. - Promover estudos e análise de matérias relacionadas com as áreas de planeamento, projetos de saúde e dados estatísticos, com vista a informar e a facilitar a tomada de decisões. - Dar pareceres em matérias relacionadas com as áreas de controlo de infeção, esterilização e resíduos hospitalares e colaborar na implementação do Programa Nacional de Controlo da Infeção. - Propor, às unidades de prestação de cuidados de saúde da região, atividades de prevenção e controlo de infeção adicionais, adaptadas à realidade e necessidades destas unidades, promovendo a adoção de boas práticas. - Elaborar propostas de investigação em saúde.
Autoridade de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o desempenho das funções da Autoridade de Saúde pelo Delegado de Saúde Regional e Delegado de Saúde Regional adjunto no âmbito das competências legais atribuídas. Apoiar em formato de consultoria as Autoridades de Saúde Locais. - Realizar a Vigilância Epidemiológica dos fenómenos de saúde e seus determinantes.
Intervenção Precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), assegurando um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> a) Promover a articulação inter-serviços indispensável ao desenvolvimento da Rede de IP;

Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas

	<p>b) Proceder à articulação entre a Rede de cuidados de Saúde primários e os cuidados diferenciados (consultas de sub especialidades) para assegurar as respostas necessárias e em tempo útil à população-alvo da Intervenção Precoce;</p> <p>c) Definir critérios de elegibilidade das situações para apoio em intervenção precoce;</p> <p>d) Gerir os recursos materiais cofinanciados pela ARSA, I.P..</p> <p>- Unidades Coordenadoras Funcionais: Assegurar a interligação entre os cuidados de saúde materna, neonatal e infantil; Proceder à articulação da Saúde Escolar dos Centros de Saúde nas atividades de âmbito comunitário; Avaliar as necessidades e prioridades de cada área obstétrica, neonatal e pediátrica de acordo com o Programa de Saúde Materna e Infantil e os seus futuros desenvolvimentos; Elaborar estudos epidemiológicos que conduzam a um melhor conhecimento da realidade local, atividades e procedimentos, com o objetivo de melhorar a saúde materna e infantil; Discussão de casos clínicos e apresentação de temas na área de Saúde Infantil.</p> <p>- Núcleo Regional da Plataforma contra a Obesidade: Representação da ARS Alentejo na Plataforma Nacional contra a Obesidade, coordenação de todas as atividades implementadas e desenvolvidas no âmbito do Programa e assegurar a articulação com os parceiros; Promover hábitos e comportamentos alimentares mais saudáveis e consequentemente prevenção da obesidade através de ações comunitárias dirigidas a crianças, jovens, pais, educadores e pessoal auxiliar, na Região Alentejo; Implementar a avaliação e encaminhamento de Jovens e Crianças para as consultas de nutrição/médico de família bem como a referenciação de doentes com obesidade Tipo II ou III para consultas hospitalares.</p>
Laboratório de Saúde Pública Regional	<p>- Assegurar a gestão da qualidade dos 2 Laboratórios de Saúde Pública do Alentejo no âmbito da acreditação dos Laboratórios pela NP EN ISO 17025.</p> <p>- Desenvolvimento de funções técnicas e científicas em áreas orientadas não só para o estudo e compreensão da etiologia das doenças, sua prevenção, diagnóstico e controlo terapêutico, mas também para o estudo de diversos fatores que afetam o bem-estar físico e social do homem.</p> <p>- Microbiologia e Química da água.</p> <p>- Micro bacteriologia.</p>
Observatório Regional de Saúde	<p>- Manter o funcionamento do Observatório Regional de Saúde, garantindo a adequada monitorização do estado de saúde da população e dos seus determinantes.</p>
Saúde ambiental	<p>- Realização de inspeções e vistorias sanitárias.</p> <p>- Vigilância sanitária da água para consumo humano, piscinas públicas, hemodiálise.</p> <p>- Emissão de pareceres técnicos no âmbito do licenciamento industrial.</p> <p>- Assegurar o desenvolvimento de atividades de identificação, caracterização e redução de fatores de risco para a saúde originados no ambiente.</p> <p>- Desenvolvimento de ações de controlo e vigilância sanitária de sistemas, estruturas e atividades com interação no ambiente, no âmbito da legislação sobre higiene e saúde ambiental.</p> <p>- Desenvolver as funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde.</p>
Programa Contra a Tuberculose em sede de DSPP.	<p>Melhorar a taxa de sucesso terapêutico.</p> <p>Melhorar procedimentos dos profissionais CDP.</p> <p>Implementar o rastreio com, micro radiografia, anual nos estabelecimentos prisionais.</p> <p>Melhorar exportação dados para o SVIG TB.</p>
Planos Regionais - situações de risco específico em sede de ARS.	<p>Plano Saúde Sazonal Módulo Verão e Módulo Inverno.</p>
Programa de prevenção e controlo do tabagismo em sede de ARS.	<p>Promover o aumento da capacidade de resposta do SNS no apoio à cessação tabágica.</p> <p>Promover a constituição de equipa multidisciplinar para apoio à Coordenação do Programa.</p> <p>Promover o ajustamento das dinâmicas do programa de forma a criar sinergias com outros programas.</p> <p>Promover o reforço das competências dos profissionais de saúde.</p>

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Planeamento de Saúde	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	1. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
	Risco de elaboração de estudos com inadequado rigor técnico e/ou científico.	Baixa	Alta	Moderado	2. Afetação de pessoal qualificado na área.
	Risco de ausência de uma avaliação sistemática e de uma atuação adequada conforme os resultados apurados na monitorização dos planos e programas de saúde.	Baixa	Alta	Moderado	3. Elaboração de relatórios periódicos, com avaliação dos indicadores estabelecidos para cada programa/plano de saúde. 4. Realizar ações de formação/informação para os profissionais de saúde e demais instituições com competências nos vários programas de saúde. 5. Atualizar o Plano Anual de Saúde em alinhamento com o PNS/PRS 6. Atualizar o Perfil Regional de Saúde do Alentejo em articulação com as USP
Autoridade de Saúde	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	7. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
	Risco de emissão de pareceres técnicos enviesados, em troca de benefícios.	Baixa	Alta	Moderado	8. Monitorização regular/periódica dos processos, por amostra. 9. Acompanhamento de eventuais reclamações relativas aos pareceres emitidos.
Intervenção Precoce	Risco de deficiente articulação intersectorial / interinstitucional.	Baixa	Alta	Moderado	10. Discussão e partilha de conhecimentos pela equipa multidisciplinar. 11. Dinamizar ações de formação/sessões de esclarecimento relacionadas com a IP. 12. Dinamizar ações de âmbito comunitário, com vista ao reforço das parcerias nas Eli do Alentejo
	Risco de inexistência de resposta a todos os utentes com necessidades clínicas em várias valências e/ou necessidades educativas e sociais.	Baixa	Alta	Moderado	13. Promover a recolha mensal de indicadores de caracterização da população apoiada pelo SNIPI no Alentejo 14. Monitorizar mensalmente os apoios prestados pelas Equipas
	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	15. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
	Risco de apropriação indevida dos materiais.	Baixa	Alta	Moderado	16. Cumprimento dos protocolos celebrados, com acompanhamento e supervisão dos mesmos.
Laboratório de Saúde Pública Regional	Risco de perda da acreditação dos Laboratórios de Saúde Pública.	Baixa	Média	Fraco	17. Cumprimento dos procedimentos internos instituídos e implementação das medidas corretivas identificadas pela entidade auditora.
	Riscos físicos, químicos e biológicos associados às atividades laboratoriais.	Baixa	Alta	Moderado	18. Afetação de pessoal devidamente qualificado na área; 19. Aplicação de procedimentos de segurança em laboratório; manual de boas práticas.
	Risco de favorecimento de terceiros, através de sub faturação dos atos realizados.	Baixa	Alta	Moderado	20. Assegurar os registos completos nos sistemas de informação adequados;
	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	21. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
Observatório Regional de Saúde	Risco de não obtenção de indicadores atempados para a tomada de decisão em saúde.	Média	Alta	Elevado	22. Realização de reuniões periódicas entre os observatórios regionais, para cálculo e definição de indicadores regionais.
	Risco de inexistência de indicadores de saúde (mortalidade e morbilidade), sócio - económicos e de educação comparáveis entre si, a nível regional e nacional.	Média	Média	Moderado	23. Automatizar o cálculo dos indicadores regionais e locais através da utilização de ferramentas como o Power BI.

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Saúde Ambiental	Risco de saúde pública.	Baixa	Alta	Moderado	24. Identificar os fatores de risco inerentes à qualidade da água para consumo humano detetados nas ações de vigilância sanitária (DSPP/LSP/USP) 25. Dar cumprimento às competências previstas pela DGS/outros no âmbito da qualidade do ar interior e contaminação ambiental de Legionella pneumophila (ARSA-DSPP, LSP/USP) 26. Reforçar a articulação com entidades da área do Ambiente para promover a avaliação e gestão integrada da saúde ambiental (ARSA-DSPP/USP) 27. Coordenar o Programa Regional de Vigilância de Vetores (DGS, INSA, ARSA-DSPP/USP) 28. Reformular os procedimentos normalizados nas ações de vigilância sanitária de piscinas ao nível da região, dando cumprimento à Circular Normativa da DGS (ARSA-DSPP/LSP/USP) 29. Realizar ações de formação/informação para os profissionais de saúde e demais instituições com competências na área da saúde ambiental (ARSA-DSPP/USP) 30. Produzir e divulgar materiais pedagógicos, da área da saúde ambiental, dirigidos aos serviços de saúde e população em geral (ARSA-DSPP/USP)

3.4. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO

3.4.1. Missão e Competências do Departamento

DIRIGENTE	Dra. Sandra do Rosário Malafaia Santos e Silva
MISSÃO	Consiste na colaboração com as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Alentejo, promovendo a melhoria contínua da qualidade assistencial aos cidadãos, capaz de gerar verdadeiros ganhos em saúde, através do processo de contratualização de objetivos produtivos e económico-financeiros, monitorização e avaliação do desempenho dessas mesmas instituições, enquadrados nos princípios de equidade, acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde.
COMPETÊNCIAS	<p>As competências do Departamento de Contratualização (DC) são as constantes no n.º 1 e n.º 2 do artigo 4.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, ao qual compete participar na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde e ainda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propor a afetação de recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS ou entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde, que atuem no âmbito das áreas dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências; • Preparar e acompanhar o processo de contratualização e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas, e propor a afetação dos respetivos recursos financeiros; • Preparar e acompanhar a celebração e a execução dos contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação no âmbito da prestação de cuidados de saúde, dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências; • Assegurar a avaliação de desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção; • Propor a realização de auditorias administrativas e clínicas; • Proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

3.4.2 Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Diretora do Departamento de Contratualização (DC)

Atividades:

- Contratualizar, com as unidades prestadoras de cuidados de saúde da Região, objetivos e metas de natureza produtiva, económico-financeiras e/ou de desempenho.
- Acompanhar, monitorizar e avaliar o desempenho das atividades desenvolvidas pelas unidades prestadoras de cuidados da Região.
- Proceder ao tratamento dos processos, análise, pedido e preparação da documentação, tendo em vista a celebração ou autorização de alterações contratuais de entidades privadas contratadas para a prestação de cuidados de saúde a utentes do Serviço Nacional de Saúde.
- Proceder ao acompanhamento e gestão corrente dos acordos, protocolos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde.
- Monitorizar, acompanhar e controlar a produção cirúrgica, a evolução de inscritos para cirurgia e os tempos de espera das unidades hospitalares.
- Monitorizar e controlar os processos de transferência de utentes entre instituições e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos.
- Acompanhar a emissão de vales cirurgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, e proceder à sua reemissão nas devidas situações.
- Acompanhar os contratos com as entidades convencionadas, no âmbito do SIGIC e proceder à validação da fatura emitida pelas entidades convencionadas.
- Analisar e decidir sobre não conformidades registadas no SIGLIC, bem como registar as não conformidades detetadas e não geradas diretamente pelo SIGLIC.
- Emitir parecer sobre os projetos de mapas de pessoal das Instituições EPE do SNS da Região e sobre os pedidos de contratação de pessoal, em CIT e CPS.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Graduação do Risco	
Risco de favorecimento das unidades prestadoras de cuidados; violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	1. Aplicação das metodologias de Contratualização da ACSS e racionais de metas inerentes. 2. A instrução de pareceres é precedida de verificação do mapa de pessoal na Plataforma BI RH e submissão a decisão superior.
Risco de enviesamento na tomada de decisão sobre a implementação de realidades organizacionais desadequadas à Região.	Baixa	Média	Fraco	3. Aplicação da metodologia de Contratualização da ACSS, nomeadamente na parte da avaliação. Existência de relatórios de acompanhamento periódicos. 4. Análise/estudo dos modelos organizacionais e adequação dos mesmos às necessidades regionais.
Risco de favorecimento de determinadas entidades do setor privado, em cedência das pressões exercidas pelas mesmas. Risco de flexibilização da validação técnica dos critérios para afetação dos recursos financeiros a entidades privadas.	Baixa	Alta	Moderado	5. A informação tratada no âmbito da instrução dos processos ou pedido de esclarecimentos é formalizada por escrito. 6. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	7. Apreciação/revisão do parecer técnico e demais informação produzida pelo superior hierárquico.
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	8. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de incumprimento do Regulamento do SIGIC.	Baixa	Alta	Moderado	9. Acompanhamento e monitorização das situações pendentes pela URGa.
Risco de não deteção das não conformidades, com repercussões na faturação do SIGIC.	Baixa	Alta	Moderado	10. Verificação dos episódios faturados, de acordo com o Manual de Procedimentos.
Risco de não cumprimento do clausulado da Convenção.	Baixa	Alta	Moderado	11. Realização de Visitas Técnicas de Acompanhamento junto das entidades com Convenção.

3.5. Departamento de Gestão e Administração Geral

3.5.1. Missão e Competências do Departamento

DIRIGENTE	Dr. Luís Manuel da Silva Pereira
MISSÃO	Adequar e gerir os recursos financeiros e patrimoniais disponíveis, arrecadar as receitas, efetuar os pagamentos e assegurar os bens materiais indispensáveis ao cumprimento da missão da ARSA, I.P..
COMPETÊNCIAS	<p>As competências do Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG) são as constantes no artigo 5.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210, de 27 de junho, que entre as quais salientam-se as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o orçamento de investimento e funcionamento da região e acompanhar e controlar a sua execução orçamental; • Promover a constituição de fundos de manuseio, bem como assegurar o controlo da sua gestão; • Assegurar a conferência dos elementos relativos à faturação de terceiros, nomeadamente das prestações indiretas, farmácias, convenções e transportes; • Arrecadar as receitas, efetuar o pagamento das despesas e controlar a tesouraria; • Preparar os processos de atribuição de apoios financeiros; • Analisar a viabilidade económica e o impacto financeiro de acordos com entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que se revelem necessários a nível regional; • Acompanhar a execução orçamental e a situação económico-financeira das unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, a nível regional; • Instruir os processos na área de convenções internacionais e na área da deslocação para assistência médica no estrangeiro; • Desenvolver todas as ações de gestão económico-financeira, efetuar estudos e elaborar os relatórios económico-financeiros que se mostrem necessários, que lhe forem solicitados ou determinados pelo conselho diretivo; • Gerir os bens patrimoniais afetos à ARSA, I.P., organizar e manter atualizado o cadastro e inventário destes bens e providenciar pela sua manutenção e segurança; • Assegurar a gestão de stocks e o aprovisionamento da ARSA, I.P.; • Organizar e gerir os arquivos documentais da ARSA, I.P.; • Assegurar a receção, registo, distribuição e expedição de toda a correspondência, bem como o registo da informação interna; • Proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução. <p>O DGAG integra a Unidade de Gestão Económico-Financeira, a quem compete a prossecução das atividades definidas nas alíneas j) a u) e y) do n.º 1 do artigo 5º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio.</p>

3.5.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Diretor do Departamento de Gestão e Administração Geral e Coordenadora da Unidade de Gestão Económico-Financeira

Áreas:	Atividades:
Gestão Financeira	- Recolher e conferir informação contabilística, elaborar e organizar o projeto de Orçamento Ordinário, as alterações orçamentais e a Conta de Gerência, bem como efetuar o seu registo no SIGO, no SICC e na plataforma do Tribunal de Contas; Proceder à recolha, conferência e análise da informação registada no SICC para elaboração do reporte mensal da informação económico-financeira a remeter à ACSS e à DGO e efetuar o seu registo no SIGO e nos serviços online da DGO e ACSS.
Contabilidade	- Classificação de documentos e respetivos registos contabilísticos. - Conferência de contas correntes e de mapas contabilísticos para fecho mensal da contabilidade e elaboração da conta de gerência. - Preparação dos ficheiros da contabilidade a entregar à tesouraria para pagamento por transferência bancária. - Conferência de faturação de rastreios e faturas inerentes aos diversos programas de saúde.
Tesouraria	- Contabilização de pagamentos no módulo Tesouraria do SICC. - Elaboração de folhas de caixa. - Introdução no homebanking dos ficheiros emitidos pela contabilidade e respetiva conferência para realização de transferências bancárias.
Transporte de Doentes	- Gestão, controlo e monitorização do transporte de doentes (TD) através do SGTd.
Património	- Manter atualizado o inventário e o seu registo informático, incluindo o registo dos bens imóveis na plataforma SIIE. - Proceder à regularização (registo predial e matricial) dos bens imóveis da ARSA.

Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas

	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação do processo inerente ao abate e transferência de bens móveis e respetivo registo na aplicação informática. - Intervenção genérica na gestão de instalações, equipamentos, património, parque automóvel e economato.
Relações Internacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Emitir a faturação internacional, referente a cuidados de saúde prestados ao abrigo dos instrumentos comunitários e dos acordos bilaterais, reembolsáveis pelo Estado Devedor, na modalidade de despesas efetivas. - Pedido de reembolso à ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) das faturas emitidas. - Receção, verificação e organização dos processos de assistência médica no estrangeiro. - Instruir os processos de reembolso das prestações de cuidados de saúde em espécie no estrangeiro, aos beneficiários do SNS. - Prestar informação relativa ao montante de reembolso pelo país de origem por cuidados de saúde prestados em Portugal aos segurados estrangeiros. - Conferir e organizar processos de pedidos de Subsídio de Baixa Médica, formulados por segurados estrangeiros na condição de estada/residência em território nacional.
Arquivo	<ul style="list-style-type: none"> - Arquivo de toda a documentação contabilística da ARSA e ACES.
Aprovisionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver procedimentos concursal de aquisição de bens de consumo, equipamentos e serviços no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nos termos da legislação vigente de contratação pública. - Elaborar cadernos de encargos para os vários procedimentos de aquisição do âmbito da saúde. - Proceder à redação das cláusulas contratuais e gestão da execução dos contratos. - Participar, enquanto membro de júri, em procedimentos concursais desenvolvidos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde ou conceder apoio aos júris de concurso nas diversas fases dos procedimentos concursais. - Elaboração dos procedimentos a adotar na implementação do parecer genérico e obtenção de parecer vinculativo para celebração de contratos de prestação e aquisição de serviços.
Armazém	<ul style="list-style-type: none"> - Parametrização e adequação às necessidades específicas de ferramentas de gestão existentes, nomeadamente na aplicação de gestão de stocks, definindo os pontos de encomenda aprovados, configuração e manutenção dos perfis dos utilizadores e outros. - Proceder à carga, descarga, conferência e acondicionamento de medicamentos, produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas, bens de consumo clínico, administrativo e de hotelaria e outros materiais e equipamentos, bem como zelar pelo correto acondicionamento dos artigos, com respeito pelas normas de armazenagem definidas para o efeito. - Desenvolver as ações relativas ao fornecimento dos pedidos mensais dos Centros de Saúde afetos à ARSA, de acordo com as encomendas solicitadas. - Colaborar no processo de inventário anual dos artigos em stock.
Receção e expediente	<ul style="list-style-type: none"> - Receção do correio externo e registo de entradas e saídas de correspondência, através do sistema de gestão documental, bem como assegurar a sua distribuição aos respetivos departamentos/serviços.
Transportes	<ul style="list-style-type: none"> - Proceder ao transporte de pessoas e/ou bens materiais, no estrito cumprimento das normas de trânsito e zelando pela segurança e integridade dos ocupantes, carga e do próprio veículo e em cumprimento das escalas de tarefas. - Garantir a manutenção e funcionamento dos equipamentos de sinalização luminosa e sonora, bem como limpeza exterior e interior do veículo que lhe está adstrito.
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar a responsabilidade técnica nos processos de aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos, da sua qualidade e correta conservação, bem como desenvolver sistemas seguros de distribuição e administração de medicamentos. - Proceder à elaboração e desenvolvimento dos processos para requisição de AUEs (importação de medicamentos). - Proceder à elaboração e definição das previsões de consumo de artigos de farmácia, produtos farmacêuticos, estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas. - Participar na realização de inventários e contagens pontuais de artigos. - Assegurar a gestão de resíduos do Sector de Farmácia.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Graduação do Risco	
Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas e/ou incumprimento dos prazos estabelecidos.	Baixa	Média	Fraco	1. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador; Elaboração de relatório mensal de controlo de gestão. 2. Elaboração de cronograma de prazos de resposta a cumprir, visível a todos os colaboradores.
Risco de suborçamentação por deficiente previsão das necessidades orçamentais e/ou por determinação superior, em virtude de contenção orçamental.	Média	Alta	Elevado	3. Previsões efetuadas com base em custos históricos e com modelos de previsão de rigor técnico-científico reconhecido, tendo como referência as instruções e orientações da tutela.
Risco de realização de despesas não cabimentadas e/ou em incumprimento da LCPA.	Média	Alta	Elevado	4. Bloqueio do sistema informático quando se pretende emitir a nota de encomenda sem o n.º de cabimento e n.º de compromisso. 5. Bloqueio dos sistemas informáticos quando não é inserido o n.º de cabimento e o n.º de compromisso relativo à despesa.
Risco de deficiente integração ou não integração de informação entre diferentes ficheiros e aplicações informáticas (exemplo: SIGO e SICC).	Média	Alta	Elevado	6. Aperfeiçoamento contínuo dos <i>interfaces</i> necessários à integração dos ficheiros informáticos.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de classificação inadequada da despesa ou de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	Baixa	Alta	Moderado	7. Conferência, em nível hierárquico superior, dos montantes e da classificação contabilística e dos documentos e registos efetuados no SICC, em conformidade com as normas contabilísticas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.
Risco de existência de faturas por processar ou de registo duplicado de faturas.	Baixa	Média	Fraco	8. Circularização periódica de saldos de terceiros. 9. Bloqueio do sistema informático quando se pretende processar igual número de fatura. 10. Anotação na fatura do seu processamento, com colocação de carimbo. 11. Conferência dos registos efetuados por colaborador diferente; realização de reconciliações bancárias.
Risco de manipulação dos ficheiros de integração de documentos para processamento contabilístico.	Baixa	Alta	Moderado	12. Conferência do processamento, através do suporte em papel, efetuado por colaboradores distintos dos que realizam a integração dos ficheiros e acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente. 13. Revisão e aprovação da folha de caixa por superior hierárquico competente; análise diária/conferência dos pagamentos/recebimentos por colaborador diferente.
Risco de desvio de fundos ou omissão/lapso de introdução de ficheiros no homebanking e/ou deficiente integração dos ficheiros entre as aplicações informáticas.	Baixa	Alta	Moderado	14. Segregação de funções e definição clara dos diferentes níveis de responsabilidade no âmbito dos pagamentos e cobranças; Validação obrigatória dos pagamentos pelo Conselho Diretivo ou por quem este delegar. 15. Controlos de segurança do homebanking (é obrigatório inserir o NIF do fornecedor/entidade; para NIB's inexistentes, o sistema bloqueia a transferência). Pedido obrigatório a todas as entidades/fornecedores de documento comprovativo do NIB emitido por instituição bancária.
Risco de pagamento sem entrega do bem ou prestação de serviço.	Baixa	Alta	Moderado	16. Indicação na fatura de que o bem/serviço foi devidamente recebido/prestado, nos termos da adjudicação, pelo serviço que rececionou o bem/serviço. No caso de pagamento adiantado, emissão de declaração de compromisso de entrega do bem ou prestação de serviço por parte do fornecedor.
Risco de pagamento de despesas sem verificação da existência de certidão da situação tributária e contributiva do beneficiário do pagamento.	Baixa	Alta	Moderado	17. Consulta obrigatória da situação tributária de cada fornecedor e junção da respetiva certidão a cada documento de despesa emitido.
Risco de contratação de Transporte de Doentes não ajustada às necessidades dos utentes da ARSA, I.P.	Baixa	Alta	Moderado	18. Caracterização adequada das necessidades, através de reuniões com as entidades transportadoras.
Risco de elevado número de transportes recusados pelas entidades transportadoras por capacidade insuficiente de Transporte de Doentes.	Baixa	Alta	Moderado	
Resposta desajustada aos pedidos de transporte imediatos dos SAP ou SUB para o SU do HESE.	Baixa	Alta	Moderado	19. Salvaguarda em contrato, de acordo com as necessidades e com a garantia de resposta imediata.
Pedidos excessivos de transporte em ambulância, em detrimento do transporte em grupo.	Média	Alta	Elevado	20. Análise do mapa de prestações mensais e envio de email de alerta aos intervenientes respetivos quando são detetadas situações de transporte que poderiam ser agrupadas.
Risco de sobrefaturação (km's e/ou horas de espera em excesso).	Baixa	Alta	Moderado	21. Parametrização do SGTD para contagem dos kms dos percursos; horas de espera colocadas no SGTD ou emissão de declaração comprovativa pelas entidades prestadoras.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
				22. Atribuição de logins de acesso ao SGTD nominais, sendo identificados os respetivos profissionais em qualquer registo efetuado na plataforma.
Risco de incumprimento do art.º 3º da Portaria n.º 142-B/2012 (Condições de isenção de encargos) e consequente aumento dos encargos financeiros.	Média	Alta	Elevado	23. Emissão de alerta pelo SGTD ao médico aprovador quando não estão reunidas todas as condições para isenção de transporte.
Risco das demonstrações financeiras não refletirem o valor real do património da ARSA, por inexistência de comunicação ao DGAG de factos que tenham produzido alterações patrimoniais relevantes.	Média	Alta	Elevado	24. Criação de circuito de comunicação ao DGAG de factos com relevância patrimonial e para efeitos de atualização do inventário. 25. Processo de regularização assegurado pelo Gabinete Jurídico.
Risco de ausência de etiquetagem de bens, facilitando o uso indevido ou a apropriação de bens.	Média	Média	Moderado	26. Verificação por amostragem aleatória da existência de etiquetas nos bens móveis.
Risco de realização de abates de bens sem controlo, monitorização e autorização pelo Conselho Diretivo, podendo resultar na utilização indevida de bens abatidos.	Baixa	Média	Fraco	27. Elaboração de propostas de abate de bens de imobilizado a apresentar ao CD para aprovação, precedida de uma adequada análise crítica das necessidades de abate.
Risco de as Unidades de Saúde não recolherem a documentação adequada à prestação de cuidados de saúde (p.e. Cartão Europeu de Saúde, inválido, caducado, ...) e consequente atraso na emissão da faturação, no caso dos cidadãos estrangeiros.	Baixa	Média	Fraco	28. Procedimentos em conformidade com o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros e demais orientações da ACS e DGS.
Risco de não reconhecimento do segurado pelo país competente.	Baixa	Média	Fraco	29. Esclarecimento de dúvidas e prestação de apoio às Unidades de Saúde, de acordo com a legislação comunitária.
Risco de incumprimento das normas arquivísticas e de extravio ou deterioração de documentação.	Média	Alta	Elevado	30. Afetação de pessoal com formação na área de arquivo. 31. Garantir as condições físicas e logísticas necessárias para assegurar a adequada segurança do arquivo da documentação.
Risco de deficiente avaliação das necessidades e da planificação da contratação pública.	Média	Alta	Elevado	32. Elaboração do plano anual de compras e análise crítica das necessidades informadas com periodicidade definida pelos Departamentos/Serviços e ACES.
Risco de incumprimento da legislação em matéria de contratação pública e de realização de despesa e/ou ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na tramitação das fases dos procedimentos concursais.	Baixa	Alta	Moderado	33. Segregação de funções e definição clara dos diferentes níveis de responsabilidade; acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente; Recurso à Plataforma eletrónica da contratação pública; registo na base GOV e plataforma da ANCP do resultado da adjudicação e de todos os procedimentos. 34. Verificação da conformidade legal dos processos pelo Gabinete Jurídico. 35. Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto. 36. Nos casos de recurso à consulta prévia ou ajuste direto, adotar procedimentos de controlo interno que assegurem o cumprimento dos limites à formulação de convites às mesmas entidades. 37. Atualização periódica do Manual de Procedimentos de aquisição de bens e serviços
Risco de deficiente qualidade dos cadernos de encargos face às especificações técnicas e jurídicas, podendo resultar em contratação de fornecedor não habilitado e/ou bem/serviço desajustado às necessidades ou para benefício de terceiros.	Baixa	Alta	Moderado	38. Análise crítica ou emissão de parecer técnico e jurídico especializado sobre as especificações técnicas a incluir no caderno de encargos.
Risco de falta de controlo no pagamento dos contratos.	Baixa	Alta	Moderado	39. Acompanhamento pelo gestor do contrato dos prazos contratuais em vigor e respetivos termos e análise crítica, mediante emissão de parecer técnico, da necessidade de prorrogação dos mesmos.
Risco de não inclusão de cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato com eficácia jurídica.	Baixa	Alta	Moderado	40. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
				41. Apresentação de memorandos e relatórios de acompanhamento pelo gestor do contrato e avaliação dos processos ao nível da aquisição, distribuição e logística.
Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os concorrentes e os elementos do júri dos procedimentos concursais.	Média	Alta	Elevado	42. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização das propostas na fase de avaliação, mediante a criação de metodologias de avaliação de propostas para favorecimento de concorrentes.	Baixa	Alta	Moderado	43. O colaborador que identifica a necessidade de aquisição, não pode fazer parte do júri de concurso. 44. Explicitação de forma clara dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa. 45. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes e disponibilização de toda a informação de natureza administrativa, em conformidade com a Lei do Acesso aos Documentos Administrativos.
Risco de excesso ou rutura de stocks.	Baixa	Alta	Moderado	46. Definição dos pontos de encomenda de forma criteriosa; Previsões efetuadas com base em consumos históricos e com base em previsões da atividade assistencial.
Risco de quebras, sinistros e perdas de valores ativos.	Média	Alta	Elevado	47. Cumprimento das boas práticas em matéria de segurança e acondicionamento dos bens armazenados (incluindo de organização, transporte e sistemas de leitura ótica dos bens). 48. Verificação periódica do funcionamento da cadeia de frio; alarme de avaria. 49. Cumprimento da Norma Interna n.º 1/2020, de 20/01 e Norma de Procedimento Interna sobre "armazenamento e distribuição de medicamentos termolábeis (entre 2.º a 8.º C)".
Risco de apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores dada a natureza das suas funções.	Média	Alta	Elevado	50. Adequada segregação de funções; registo informático das entradas e saídas de armazém por colaboradores diferentes de quem manuseia e prepara os pedidos efetuados. 51. Armazenamento dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos em cofre e contagem de stocks periódica, em confronto com o registo de entradas e saídas através do Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 08/06.
Risco de entrega não atempada ou em falta dos bens solicitados pelos Centros de Saúde.	Baixa	Média	Fraco	52. Registo atempado no sistema informático e no prazo estipulado pelo Armazém Central das movimentações de stocks nas UF; emissão de requisição atempada. 53. Controlo/contacto com os fornecedores que tenham encomendas em atraso.
Risco de contagem incorreta e/ou incompleta dos artigos em stock, por lapso ou intenção.	Baixa	Alta	Moderado	54. Promover a elaboração de inventário global no final do ano civil, e inventários parciais por amostragem ao longo do ano, a fim de se identificarem eventuais discrepâncias entre os registos contabilísticos e as contagens físicas. Emissão dos respetivos relatórios de inventário.
Risco de manuseamento incorreto de resíduos e consequentes prejuízos para a saúde dos trabalhadores.	Baixa	Alta	Moderado	55. Cumprimento das regras de segurança de manuseamento e transporte de resíduos e das orientações do Grupo Coordenador Regional de Gestão de Resíduos Hospitalares da ARS Alentejo, I.P..
Risco de falta de rigor e isenção no planeamento prévio da atribuição de viaturas aos colaboradores ou inexistência de autorização para o efeito, potenciando aumento de custos de deslocação de pessoal e transporte de mercadorias.	Baixa	Média	Fraco	56. Requisição de transporte através da plataforma informática de requisição de viaturas.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de utilização indevida de viaturas ou dos cartões de combustível, configurando eventual crime de peculato.	Baixa	Alta	Moderado	57. Preenchimento integral do boletim diário do veículo. 58. Cumprimento do Regulamento de utilização de veículos, aprovado em julho de 2018.
Risco de avaliação desajustada das necessidades de reparação, provocando despesas em excesso ou, no sentido inverso, avarias não corrigidas ou que não correspondam aos padrões de qualidade exigidos.	Média	Alta	Elevado	59. Solicitação de diferentes opiniões técnicas. 60. Verificação da reparação efetuada, sempre que possível.

3.6. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

3.6.1. Missão e Competências do Gabinete

DIRIGENTE	Arquiteta Maria Manuela Varela Teles de Macedo Sousa
MISSÃO	O Gabinete de Instalações e Equipamentos tem como missão a execução e operacionalização de projetos, procedimentos (concursos públicos e outros), abertura de propostas e apreciação das mesmas, elaboração de contratos e fiscalização de empreitadas e fornecimentos.
COMPETÊNCIAS	<p>As competências do Gabinete de Instalações e Equipamentos (GIE) são as constantes no artigo 6.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a aplicação das normas, especificações e requisitos técnicos aplicáveis a instalações e equipamentos de unidades de saúde integradas ou financiadas pelo SNS; • Elaborar programas funcionais e projetos-tipo para estabelecimentos de saúde e adequá-los a situações concretas; • Assegurar a atualização de uma base de dados relativa às instalações e equipamentos dos serviços e instituições prestadores de cuidados de saúde da região, monitorizando o respetivo estado de conservação e, quando necessário, apresentar propostas para a sua reparação; • Emitir parecer sobre a aquisição e a expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instituições prestadoras de cuidados de saúde no âmbito da região; • Proceder à elaboração de cadernos de encargos para a adjudicação de empreitadas e fornecimento de bens e serviços, no âmbito das instalações e equipamentos; • Acompanhar e fiscalizar a execução de empreitadas e fornecimentos cuja responsabilidade lhe seja atribuída; • Elaborar e acompanhar a carta de instalações e equipamentos de saúde da ARSA, I.P..

3.6.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenadora do Gabinete de Instalações e Equipamentos (GIE)

Atividades:

- Promover a aplicação de normas, especificações e requisitos técnicos aplicáveis a instalações e equipamentos de unidades de saúde integradas ou financiadas pelo SNS.
- Elaborar relatórios, pareceres técnicos e revisão de projetos externos.
- Elaborar, analisar e coordenar os projetos de arquitetura, sinalética e equipamentos.
- Elaborar, analisar e coordenar projetos de todas as especialidades técnicas.
- Preparar tecnicamente a contratação de projetos, empreitadas e equipamentos, incluindo programas de procedimento e cadernos de encargos, segundo o Código de Contratação Pública (CCP).
- Analisar as propostas de concurso de empreitadas e de aquisições de bens e serviços incluindo preparação dos processos para envio ao TC.

Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas

- Colaboração na preparação (vertente técnica) dos processos das candidaturas a cofinanciamento comunitário e para envio ao Tribunal de Contas, para efeitos de fiscalização prévia.
- Proceder à coordenação, fiscalização e verificação técnica e financeira das empreitadas e outras intervenções físicas no âmbito da construção civil e das instalações técnicas, apresentando relatórios sobre a execução dos trabalhos, bem como coordenação com entidades externas.
- Proceder à elaboração dos autos de medição de trabalhos, verificação e validação das faturas pelos técnicos.
- Manter atualizada a ficha contabilística de todos os contratos a decorrer.
- Integrar equipas multidisciplinares em peritagens e auditorias.
- Elaborar e analisar programas funcionais e projetos-tipo para estabelecimentos de saúde e adequá-los a situações concretas.
- Elaborar e manter atualizadas as fichas de cadastro de todos os empreendimentos, a nível dos equipamentos afetos às construções.
- Emitir pareceres sobre aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para instalação de serviços de saúde.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de falta de rigor técnico e/ou científico ou inexistência de recursos humanos qualificados.	Média	Alta	Elevado	1. Afetação de pessoal qualificado na área e/ou subcontratação de serviços altamente qualificados.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	2. Emissão de parecer técnico devidamente fundamentado e validado pelo superior hierárquico.
Risco de conflitos de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de deficiente avaliação/não deteção de falhas de segurança e/ou de funcionamento das instalações e equipamentos.	Baixa	Alta	Moderado	4. Levantamento regular de necessidades de intervenções/reparações em todas as instalações e equipamentos da ARSA, I.P..
Risco de suborçamentação e/ou de realização de despesas imprevistas, dada a resolução de eventuais erros técnicos de conceção/instalação.	Média	Alta	Elevado	5. Afetação de pessoal qualificado na área e criação de equipa multidisciplinar.
Risco de deficiente estimativa de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos.	Média	Alta	Elevado	6. Revisão das estimativas de custo e especificações técnicas pela equipa multidisciplinar e respetivo Coordenador. 7. Definição de cláusulas claras, objetivas, íntegras e não discriminatórias ou demasiado exigentes/restritivas que afastem potenciais concorrentes.
Risco de recurso excessivo à figura do ajuste direto, em detrimento do concurso público; risco de concentração de convites num reduzido e repetido nº de empresas.	Média	Alta	Elevado	8. Escolha do procedimento nos termos do Código da Contratação Pública.
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização das propostas na fase de avaliação.	Baixa	Alta	Moderado	9. Explicitação de forma clara, objetiva e quantificável dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa. 10. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes e partilha dos mesmos a todos os interessados. 11. Disponibilização atempada de toda a informação de natureza administrativa, em conformidade com a Lei do Acesso aos Documentos Administrativos.
Risco de deficiente qualidade da informação publicitada na plataforma eletrónica.	Baixa	Média	Fraco	12. A publicitação do concurso deve obedecer ao imposto por lei e deve assegurar as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis.
Risco de existência de erros, omissões e ambiguidades não intencionais ou deliberadas na redação dos termos contratuais, em violação da lei e/ou do Caderno de Encargos do procedimento, com o fim de obtenção de vantagens indevidas.	Baixa	Alta	Moderado	13. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS.
Risco de ineficácia das cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato.	Média	Alta	Elevado	14. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS.
Risco de controlo deficiente dos prazos e da execução dos trabalhos; risco de inexistência de alertas para situações irregulares ou derrapagens de custos e prazos de execução.	Média	Alta	Elevado	15. Acompanhamento e supervisão direta pela equipa multidisciplinar e/ou pelo Coordenador, atendendo aos prazos de execução da obra estabelecidos.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de insuficiente ou incorreta fundamentação dos "trabalhos a mais".	Baixa	Alta	Moderado	16. Exigência de comprovação da estrita necessidade de realização dos trabalhos de natureza imprevista para conclusão da obra.
Risco de incapacidade financeira/insolvência das empresas adjudicadas.	Baixa	Alta	Moderado	17. Exigência de garantias bancárias nos termos da lei.
Risco de inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra.	Baixa	Alta	Moderado	18. O pagamento da fatura está pendente da elaboração do auto de medição dos trabalhos e de vistoria da obra.

3.7. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO

3.7.1. Missão e Competências do Gabinete

DIRIGENTE	Dr. Nuno Miguel Mota de Campos Alves da Silva
MISSÃO	Prestar assessoria jurídica ao Conselho Diretivo através da produção de informação jurídica e prestar apoio técnico-jurídico aos projetos e estudos desenvolvidos na ARSA, I.P. e a toda a respetiva atividade interna. Incube ainda propor as medidas de carácter normativo ou outras que se considerem adequadas, atuando de forma proactiva e preventiva através da avaliação do risco jurídico no contexto da ARSA, I.P..
COMPETÊNCIAS	<p>O Gabinete Jurídico e do Cidadão tem as competências definidas no artigo 7.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emitir pareceres e prestar informações sobre as questões de natureza jurídica, suscitadas no âmbito da atividade da ARSA, I.P., bem como acompanhar a instrução dos respetivos processos administrativos; • Participar na análise e preparar projetos de diplomas legais relacionados com a atividade da ARSA, I.P., procedendo aos necessários estudos jurídicos, bem como na elaboração de minutas de contratos, protocolos, regulamentos, circulares ou outros documentos de natureza normativa que lhe sejam solicitados pelo conselho diretivo; • Emitir parecer sobre reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSA, I.P., bem como sobre exposições ou petições respeitantes a atos ou procedimentos dos mesmos órgãos; • Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares; • Assegurar, por si ou em articulação com mandatário judicial quando a sua constituição seja obrigatória, o patrocínio judicial nas ações propostas pela ARSA, I.P., ou em que esta seja demandada; • Assegurar o apoio à instrução dos processos de contraordenação nos termos previstos na lei; • Prestar apoio técnico às diferentes unidades orgânicas da ARSA, I.P.; • Assegurar, em cooperação com o Observatório Regional de Saúde, a gestão das reclamações/sugestões apresentadas pelos utentes do SNS, diretamente dirigidas ou encaminhadas para a ARSA, I.P.; • Assegurar as funções inerentes à existência de um Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão, com acompanhamento e monitorização das exposições e reclamações dos utentes do Serviço Nacional de Saúde no âmbito da ARSA, I.P., apresentando propostas corretivas. • Produzir indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente final pelos serviços de saúde, designadamente o grau de satisfação e a participação dos cidadãos; • Promover ações de formação, em articulação com o DGAG, destinadas a responsáveis e profissionais dos gabinetes do utente e do cidadão dos serviços das unidades de saúde do da área de influência da ARSA, I.P..

3.7.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenador do Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC)

Atividades:

- Prestar apoio jurídico aos órgãos de gestão da ARSA, I.P..
- Elaborar estudos, pareceres e informações de natureza jurídica nomeadamente nas diferentes áreas funcionais da ARSA, I.P..
- Assegurar e concorrer para o aperfeiçoamento técnico-jurídico dos atos administrativos.
- Dinamizar o conhecimento de normas e regulamentos, bem como proceder ao tratamento da legislação e jurisprudência de interesse para a Instituição.
- Instruir e colaborar na instrução de processos administrativos, incluindo de reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSA, I.P..
- Participar na análise e preparar projetos de diplomas legais relacionados com a atividade da ARSA, I.P., bem como colaborar na elaboração de minutas de contratos, protocolos, regulamentos e outras normas internas relacionadas com a atividade dos serviços do Serviço Nacional de Saúde.
- Patrocinar o instituto público nos processos de contencioso administrativo.
- Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares.
- Assegurar o apoio à instrução dos processos de contraordenação nos termos previstos na lei.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de falta de rigor técnico e/ou científico.	Baixa	Alta	Moderado	1. Afetação de pessoal com o perfil e formação adequadas e em número suficiente (ocupação do número de postos de trabalho previstos).
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade.	Baixa	Alta	Moderado	2. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de deferimento tácito dado o incumprimento de prazos legais.	Baixa	Alta	Moderado	3. Controlo dos prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos.
Risco de não acautelar a conveniência e o interesse público do ponto de vista da gestão.	Baixa	Alta	Moderado	4. Articulação com diferentes serviços/criação de grupos de trabalho multidisciplinares que promovam a discussão das matérias em várias vertentes.
Risco de emissão de normas internas pouco claras, imprecisas e/ou incompletas, geradoras de aplicação de procedimentos não uniformes nos vários serviços da ARSA, I.P..	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de prescrição ou caducidade do processo.	Média	Alta	Elevado	5. Controlo da distribuição dos processos que atenda ao nível de especialização dos colaboradores.
				6. Controlo de prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos.
Risco de omissão de diligências necessárias na instrução de processos, para obtenção de vantagens indevidas e/ou favorecimento de terceiros.	Baixa	Alta	Moderado	7. Evitar ações individuais na prática de atos instrutórios.

3.8. UNIDADE DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

3.8.1. Missão e Competências da Unidade

DIRIGENTE	Dra. Carmen Mendes Ramos
MISSÃO	Assegurar o planeamento e a gestão dos recursos humanos da ARS Alentejo, bem como promover a sua qualificação e valorização profissional.
COMPETÊNCIAS	As competências da Unidade de Gestão de Recursos Humanos (UGRH) são as constantes das alíneas a) a i), do nº 1 do artigo 5º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none">• Assegurar o planeamento, a gestão e a administração dos recursos humanos a nível regional;• Assegurar a coordenação do sistema de avaliação de desempenho a nível regional;• Promover a qualificação e valorização profissional dos recursos humanos da área da saúde da região, identificando necessidades, propondo planos de formação profissional e organizando ações de formação;• Emitir parecer sobre os projetos de mapas de pessoal das instituições do SNS da região;• Promover, nos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação da prestação da atividade profissional, propondo medidas para a adequação de distribuição de recursos humanos;• Assegurar, ao nível regional, uma base de dados de recursos humanos atualizada e desenvolver estudos de gestão previsional de recursos humanos do SNS;• Propor os mapas de vagas para os internatos médicos, bem como para as restantes profissões de saúde de acordo com a previsão de necessidades em recursos humanos para a região;• Elaborar, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas cofinanciados para a área da formação profissional;• Assegurar os procedimentos relativos à gestão e administração de pessoal da ARSA, I.P..

3.8.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenadora da Unidade de Gestão de Recursos Humanos (UGRH)

Atividades:

- Preparação e organização dos procedimentos concursais, incluindo os procedimentos relacionados com o internato médico e os médicos aposentados.
- Elaboração e reporte de diferente informação, nomeadamente: Balanço Social; Carregamento do SIOE (DGAEP); Preparação do Orçamento anual e da Conta de Gerência; Registo dos profissionais de saúde na ERS.
- Efetuar a gestão do mapa de pessoal, nomeadamente com a atualização mensal de listagens.
- Assegurar os procedimentos necessários ao desenvolvimento de processos de mobilidade de trabalhadores (mobilidade interna, inter carreiras, inter categoria e acordo de cedência).
- Analisar e emitir parecer sobre processos de acumulação de funções, licenças sem remuneração, equiparação a bolseiro, estatuto de trabalhador-estudante.
- Assegurar a realização dos procedimentos necessários à execução da avaliação do desempenho dos trabalhadores da ARSA, I.P. e ACES (SIADAP) e respetiva alteração de posicionamento remuneratório.
- Atualizar a base de dados do RHV e manter organizados os processos individuais dos trabalhadores, bem como registar a entrada e saída de trabalhadores.
- Registo e conferência da assiduidade.
- Processamento e conferência de vencimentos, trabalho extraordinário, ajudas de custo, transporte, adse, descontos judiciais, execuções fiscais.
- Desenvolver trabalhos de estudo e planeamento em matéria da formação profissional, incluindo levantamento de necessidades de formação dos vários serviços da ARSA, I.P..
- Elaboração de candidaturas, no âmbito da formação na área da saúde, para cofinanciamento comunitário aos programas existentes, seu acompanhamento, controlo e análise de pedidos de reembolsos e de saldos.
- Elaborar planos e relatórios de atividade da formação.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	1. Cumprimento da legislação em matéria de tramitação do procedimento concurso, legislação específica das carreiras especiais e sobre contratação de médicos aposentados e internato médico.
Risco de favorecimento de candidatos e tráfico de influências; violação dos princípios de equidade.	Baixa	Alta	Moderado	2. Definição clara, objetiva e atempada dos critérios de seleção, bem como publicitação dos documentos, nomeadamente atas, do procedimento. 3. Rotatividade dos membros do júri de concurso, sempre que possível.
Risco de conflito de interesses, incompatibilidades e impedimentos nos procedimentos de concurso.	Baixa	Alta	Moderado	4. Prestação de apoio técnico-jurídico aos membros do júri de concurso. 5. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.
Risco de celebração de contratos em prestação de serviços sem que correspondam a uma efetiva necessidade/tráfico de influências.	Baixa	Alta	Moderado	6. Levantamento anual de necessidades de recursos humanos e fundamentação rigorosa e inequívoca das necessidades de CPS. 7. Submissão a parecer prévio vinculativo dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública.
Risco de prestação de informação incorreta, incompleta e/ou fora de prazo.	Média	Média	Moderado	8. Conferência rigorosa da informação produzida, sempre que possível, por profissional diferente. 9. Implementação e manutenção do Manual Controlo Interno, bem como atualização permanente dos procedimentos internos.
Risco de acumulação de funções públicas e/ou privadas sem autorização e em violação da lei.	Média	Alta	Elevado	10. Cumprimento da legislação aplicável; Divulgação da Circular Informativa n.º 3/2020, de 01/10 e respetivos formulários para preenchimento, por todos os serviços e unidades de saúde. 11. Pedido anual de entrega de declaração de rendimentos anual e declarações de renúncia, dirigido aos médicos em dedicação exclusiva, nos termos da lei. 12. Pedido anual a todos os profissionais de informação sobre acumulação de funções (constituição, alteração ou cessação de acumulação de funções) e seu registo em ficheiro de controlo e RHV. 13. Reforço do controlo interno nesta área, nomeadamente com recurso a sistemas de informação apropriados.
Risco de definição de objetivos (avaliação do desempenho) pouco claros e imensuráveis e/ou com incorreções por parte dos avaliadores.	Média	Média	Moderado	14. Formação periódica dos avaliadores.
Risco de não cumprimento dos prazos impostos por lei ou de não aplicação do SIADAP a todos os trabalhadores.	Média	Alta	Elevado	15. Cumprimento da legislação aplicável. 16. Controlo e validação das propostas de avaliação pelo CCA e avaliação criteriosa das classificações de distinção, de forma a não serem afetos sempre aos mesmos avaliados como rotina, sem ter em conta o grau de exigência e relevância dos objetivos definidos. 17. Informatização do processo de avaliação de desempenho.
Risco de inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Média	Média	Moderado	18. Elaboração e manutenção dos perfis de competências profissionais por posto de trabalho. 19. Afetação de RH aos serviços com postos de trabalho vagos, em respeito pelas competências e perfis profissionais definidas para os respetivos postos. 20. Afixação em placard e publicitação no site da ARSA do mapa de pessoal, em cumprimento da lei.
Risco de favorecimento no processamento da assiduidade.	Média	Alta	Elevado	21. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA.
Risco de existência de registos de assiduidade fraudulentos, em especial no caso dos registos manuais.	Média	Alta	Elevado	22. Verificação e validação dos registos de assiduidade pelo superior hierárquico respetivo. 23. Redução de registos manuais, mediante a instalação de terminais de registo biométrico nas unidades em falta.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
				24. Elaboração de um manual de procedimentos para os utilizadores do <i>innuxtime</i> , com definição das funções por perfil de acesso e limites de responsabilidade.
Risco de perda/extravio de informação, por ação humana ou por causas naturais.	Média	Média	Moderado	25. Definição de um procedimento interno para acautelar uma correta receção e circulação de documentos. 26. Implementação de mecanismos de segurança para proteção do arquivo de documentação.
Risco de inserção de dados incorretos e/ou incompletos quer no RHV quer nos processos individuais.	Baixa	Alta	Moderado	27. Verificação da documentação constante no processo individual, quer pelos profissionais, quer pelos respetivos trabalhadores e confrontação da mesma com o que consta no RHV. 28. Formação sobre organização e gestão de arquivos.
Risco de realização de pagamentos indevidos e favorecimento no processamento das remunerações, abonos e participações de despesas.	Baixa	Alta	Moderado	29. Conferência e controlo dos processamentos. Implementação do Sistema Informático de Registo de Abonos. 30. Implementação e manutenção do Manual Controlo Interno, bem como atualização permanente dos procedimentos internos.
Risco de falsificação de documentos, com prestação de falsas declarações.	Baixa	Alta	Moderado	31. Verificação e validação pelo superior hierárquico.
Risco de favorecimento de grupos profissionais/Departamentos/Unidades na seleção das áreas formativas e público alvo (violação do princípio da equidade).	Baixa	Média	Fraco	32. Efetuar diagnóstico anual de necessidades formativas, abrangendo todos os serviços.
Risco de perda de motivação dos RH e consequente produtividade e qualidade do trabalho.	Média	Média	Moderado	33. Fomentar uma política de atualização de conhecimentos transversais e específicos a cada carreira/grupo profissional. 34. Fazer diagnóstico de avaliação sobre a satisfação dos profissionais e apresentação de oportunidades de melhoria.
Risco de perda de financiamento ou de necessidade de restituição de participações, no caso das ações de formação com apoio financeiro comunitário.	Baixa	Média	Fraco	35. Controlo e acompanhamento da execução financeira dos programas comunitários.
Risco de fuga de informação, violação de segredo ou utilização indevida de informações sigilosas.	Baixa	Média	Fraco	36. Acesso ao arquivo condicionado ao uso de credenciais concedidas pelo superior hierárquico.

3.9. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NAS ÁREAS DE PLANEAMENTO E INVESTIMENTOS E ESTATÍSTICA

3.9.1. Missão e Competências do Núcleo

DIRIGENTE	Dra. Anabela Lopes David
MISSÃO	Apoio direto à tomada de decisão em áreas estratégicas como são o planeamento, os investimentos e a estatística, de forma a habilitar o Conselho Diretivo da ARSA, I.P., na tomada de decisões para a operacionalidade dos serviços, de acordo com os princípios que regem uma boa gestão.
COMPETÊNCIAS	<p>As competências do Núcleo de Apoio Técnico nas Áreas de Planeamento e Investimentos e Estatística (NATAPIE) são as constantes das alíneas d), j), k) a t), w), do nº 1 do artigo 3º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, entre as quais salientam-se as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Participar em estudos com o objetivo de propor ajustamentos nas redes de referenciação e de emitir pareceres técnicos sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde; Elaborar os planos de atividades anuais e plurianuais, tendo em consideração o plano Regional de Saúde e os objetivos definidos pelo conselho diretivo e avaliar a sua execução; Elaborar o relatório de atividades, em articulação com os restantes departamentos; Propor os ajustamentos julgados necessários nas redes de referenciação ao nível regional; Emitir parecer técnico sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde; Desenvolver instrumentos de apoio à gestão que permitam a promoção do uso racional de recursos materiais e financeiros, nomeadamente nas áreas do medicamento, dos dispositivos médicos e dos exames complementares de diagnóstico, bem como avaliar o cumprimento das orientações e políticas nacionais nestes domínios; Proceder à recolha, tratamento e análise dos dados estatísticos e propor as necessárias medidas corretivas relativas

- à atividade dos serviços de saúde da região;
- Apoiar a implementação de novos modelos de gestão em saúde;
- Emitir parecer, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas cofinanciados;
- Planear os recursos materiais, nomeadamente a execução dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS;
- Analisar e emitir parecer sobre os planos diretores de unidades de saúde;
- Garantir um sistema de informação atualizado da execução física e material de investimentos públicos.

3.9.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Responsável do Núcleo de Apoio Técnico para as Áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística (NATAPIE)

Atividades:

- Elaborar e acompanhar a execução dos instrumentos de gestão da ARS Alentejo, I.P., designadamente QUAR, Plano Estratégico, Plano de Atividades e Relatório de Atividades.
- Acompanhar o Programa da TeleSaúde, designadamente na vertente da Gestão da Qualidade.
- Gerir a recolha e análise da informação estatística relevante para a Região e elaborar relatórios.
- Participar nas atividades do Observatório Regional de Saúde (ORS).
- Apoiar o Conselho Diretivo na redefinição das Redes de Referenciação Hospitalar (RRH) da Região.
- Gerir a recolha e tratamento de informação relativa aos pedidos institucionais e assegurar a sua resposta atempada.
- Elaborar estudos sobre temáticas fundamentais para a tomada de decisão nas áreas do planeamento.
- Colaborar na execução e acompanhamento de trabalhos de índole intersectorial e de parceria para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.
- Planear, desenvolver e acompanhar os procedimentos necessários às ações previstas no âmbito da execução de novos investimentos e investimentos em curso na ARS Alentejo.
- Elaborar e submeter as candidaturas aos programas existentes de financiamento comunitário.
- Acompanhar mensal e trimestralmente a execução física e financeira dos projetos em curso, quer ao nível das despesas de investimento, quer ao nível da participação comunitária e elaborar os respetivos relatórios e mapas de execução financeira.
- Emitir pareceres para candidaturas propostas por outras entidades do SNS.
- Acompanhar e monitorizar a execução física e financeira dos investimentos cofinanciados desenvolvidos pelas ULS/Hospitais.
- Colaborar na preparação do orçamento da ARS Alentejo, com os contributos na área dos investimentos.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de desatualização/inexistência dos instrumentos de gestão.	Baixa	Alta	Moderado	1. Elaboração do Plano Anual de Atividades e do Relatório de Atividades nos termos do DL 183/96, de 27/09 e definição dos objetivos estratégicos e operacionais e indicadores de medição de acordo com as orientações tutelares.
Risco de deficiente monitorização dos objetivos definidos no QUAR.	Baixa	Alta	Moderado	2. Monitorização regular e periódica dos objetivos do QUAR e emissão de alertas aos serviços respetivos para o seu cumprimento.
Risco de fraca monitorização do Programa da TeleSaúde e, conseqüente, perda de qualidade do mesmo, não obstante os recursos dispendidos.	Baixa	Alta	Moderado	3. Certificação do Programa de TeleSaúde; realização de reuniões periódicas e produção de indicadores de avaliação; promoção de auditorias internas ao Programa.
Risco de produção de informação incompleta, desatualizada e/ou não fiável sobre a saúde da população e seus determinantes.	Baixa	Média	Fraco	4. Cruzamento de dados obtidos a partir do SIARS.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
				5. Definição nacional dos indicadores estatísticos relevantes para as investigações em curso; realização de reuniões periódicas tendo em vista a obtenção dos inputs necessários. 6. Afetação de pessoal qualificado e sistemas de informação adequados.
Risco de desajustamento da rede de referência às necessidades da população e aos recursos existentes nas estruturas hospitalares.	Média	Média	Moderado	7. Levantamento exaustivo das necessidades da Região e apresentação de um documento estratégico regional ao CD. 8. Afetação de pessoal qualificado (assessoria clínica).
Risco de deficiente articulação intersectorial/interinstitucional.	Baixa	Média	Fraco	9. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	10. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	
Risco de inadequada monitorização dos investimentos em curso.	Baixa	Alta	Moderado	11. Acompanhamento regular da execução dos vários procedimentos; realização de reuniões periódicas com os vários interlocutores. 12. Atualização regular e criteriosa dos mapas de acompanhamento da execução dos investimentos.
Risco de incumprimento dos prazos de candidatura.	Baixa	Alta	Moderado	13. Acompanhamento e definição de prioridades, atendendo aos prazos de candidatura.
Risco de não identificação de todas as necessidades em investimentos e/ou suborçamentação de necessidades, nomeadamente em algumas rubricas de despesa.	Média	Alta	Elevado	14. Definição de prioridades, acompanhamento e aprovação por parte do Conselho Diretivo. 15. Trabalho em equipa e de proximidade com os diferentes serviços.
Risco de inexistência de arquivo nos dossiers de documentação relevante/dispersão de informação pelos diferentes serviços.	Baixo	Média	Fraco	16. Conferência da informação prestada e arquivada, por colaborador diferente.

3.10. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NA ÁREA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

3.10.1. Missão e Competências do Núcleo

DIRIGENTE	Dr. Paulo Jorge Neves Basílio
MISSÃO	Assegurar a gestão e manutenção dos sistemas de informação e comunicação da ARSA, I.P..
COMPETÊNCIAS	As competências do Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação (NATASI) são as constantes das alíneas v) a x), do nº 1 do artigo 5º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, alterada pela Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a implementação dos sistemas de informação e comunicações de utilização comum; • Gerir e assegurar a manutenção de sistemas e das infraestruturas tecnológicas, em articulação com as entidades competentes; • Assegurar o apoio técnico aos utilizadores no âmbito dos sistemas e infraestruturas tecnológicas.

3.10.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenador do Núcleo de Apoio Técnico dos Sistemas de Informação (NATASI)

Atividades:

- Conceber e desenvolver a arquitetura e acompanhar a implementação dos sistemas e tecnologias de informação, assegurando a sua gestão e continuada adequação aos objetivos da organização, através de criação de cadernos de encargos, Júri de concursos e análise de propostas para aquisição de SI e TIC.
- Organizar e manter disponíveis os recursos informacionais, configurar e implementar funcionalidades nos portais de Intranet e Internet e em sistemas de informação geográficos. Normalizar os modelos de dados e estruturar os conteúdos e fluxos informacionais da organização e definir as normas de acesso e níveis de confidencialidade da informação.
- Definir e desenvolver as medidas necessárias à segurança e integridade da informação e especificar as normas de salvaguarda e de recuperação da informação.
- Configurar e instalar peças do suporte lógico de base, englobando, designadamente, os sistemas operativos e utilitários associados, os sistemas de gestão de redes informáticas, de base de dados e todas as aplicações e produtos de uso geral, assegurando a respetiva gestão e operacionalidade.
- Planificar a exploração, parametrizar e acionar o funcionamento, controlo e operação dos sistemas, computadores, periféricos e dispositivos de comunicações instalados, atribuir, otimizar e desafetar os recursos, identificar as anomalias e desencadear as ações de regularização requeridas.
- Apoiar os utilizadores na operação dos equipamentos terminais de processamento e de comunicação de dados, dos microcomputadores e dos respetivos suportes lógicos de base, bem como no diagnóstico e resolução dos respetivos problemas e definir procedimentos de uso geral necessários a uma fácil e correta utilização de todos os sistemas instalados.
- Instalar componentes de hardware e software, designadamente, de sistemas servidores, dispositivos de comunicações, estações de trabalho, periféricos e suporte lógico utilitário, assegurando a respetiva manutenção e atualização.
- Gerar e documentar as configurações e organizar e manter atualizado o arquivo dos manuais de instalação, operação e utilização dos sistemas e suportes lógicos de base.
- Zelar pelo cumprimento das normas de segurança física e lógica e pela manutenção do equipamento e dos suportes de informação e desencadear e controlar os procedimentos regulares de salvaguarda da informação, nomeadamente cópias de segurança, de proteção da integridade e de recuperação da informação.
- Analisar os requisitos e proceder à conceção lógica dos sistemas de informação, especificando as aplicações e programas informáticos, as entradas e saídas, os modelos de dados e os esquemas de processamento e de base de dados.
- Projetar, desenvolver, documentar, instalar e modificar as aplicações e programas informáticos, assegurando a sua integração nos sistemas de informação existentes e compatibilidade com as plataformas tecnológicas utilizadas, com recurso aos suportes lógicos, ferramentas e linguagens apropriadas.
- Colaborar na formação e prestar apoio aos utilizadores na operação dos sistemas aplicativos e produtos de microinformática e na programação de procedimentos de interrogação de ficheiros e bases de dados, na organização e manutenção de pastas de arquivo e na operação dos produtos e aplicações de microinformática disponíveis.
- Elaborar procedimentos e programas específicos para a correta utilização dos sistemas operativos e adaptação de suportes lógicos de base, por forma a otimizar o desempenho e facilitar a operação dos equipamentos e das aplicações.
- Desenvolver e efetuar testes unitários e de integração dos programas e das aplicações, de forma a garantir o seu correto funcionamento e realizar a respetiva documentação e manutenção.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Riscos inerentes à inexistência de um plano estratégico de TIC; risco de falta de orientações estratégicas, de planeamento e de enquadramento organizacional.	Baixa	Alta	Moderado	1. Desenvolvimento/elaboração de um plano estratégico de TIC, devidamente alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais definidos no QUAR da ARSA, I.P..
Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Média	Alta	Elevado	2. Rotatividade de tarefas.
Risco de conflito de interesses.	Média	Alta	Elevado	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
Risco de deficiente estimação de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos.	Média	Alta	Elevado	4. Revisão das estimativas de custo e das especificações técnicas pela equipa/núcleo.
Risco de inexistência de uma política de segurança suficientemente eficaz, que previna situações de fuga de informação/uso e fornecimento de informação não autorizada a outrem.	Média	Alta	Elevada	5. Definição clara da cadeia de responsabilização para atribuição de acessos. 6. Possibilidade de consulta dos logs do sistema para todos os acessos concedidos.
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados.	Média	Alta	Elevada	7. Encriptação de dados sensíveis nas base de dados geridas pelo NATASI.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de interrupção não planeada dos sistemas de informação, com prejuízo para os utilizadores e utentes.	Baixa	Alta	Moderado	8. Ligação remota e suporte técnico assegurado por entidades externas, nomeadamente SPMS e existência de contratos de manutenção para aplicações críticas.
Risco de perda de controlo da localização dos recursos afetos/ desatualização dos inventários.	Média	Média	Moderado	9. Atualização dos inventários de hardware/software e verificações aleatórias dos inventários.
Risco de apropriação indevida de bens (hardware e software).	Baixa	Alta	Moderado	10. Documentação das entregas, cedências, devoluções e abates de equipamentos.
Risco de inutilização/destruição de equipamento por inadequada manutenção/reparação ou guarda em locais impróprios ou perda de informação por ação humana involuntária ou causas naturais.	Baixa	Média	Fraco	11. Assegurar as condições físicas e logísticas necessárias ao bom funcionamento dos equipamentos, incluindo o transporte de equipamentos para as Unidades Funcionais.
				12. Existência de mais do que uma cópia de segurança e guarda das mesmas em diferentes locais.
Risco de deficiente / insuficiente suporte técnico.	Média	Alta	Elevado	13. Acionamento das cláusulas contratuais de penalização em caso de incumprimento por parte das empresas contratadas.
Risco de impossibilidade/dificuldade na conceção/construção de aplicações e programas informáticos que assegurem os objetivos pretendidos pelos serviços que manifestaram a sua necessidade.	Baixa	Média	Fraco	14. Estreita articulação entre o NATASI e o serviço que usufruirá da aplicação/programa informático para o delineamento da mesma, segundo os objetivos pretendidos.
Risco de realização de testes insuficientes ou não totalmente representativos para verificação do correto funcionamento das aplicações.	Baixa	Média	Fraco	15. Assegurar a realização de testes em número suficiente para aferir o correto funcionamento dos programas e aplicações.

3.11. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

3.11.1. Missão e Competências da Divisão

DIRIGENTE	Dr. João Mário Lopes Sardica
MISSÃO	Promoção da redução do consumo de substâncias psicoativas, prevenção dos comportamentos aditivos e diminuição das dependências.
COMPETÊNCIAS	<p>As competências da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), são as constantes das alíneas a) a l), do nº 1 e n.º 2 do artigo 8º da Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências; • Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na definição da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências e na sua avaliação; • Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a avaliação dos programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social; • Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local; • Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e enviar ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, abreviadamente designado por SICAD, os dados e informações necessárias para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região e elaborar os relatórios de atividades; • Emitir pareceres sobre propostas de implementação de projetos regionais apresentados por entidades públicas ou privadas que se candidatem a apoios no âmbito da sua área de intervenção; • Promover a realização de diagnósticos das necessidades de intervenção de âmbito regional e local, definir as prioridades e o tipo de intervenção a efetuar e os recursos a afetar, nomeadamente a projetos e programas cofinanciados, contribuindo para um planeamento nacional sustentado; • Avaliar e supervisionar o funcionamento das unidades de intervenção local, prestadoras de cuidados de saúde nesta área assegurar o planeamento e gestão dos recursos necessários à respetiva atividade e propor a criação de novas unidades ou o seu encerramento; • Planear a articulação interinstitucional e incentivar a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de ações de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no âmbito dos programas nacionais promovidos pelo SICAD;

- Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, elaborar relatórios e analisar as respetivas conclusões;
 - Colaborar com o SICAD na definição dos requisitos para licenciamento de unidades de prestação de cuidados, nos setores social e privado e monitorizar o seu cumprimento;
 - Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para o desenvolvimento de programas e projetos.
- Compete ainda à DICAD, no âmbito de intervenção regional, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

3.11.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)

Atividades:

- Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências.
- Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na definição da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências e na sua avaliação.
- Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a avaliação dos programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social.
- Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local.
- Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e enviar ao SICAD os dados e informações necessárias para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região e elaborar os relatórios de atividades.
- Emitir pareceres sobre propostas de implementação de projetos regionais apresentados por entidades públicas ou privadas que se candidatem a apoios no âmbito da sua área de intervenção.
- Promover a realização de diagnósticos das necessidades de intervenção de âmbito regional e local, definir as prioridades e o tipo de intervenção a efetuar e os recursos a afetar, nomeadamente a projetos e programas cofinanciados, contribuindo para um planeamento nacional sustentado.
- Avaliar e supervisionar o funcionamento das unidades de intervenção local, prestadoras de cuidados de saúde nesta área, assegurar o planeamento e gestão dos recursos necessários à respetiva atividade e propor a criação de novas unidades ou o seu encerramento.
- Planear a articulação interinstitucional e incentivar a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de ações de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no âmbito dos programas nacionais promovidos pelo SICAD.
- Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, elaborar relatórios e analisar as respetivas conclusões.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de ineficácia dos programas estruturados de intervenção local, financiados pelo SICAD (PORI).	Baixa	Média	Fraco	1. Existência de um regulamento, que define as regras de candidatura e monitorização após aprovação. 2. Monitorização e reporte com periodicidade definida da execução dos programas de intervenção local, através do envio de indicadores mensais. Obrigatoriedade de apresentação de relatórios (um intermédio e um final, do foro técnico-financeiro), acompanhados de parecer dos coordenadores dos respetivos CRI's.
Risco de deficiente articulação interinstitucional, tendo em vista a execução dos programas concretos (Prevenção e Intervenção Comunitária; Tratamento e Reinserção Social).	Baixa	Média	Fraco	3. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade, no âmbito da intervenção comunitária/ discussão e partilha de conhecimentos pelos vários interlocutores, em torno de um objetivo concreto.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Graduação do Risco	
Risco de inexistência de um plano coordenado de avaliação e supervisão dos CRI's que proporcione um planeamento e uma gestão mais adequada e próxima a cada CRI.	Baixa	Média	Fraco	4. Designação de um responsável regional por cada área de missão (Prevenção e Intervenção Comunitária e Tratamento), tendo como objetivo a coordenação e a uniformização de critérios e ações desenvolvidas. 5. Realização de reuniões semanais/quinzenais para efeitos de monitorização da atividade desenvolvida.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	6. Rotatividade de tarefas e adequada segregação de funções.
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	7. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de deficiente ou inexistente conferência da faturação apresentada pelas unidades convencionadas.	Baixa	Alta	Moderado	8. Instituição de procedimento interno para a conferência da faturação. 9. Implementação de uma plataforma eletrónica para desmaterialização de toda a gestão processual, desde o internamento até à alta clínica.
Risco de furto de metadona e outros medicamentos/material consumo clínico utilizados no tratamento das toxicodependências.	Baixa	Alta	Moderado	10. Procedimentos gerais de segurança nos vários edifícios. 11. Armazenamento dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos em cofre e contagem de stocks periódica, em confronto com o registo de entradas e saídas através do Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 08/06 e definição do respetivo procedimento de controlo interno.

3.12 EQUIPA COORDENADORA REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

3.12.1. Missão e Competências da Equipa

DIRIGENTE	Enfermeira Maria da Graça Godinho Simões Eliseu
MISSÃO	Implementar e garantir a nível regional a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e ou de apoio social.
COMPETÊNCIAS	<p>As competências da Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados (ECRCCI) são as constantes no artigo 10.º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho de 2006, republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho de 2015, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades; • Orientar e consolidar os planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional; • Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados; • Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede; • Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação; • Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas; • Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais; • Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede; • Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

3.12.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenadora da Equipa Coordenadora Regional dos Cuidados Continuados Integrados (ECRCCI)

Atividades:

- Garantir a utilização eficaz da capacidade instalada, nas unidades prestadoras contratualizadas, cumprindo requisitos de equidade no acesso à Rede, qualidade e adequação dos serviços prestados.
- Articular com a coordenação da Rede a nível nacional (ACSS) e com as Equipas Coordenadoras Locais, bem como fomentar a articulação dentro da Rede entre os vários parceiros que a integram e com outras entidades que entendam pertinentes para o exercício das suas competências.
- Elaborar, analisar e adaptar acordos entre a ARS Alentejo, I.P. e entidades da Rede do Alentejo.
- Assegurar a supervisão da qualidade na prestação de cuidados de saúde e de âmbito social, com garantia da adequação dos mesmos à situação de dependência de cada utente e sua família.
- Garantir a existência da documentação de afixação pública obrigatória nas UCCI.
- Monitorizar a aplicação do regulamento interno das UCCI.
- Colaborar na implementação de procedimentos direcionados à Rede no Alentejo.
- Colaborar com a UGRH - Formação no que respeita ao planeamento e organização das ações de formação na área dos Cuidados Continuados Integrados.
- Operacionalizar a divulgação e garantir o cumprimento das diretrizes e orientações emanadas pela ACSS às Equipas e profissionais das unidades da Rede.
- Participar na operacionalização das atividades de consultoria direta presencial ou não presencial na área das feridas, através da Coordenadora Regional do Grupo de Feridas, com as unidades e equipas da RNCCI.
- Propor atividades de prevenção e controlo de infeção nas UCCI, tendo em conta as normas emanadas pela DGS.
- Acompanhar as auditorias da qualidade aos prestadores da Rede.
- Realizar visitas de acompanhamento da ECR Alentejo às unidades e equipas prestadoras e emissão dos respetivos relatórios.
- Proceder à gestão das exposições/reclamações dirigidas à ECR.
- Elaborar relatórios e planos de atividades.
- Assegurar a utilização do aplicativo de Monitorização da RNCCI: Gestcare CCI.
- Elucidar os utentes da Rede e seus familiares através dos vários contactos por eles efetuados.
- Conferir faturas de transporte relativas aos utentes da Rede no Alentejo.
- Monitorizar pontualmente a faturação efetuada no âmbito do funcionamento da RNCCI e conferida pelo CCM.
- Efetuar o acompanhamento financeiro no âmbito da Rede e propor o orçamento anual por rubrica de despesa.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de ineficácia das linhas de atuação definidas, tendo em vista a promoção da pro atividade dos parceiros da Rede.	Baixa	Média	Fraco	1. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional.
Risco de existência de erros, omissões e ambiguidades não intencionais ou deliberadas na redação dos termos contratuais, com o fim de obtenção de vantagens indevidas ou de inexistência de cláusulas de penalização, em caso de incumprimento do acordo.	Baixa	Alta	Moderado	2. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional.
				3. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico.
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização do acesso dos utentes à Rede.	Baixa	Alta	Moderado	4. Definição prévia dos critérios de natureza clínica e social para a referenciação e priorização do acesso dos utentes à Rede.
				5. Avaliação das necessidades do utente segundo modelo padronizado e por uma equipa multidisciplinar, estabelecendo prioridades no acesso atendendo a um conjunto de critérios previamente definidos.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de inexistência de um plano coordenado de avaliação e supervisão da qualidade dos cuidados prestados e do cumprimento dos requisitos técnicos e documentais exigidos nos termos da legislação pelas UCCI.	Média	Alta	Elevado	6. Elaboração de um plano anual de avaliações devidamente estruturado, com indicação das visitas técnicas de acompanhamento às UCCI.
Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento das diretrizes e orientações da ACSS em todas as unidades.	Média	Alta	Elevado	7. Existência de instrumentos consolidados de apoio à recolha e tratamento de dados e uniformização dos critérios de avaliação, mediante a criação de check-lists e outros.
Risco de elaboração de procedimentos incompletos, ambíguos e/ou incorretos perante as boas práticas distinguidas por instituições credenciadas ou de reconhecido mérito.	Baixa	Média	Fraco	8. Discussão e partilha de conhecimentos pela equipa multidisciplinar.
				9. Sensibilização das instituições e respetivos profissionais para a adoção de boas práticas e condutas profissionais adequadas.
				10. Monitorização da aplicação dos procedimentos, tendo em vista avaliar a necessidade de revisão dos mesmos.
Risco de inexistência de um plano de formação devidamente estruturado e alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais da Rede.	Baixa	Média	Fraco	11. Envolvimento de profissionais de diferentes áreas e saberes na definição do plano de formação.
Risco de não adesão das unidades e equipas de cuidados continuados integrados às indicações e ações técnicas na área do tratamento de feridas e da prevenção e controlo da infeção.	Baixa	Média	Fraco	12. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.
Risco de inexistência de monitorização das medidas recomendadas pelas entidades auditoras.	Baixa	Alta	Moderado	13. Acompanhamento próximo e preenchimento de grelha de monitorização periódica das medidas recomendadas.
Risco de dilação no tempo da resposta aos utentes e/ou ausência de prestação de informação adequada aos utentes.	Média	Média	Moderado	14. Controlo dos prazos de resposta/definição de prioridades face aos tempos decorridos e envolvimento de todos os interlocutores visados nas exposições/reclamações.
Risco de inexistência de um plano de atividades devidamente estruturado e alinhado com os objetivos da Rede e da ARSA, I.P..	Média	Média	Moderado	15. Elaboração dos planos e relatórios de atividades nos termos da lei e de acordo com as orientações tutelares.
Risco de desatualização ou deficiente qualidade da informação registada no aplicativo.	Baixa	Média	Fraco	16. Conferência e cruzamento periódico de dados com os registos efetuados no aplicativo Gestcare CCI.
Risco de insuficiente monitorização da despesa.	Baixa	Média	Fraco	17. Reporte trimestral à ACSS da evolução da despesa, segundo modelo padronizado.
Risco de não deteção de erros/falhas/não conformidades com a legislação vigente e/ou outras orientações referente à faturação de Transporte de Doentes.	Baixa	Média	Fraco	18. Conferência da faturação respetiva pelo Sistema de Gestão de Transporte de Doentes, Registo Nacional de Utentes e GestCare CCI.
Risco de conflitos de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	19. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição.
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados.	Baixa	Alta	Moderado	20. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA, I.P..

3.13. Gabinete de Comunicação e Marketing

3.13.1. Missão e Competências do Gabinete

DIRIGENTE	Dra. Maria Manuel Sezões Peixe Martins
MISSÃO	Participar criativamente e ativamente no desenvolvimento e planeamento de estratégias de marketing e na estruturação e operacionalização das ações comunicacionais da organização da organização, quer na vertente externa, quer como parte integrante do marketing-mix privilegiando a ótica comunicacional.
COMPETÊNCIAS	As competências do Gabinete de Comunicação e Marketing são as constantes no Regulamento Interno da ARSA, I.P., nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Preparar o plano de comunicação e marketing anual; • Operacionalizar as linhas de atuação para as campanhas promocionais e de comunicação de acordo com os objetivos estabelecidos; • Colaborar na seleção de informação a ser disponibilizada à população em geral; • Proceder à leitura e divulgação de notícias alusivas à saúde publicadas nos órgãos de comunicação social; • Assegurar a gestão e produção de conteúdos do site da Internet da ARS Alentejo, I.P. e da Intranet, relativos a notícias, eventos e newsletter; • Assegurar a gestão e produção de conteúdos dos quiosques multimédia; • Assegurar a gestão e produção de conteúdos do Boletim Informativo Newsletter e de outras publicações que possam vir a ser editadas pela ARSA, I.P.; • Assegurar a gestão e produção de conteúdos para a Imprensa; • Garantir as ações de relações públicas da ARSA, I.P., e os contactos com a imprensa; • Programar e/ou organizar, bem como operacionalizar eventos relacionados com a promoção da saúde e/ou comunicação organizacional; • Estar presente nos eventos em que a ARSA, I.P., participe; • Estabelecer contacto e negociação com empresas de marketing e/ou produção gráfica; • Proceder à divulgação de informação de outras entidades, com interesse para as instituições de Saúde da Região Alentejo.

3.13.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenadora do Gabinete de Comunicação e Marketing (GCM)

Atividades:

- Preparar o plano de comunicação e marketing anual da ARSA, IP, e coordenar a sua implementação.
- Apoio à operacionalização às campanhas promocionais e de comunicação de acordo com os objetivos estabelecidos.
- Gerir a formulação e produção de conteúdos do sítio eletrónico da organização, na intranet e demais suportes de divulgação da ARSA, IP, assegurando a sua capacidade relacional e promocional.
- Assegurar a gestão da base de dados das notícias e divulgação de eventos da ARSA, I.P..
- Garantir as ações de relações públicas da ARSA, I.P., e os contactos com a imprensa.
- Coordenar os elementos de comunicação gráfica, escrita, visual ou multimédia (canal da saúde, newsletter e outras publicações), necessários para a relação com o público, dando suporte a operações relacionais incluindo as de cariz promocional ou publicitário.
- Programar e/ou organizar, bem como operacionalizar eventos relacionados com a promoção da saúde e/ou comunicação organizacional.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de inexistência de um plano de marketing devidamente estruturado e alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais da ARSA, I.P..	Média	Média	Moderado	1. Desenvolvimento/elaboração de um plano anual a ser apresentado ao CD, devidamente alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais definidos no QUAR da ARSA, I.P..
Risco de ineficácia das linhas de atuação junto do público alvo, não obstante os recursos despendidos.	Média	Média	Moderado	2. Adequação das campanhas promocionais e de comunicação ao perfil do público alvo e aos objetivos pretendidos.
Risco de desatualização e/ou incorreção dos conteúdos web e/ou perda de informação relevante.	Baixa	Média	Fraco	3. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet e na intranet.
Risco de promoção inadequada da imagem da instituição e de ausência de informação cuidada.	Baixa	Média	Fraco	4. Preparação atempada, exaustiva e ponderada das diversas matérias a expor; implementação de sistemas relacionais e transacionais de suporte integrado aos processos e comunicação interna e externa, de forma a agilizar a relação com os diversos interlocutores.
Risco de violação dos deveres de isenção e de imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	5. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição.
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	

3.14. AUDITORIA E CONTROLO INTERNO

3.14.1. Missão e Competências

DIRIGENTE	Dra. Sandra Sofia Dordio Gonçalves
MISSÃO	Contribuir, com autonomia e independência, para a prossecução dos objetivos da ARSA, I.P., designadamente na avaliação do cumprimento das políticas e procedimentos de controlo interno, no acompanhamento das medidas preventivas e corretivas dos sistemas de controlo e na colaboração/interligação com organismos externos de natureza inspetiva e fiscalizadora, de forma a maximizar o desempenho das estruturas de saúde da área de influência da ARSA, I.P..
COMPETÊNCIAS	As competências da Auditoria são as constantes no Regulamento Interno da ARSA, I.P., nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer ao Conselho Diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, propondo a adoção de boas práticas; • Desenvolver ações de auditoria, com vista à deteção de factos, ou situações condicionantes ou impeditivas da realização dos objetivos definidos para os serviços; • Coordenar os processos externos de auditoria, inspeção, disciplinares e outros, remetidos pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Tribunal de Contas, Tutela e demais entidades; • Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ARSA, I.P., apresentadas pelos trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral; • Elaborar o plano anual de auditoria interna e o relatório anual de auditoria sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar, a submeter à aprovação do conselho diretivo, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

3.14.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Coordenadora da Auditoria e Controlo Interno

Atividades:

- Fornecer ao Conselho Diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, propondo a adoção de boas práticas.
- Desenvolver ações de auditoria, com vista à deteção de factos ou situações condicionantes ou impeditivas da realização dos objetivos definidos para os serviços.
- Coordenar os processos externos de auditoria, inspeção, disciplinares e outros, remetidos pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Tribunal de Contas, Tutela e demais entidades.
- Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ARSA, I.P., apresentadas pelos trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral.
- Elaborar o plano anual de auditoria interna e o relatório anual de auditoria sobre a atividade desenvolvida.

Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
	Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Risco de ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade nas análises efetuadas.	Baixa	Alta	Moderado	1. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.
Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	2. Análise e reporte da informação conforme o preconizado no Manual de Procedimentos de Auditoria. 3. Evitar ações individuais na prática dos atos instrutórios. 4. Seleção da amostra devidamente fundamentada, recorrendo a técnicas estatísticas ou de avaliação de risco.
Risco de divulgação, manipulação, omissão ou uso indevido de informação confidencial para fins privados.	Baixa	Alta	Moderado	5. Conduta profissional regulada pelo Código de Ética do IIA.
Risco de não deteção de erros e irregularidades, por ineficácia dos testes aplicados ou por inexistência de dados suficientes.	Baixa	Alta	Moderado	6. Uniformização de procedimentos, métodos e técnicas com emissão de procedimentos escritos, guiões, manuais e check-lists. 7. Cruzamento dos dados disponíveis e análise exaustiva da informação recolhida.
Risco de incumprimento dos prazos estipulados.	Baixa	Média	Fraco	8. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade. 9. Controlo de prazos processuais através de registo em base de dados.
Risco de não elaboração do plano anual de auditoria devidamente estruturado e alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais da ARSA e com a avaliação do risco.	Baixa	Média	Fraco	10. Estruturação do plano anual de auditoria conforme o preconizado no Manual de Procedimentos de Auditoria e em consonância com as orientações do Conselho Diretivo ou de outras entidades externas de natureza inspetiva.

3.15. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

3.15.1. Missão e Competências

DIRIGENTE	Dra. Maria do Céu da Cruz Canhão
MISSÃO	Garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população do Alentejo Central
ATRIBUIÇÕES	O ACES desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolve também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua.

3.15.2. Mapa de Gestão e Controlo do Risco

Responsável pela Gestão do Risco: Diretora Executiva do ACES Alentejo Central (ACES AC)

Áreas:

Atividades:

Direção Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Competências definidas no n.º 1 do art.º 20.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02. - Delegação de competências do CD na DE do ACES AC - Delegação de Competências definidas no Despacho n.º 1295/2021, de 01/02.
Conselho Clínico e de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Competências definidas no art.º 26.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22/02.
Unidade de Apoio à Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Efetivar o processo de contratualização externa e acompanhar a execução do Contrato-Programa celebrado entre o ACES AC e a ARS Alentejo, I.P. - Efetivar o processo de contratualização interna e acompanhar a execução do Plano de Desempenho do ACES e os Planos de Ação das Unidades Funcionais do ACES. - Elaboração, atualização e implementação de instrumentos de gestão e de apoio à gestão. - Monitorização, análise, deteção de falhas e introdução de medidas corretivas, no que se refere a boas práticas de saúde nas UF, e na utilização dos recursos, sejam eles humanos, financeiros, físicos e/ou materiais. - Assegurar o tratamento correto do processo de despesa e da receita e garantir os procedimentos de gestão corrente de tesouraria. - Preenchimento e atualização de formulários, de prestadores de saúde, no portal da saúde. - Gestão do fundo de maneiio e contabilização da despesa adquirida em fundo de maneiio; - Utilizar o aplicativo de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) ao nível dos processos de aquisição/contratação e gestão de stocks. - Gestão do transporte de doentes e GID. - Emissão de faturação a terceiros. - Gestão de dívidas de taxas moderadoras. - Validação dos mapas de ajudas de custo, trabalho extraordinário, transportes em carro próprio e assiduidade, ... - Acompanhar a execução de todos os contratos de prestação de serviços. - Emissão de parecer ou validação dos procedimentos necessários ao desenvolvimento de processos de mobilidade de trabalhadores, de acumulação de funções, ... - Assegurar a execução do SIADAP.
Gabinete do Cidadão	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o tratamento, análise e gestão das reclamações/sugestões e elogios de utentes das Unidades Funcionais do ACES AC, com recurso ao Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC). - Propor medidas corretivas decorrentes da avaliação qualitativa e quantitativa das mesmas - Atender e encaminhar, telefónica ou pessoalmente, os utentes e informar os utentes dos seus direitos e deveres em relação aos serviços de saúde - Elaborar o Plano de Atividades, Relatórios e outros documentos
Unidades Funcionais (USF,	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento clínico, de enfermagem e administrativo de utentes

UCSP, UCC, URAP, USP)	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de saúde a utentes das UF - Articulação entre serviços/Unidades Funcionais/ACES AC - Cobrança e depósito de taxas sanitárias e outras - Elaborar planos de ação anual (PAUF). - Gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos. - Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (USP). - Verificação e aprovação da assiduidade dos funcionários das UF respetivas.
------------------------------	--

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
Direção Executiva	Risco de inexistência de instrumentos de gestão (art.º 38.º do DL 28/2008, de 22/02).	Baixa	Média	Fraco	1. Elaboração e manutenção dos instrumentos de gestão (regulamento interno, manual de articulação, ...).
	Risco de permeabilidade e influência de entidades externas.	Baixa	Alta	Moderado	2. Decisão baseadas em pareceres técnicos devidamente fundamentados.
	Risco de existência de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
	Risco de pagamentos indevidos e/ou sem competência para o efeito.	Baixa	Alta	Moderado	4. Cumprimento da Deliberação do Conselho Diretivo, nas competências que lhe foram atribuídas.
Conselho Clínico e de Saúde	Risco de aumento descontrolado dos custos (medicamentos e MCDT).	Média	Alta	Elevado	5. Promoção de reuniões nas Unidades e entre o ACES e as UF e/ou os médicos das UF identificados como prescritores acima da média do ACES para disponibilização de informação sobre prescrição e faturação de medicamentos e MCDTs.
	Risco de incumprimento das orientações tutelares (DGS, ACSS, ...).	Baixa	Média	Fraco	6. Discussão das várias orientações tutelares em CCS e registo das decisões em ata.
	Risco de favorecimento/detrimento de UF em sede de contratualização interna.	Baixa	Alta	Moderado	7. Estabelecer critérios objetivos e baseados em princípios quantificáveis para a negociação.
	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	8. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.
Unidade de Apoio à Gestão	Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento dos contratos-programa celebrados entre o ACES AC e o Conselho Diretivo da ARS Alentejo, I.P..	Baixa	Alta	Moderado	9. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.
	Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento dos Planos de Ação das UF contratualizados com o ACES AC.	Baixa	Alta	Moderado	10. Controlo e análise periódica dos resultados dos indicadores contratualizados, através da plataforma BI-CSP. 11. Realização de reuniões intercalares para acompanhamento e monitorização das cartas de compromisso.

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
	Risco de desatualização dos conteúdos web/documentos relativos à contratualização e informação relativa ao funcionamento das UF, em incumprimento dos normativos legais.	Média	Média	Moderado	12. Atualização e verificação periódica dos conteúdos web, relativos à documentação de contratualização interna.
	Risco de não uniformização de procedimentos internos nas Unidades Funcionais do ACES.	Baixa	Média	Fraco	13. Revisão/atualização do Manual de Articulação entre o ACES AC e as UF.
	Risco de inexistência de controlo sobre o fundo de maneo das UF.	Baixa	Alta	Moderado	14. Verificação periódica das despesas realizadas e do cumprimento do Regulamento de Fundo de Maneio. 15. Controlo diário do saldo de caixa.
	Risco de deficiente avaliação das necessidades e da planificação da contratação pública.	Média	Média	Moderado	16. Elaboração do plano anual de compras e análise crítica das necessidades informadas pelas UF.
	Risco de classificação inadequada da despesa ou de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	Baixa	Alta	Moderado	17. Conferência, em nível hierárquico superior, dos montantes e da classificação contabilística e dos documentos e registos efetuados no SICC, em conformidade com as normas contabilísticas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.
	Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os profissionais e os fornecedores.	Média	Alta	Elevado	18. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.
	Risco de existência de faturas por processar ou de registo duplicado de faturas.	Baixo	Alta	Moderado	19. Bloqueio do sistema informático quando se pretende processar igual número de fatura. 20. Anotação na fatura do seu processamento, com colocação de carimbo. 21. Conferência dos registos efetuados por colaborador diferente.
	Risco de desvio de fundos.	Baixo	Alta	Moderado	22. Privilegiar pagamentos por transferência bancária. 23. Revisão e aprovação da folha de caixa por superior hierárquico competente; análise diária/conferência dos pagamentos/recebimentos por colaborador diferente.
	Risco de inexistência de controlo interno sobre o pagamento da faturação emitida e, conseqüente, atraso no recebimento dos montantes em dívida.	Média	Alta	Elevado	24. Elaboração de procedimento interno relativamente ao controlo da faturação emitida no ACES.
	Risco de incumprimento de prazos de prestação de informação à sede-ARSA.	Baixa	Média	Fraco	25. Verificação e atualização dos processos do pessoal; controlo interno sobre os prazos determinados para prestação de informação (início de funções, mobilidades, saída por aposentação/rescisão).
	Risco de inserção de registos de assiduidade ou outros que não correspondam à prestação efetiva de trabalho, com vista à obtenção de vantagens económicas.	Média	Alta	Elevado	26. Atribuição de diferentes perfis de acesso ao webtime e inxtime (sistemas informáticos de gestão da assiduidade); conferência da assiduidade e acompanhamento/autorização pelos superiores hierárquicos.

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
					27. Obrigatoriedade de juntar comprovativo do serviço externo realizado, sempre que se aplicar essa possibilidade, para efeitos de pagamento de ajudas de custos e deslocações (Circular Informativa n.º 7/2015).
					28. Integração automática da informação do registo biométrico no RHV.
					29. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA.
	Risco de incumprimento dos horários de trabalho pelos profissionais.	Média	Alta	Elevado	30. Homologação dos horários de trabalho pela DE e introdução destes horários no registo biométrico.
	Risco de processamento de trabalho suplementar e extraordinário indevido.	Média	Alta	Elevado	31. Rotatividade dos profissionais que conferem os dados. 32. Utilização do SIRA.
Gabinete do Cidadão	Risco de dilação no tempo da resposta aos utentes e/ou ausência de prestação de informação adequada aos utentes.	Média	Alta	Elevado	33. Controlo dos prazos de resposta através do SGREC/definição de prioridades face aos tempos decorridos e envolvimento de todos os interlocutores visados nas reclamações/sugestões e elogios.
	Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	Baixa	Alta	Moderado	34. Implementação de procedimentos que visem controlar e assegurar o cumprimento das disposições legais sobre incompatibilidades e impedimentos/aplicação do CPA em casos de escusa e suspeição.
	Risco de não implementação das medidas propostas ou de ineficácia das mesmas.	Média	Alta	Elevado	35. Monitorização e reporte à Direção Executiva do ACES sobre a execução das medidas propostas.
	Risco de deficiente qualidade da informação prestada.	Baixa	Média	Fraco	36. Recolha, tratamento e reporte da informação segundo modelos padronizados. 37. Garantir a execução de relatórios e outros documentos.
Unidades Funcionais (USF, UCSP, UCC, URAP, USP)	Risco de fraude na prescrição médica e, conseqüente, pagamento indevido de comparticipações de medicamentos, MCDT e outros.	Média	Alta	Elevado	38. Análise dos indicadores disponíveis sobre a prescrição médica entre a Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSA e o Conselho Clínico e os Coordenadores das UF ou médicos prescritores, através de reuniões periódicas, com registo em ata/memorando.
	Risco de tentativa de influência na prescrição médica através da atribuição de ofertas.	Média	Alta	Elevado	39. Sensibilizar as UF para o cumprimento do regulamento do DIM.
	Risco de inexistência de registos relativos à atividade assistencial nos vários sistemas de informação.	Média	Alta	Elevado	40. Elaboração e ampla divulgação de procedimentos internos para o atendimento, tendo em vista a uniformização de procedimentos.
	Risco de deficiente atendimento de utentes.	Baixa	Alta	Moderado	41. Análise periódica das reclamações pelo Coordenador da UF.

Áreas	Riscos Identificados	Classificação do Risco			Medidas preventivas/ atividades de controlo
		Probabilidade de ocorrência	Gravidade da consequência	Gradação do Risco	
	Risco de prestação ou omissão de cuidados de saúde negligentes.	Baixa	Alta	Moderado	42. Adoção de boas práticas clínicas que sejam emanadas pelo CCS ou entidades de reconhecido mérito.
	Risco de inexistência dos instrumentos de gestão das UF (p.e. Regulamento Interno).	Média	Média	Moderado	43. Elaboração e aprovação dos Regulamentos Internos de todas as UF.
	Risco de apropriação de valores do Fundo Manéio.	Baixa	Alta	Moderado	44. Guarda de valores em local seguro.
	Risco de atribuição indevida de Transporte de Doentes Não Urgentes.	Média	Alta	Elevado	45. Cumprimento dos normativos legais sobre TDNU.
	Risco de adulteração ou registo indevido de dados para manipulação dos indicadores de produção assistencial.	Baixa	Alta	Moderado	46. Acompanhamento da contratualização anual pelo Conselho Clínico de Saúde. 47. Cruzamento dos dados registados no SINUS e no Sclinico, por amostragem aleatória, por parte do CCS.
	Risco de conflito de interesses.	Baixa	Alta	Moderado	48. Garantir a inexistência de conflitos de interesses na tomada de decisão, mediante a análise cuidada, isenta e objetiva dos elementos disponíveis sobre o pedido de acumulação de funções; cumprimento da Circular Informativa n.º 3/2020. 49. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA.
	Risco de desvio de stocks em proveito individual.	Média	Alta	Elevado	50. Contagem física periódica dos inventários e confrontação com os registos informáticos. 51. Definição de um responsável em cada armazém avançado.
	Risco de incumprimento do dever de assiduidade e pontualidade.	Média	Alta	Elevado	52. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA.
	Risco de desvio de taxas sanitárias e taxas cobradas nas juntas médicas de incapacidade.	Baixa	Alta	Moderado	53. Eliminação total dos recibos manuais com a sua introdução através de sistema informático. 54. Conferência das taxas cobradas na UAG do ACES.
	Risco de favorecimento na atribuição de incapacidade dos utentes.	Média	Alta	Elevado	55. Rotatividade das equipas que realizam as juntas médicas.

PARTE IV – MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO

O Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas é um instrumento de gestão dinâmico, que carece de monitorização no que se refere à sua execução e de atualização, sempre que se justifique. De facto, o presente Plano estará certamente sujeito a adaptações, quer na identificação de novos riscos, quer na implementação de novas medidas preventivas, mais eficazes, conforme resultará da monitorização e da avaliação que se desencadeará ao longo do tempo.

De forma a assegurar uma gestão de riscos eficaz, é fundamental uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e devidamente avaliados e quais as medidas que deverão ser implementadas, sendo obviamente necessário o empenho da gestão de topo, para incentivar e responsabilizar todos os intervenientes da organização.

Neste sentido, tal como já referido no ponto 1.1 (pág. 6), cabe ao serviço de Auditoria e Controlo Interno promover regularmente a monitorização deste Plano e elaborar anualmente, no ano subsequente, um relatório de execução para apresentar ao Conselho Diretivo, que compreenderá:

- Balanço das medidas adotadas e das medidas por adotar;
- Descrição dos riscos eliminados ou cujo impacto foi reduzido e daqueles que se mantêm;
- Riscos identificados ao longo do ano que não foram contemplados no plano inicial.

Todavia, independentemente da periodicidade da monitorização e das revisões, sempre que surjam riscos elevados, deverão os respetivos Dirigentes/Responsáveis de Serviço informar o Conselho Diretivo de tais factos, para que seja promovida uma eficaz e eficiente gestão do risco, vindo a Auditoria e Controlo Interno a assegurar uma revisão e atualização do plano.

Para o efeito, solicitará a Auditoria e Controlo Interno, anualmente, a todos os responsáveis identificados no presente Plano, informação quanto à implementação das medidas preventivas, bem como a identificação de eventuais riscos que possam ter surgido e não estejam aqui previstos, a identificação de medidas preventivas adicionais ou mais eficazes e uma avaliação global da gestão de riscos, através do formulário que consta no anexo C.

No que respeita a suspeitas de **atos de corrupção e infrações conexas praticados por trabalhadores do Estado**, a denúncia deve ser obrigatoriamente reportada ao superior hierárquico, que deverá remeter imediatamente participação à entidade competente para instaurar o respetivo **processo disciplinar**, dando conhecimento ao Ministério Público dos factos passíveis de serem considerados **infração penal**. A infração é passível de dupla responsabilidade – penal e disciplinar.

Do presente Plano e dos Relatórios anuais aprovados, é dado conhecimento a todos os profissionais em exercício de funções, através do portal interno e do sítio institucional da ARSA, I.P..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- *Guidance on Enterprise Risk Management – COSO – Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission.* (2007).
- *Norma de Gestão de Risco – FERMA – Federation of European Risk Management Association.* (2003).
- *Prevenção da Corrupção na Gestão Pública – Mapeamento de Áreas e Fatores de Risco.* (fevereiro 2018).
- *Prevenir a Corrupção – Um Guia Explicativo sobre a Corrupção e Crimes Conexos – Gabinete para as Relações Internacionais Europeias e de Corrupção do Ministério da Justiça.* (janeiro 2007).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre os Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.* (julho 2009).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre Permeabilidade da Lei a riscos de fraude, corrupção e infrações conexas.* (4 de maio 2017).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.* (julho 2015).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública.* (7 de janeiro 2015).
- *Recomendação n.º 5/2012 do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre gestão de conflitos de interesses no sector público.* (7 de novembro 2012).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre gestão de conflitos de interesses no sector público.* (8 de janeiro 2020).
- *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre Prevenção de Riscos de Corrupção na Contratação Pública.* (2 de outubro 2019).
- *Recomendação n.º 2/2020 do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da COVID-19.* (14 de maio 2020).

PARTE V - ANEXOS

- Anexo A:** Declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos e escusa
- Anexo B:** Declaração de inexistência de incompatibilidades (art.º 4º do DL 14/2014, de 22/01)
- Anexo C:** Modelo de Reporte Anual (Comunicação de Implementação de Medidas Preventivas, Identificação de Novos Riscos e/ou de Novas Medidas Preventivas)

ANEXO A: DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO RELATIVA A INCOMPATIBILIDADES, IMPEDIMENTOS E ESCUSA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
Residência _____
Localidade _____ Código Postal _____
BI/N.º Cartão Cidadão _____

2. FUNÇÕES

Funções _____
Departamento/Unidade Orgânica _____

3. DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento das incompatibilidades ou impedimentos previstos na Lei, designadamente:

- Na Constituição da República Portuguesa;
- No Código do Procedimento Administrativo (CPA) (artigos 69º a 76º);
- Na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (artigos 19º a 24º);
- No Estatuto do Pessoal Dirigente dos serviços e organismos da administração central, regional e local do Estado.

E que pedirá dispensa de intervir em procedimentos quando ocorra circunstância pela qual possa razoavelmente suspeitar-se da sua isenção ou da retidão da sua conduta, designadamente nas situações constantes do artigo 69º do CPA.

Mais declaro que, caso se venha a encontrar em situação de incompatibilidade, impedimento ou escusa, dela dará imediato conhecimento ao respetivo superior hierárquico ou ao presidente do órgão ou júri de que faça parte.

4. OBSERVAÇÕES

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

ANEXO B: DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES (ART.º 4.º DO DL N.º 14/2014, DE 22/01)

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADES

(artigo 4.º do Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro)

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se à gestão dos processos relativos ao regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulações, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde. O seu preenchimento é obrigatório. Os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite e solicitar por escrito, junto do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione, a sua atualização e correção. Os dados recolhidos são publicados na página eletrónica do estabelecimento, serviço ou organismo, no qual a comissão, o grupo de trabalho ou o júri funcione, devendo ser atualizados no início de cada ano civil e conservados na página eletrónica da entidade durante o período de funcionamento da comissão, do grupo de trabalho ou do júri.

1. Identificação da pessoa que se encontra abrangida pelo objeto do Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro (artigo 1.º)

Nome _____
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão _____

2. Identificação da situação que se encontra inserida no âmbito do Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro (artigo 2.º)

Identificação da situação _____

Identificação do Estabelecimento, serviço ou organismo onde se verifica a situação _____

Duração da situação (início/fim) _____

3. Observações

4. Declaração

Declaro não estar abrangido pelas incompatibilidades previstas no artigo 3.º do Decreto-lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro.

- Não exerço funções remuneradas, regular ou ocasionalmente, em empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.

Entende-se por exercício de funções em tais empresas a prossecução direta de atribuições conforme o objeto social ou a atividade económica da respetiva entidade. Não se considera exercício de funções em tais empresas a preleção em palestras ou conferências organizadas pelas mesmas, nem a participação em ensaios clínicos ou estudos científicos no âmbito da respetiva atividade.

- Não sou proprietário nem detenho interesses na propriedade de empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.

Entende-se por propriedade e detenção de interesses na propriedade de tais empresas a titularidade de quaisquer participações sociais ou de quaisquer interesses com expressão pecuniária, acessíveis ou resultantes do respetivo objeto social ou atividade económica, de forma direta ou por interposta pessoa.

- Não sou membro de órgão social de sociedade científica, associação ou empresa privada, as quais tenham recebido financiamento de empresa produtora, distribuidora ou vendedora de medicamentos ou dispositivos médicos, em média, por cada ano, num período de tempo considerado até cinco anos anteriores, num valor total superior a 50 000 EUR.

Entende-se como membro de órgão social o que se encontrar em efetividade de funções, com mandato não suspenso. Não se entende em efetividade de funções o membro de órgão social que tenha expressamente renunciado ao cargo e notificado formalmente em conformidade a sociedade ou associação que integra. Não estão abrangidas as situações relativas a associações públicas profissionais.

Entende-se como financiamento toda a captação de recursos que origine fluxo financeiro, de bens ou vantagens com expressão pecuniária, que não seja, formal e expressamente, por via de contratualização ou meio equivalente, dirigida à realização dos fins próprios da sociedade, associação ou empresa, para investigação, ensaios clínicos, estudos científicos, nomeadamente epidemiológicos.

(O aqui declarado não prejudica a aplicação do regime de incompatibilidades, impedimentos e inibições previsto nas disposições reguladoras de conflitos de interesses resultantes do exercício de funções públicas, nomeadamente quanto a garantias de imparcialidade previstas na Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro, e no Código do Procedimento Administrativo, bem como, quando aplicável, não prejudica a declaração de interesses dos profissionais de saúde exigida em situações específicas de apreciação casuística e o cumprimento das obrigações de transparência e publicidade previstas no Estatuto do Medicamento, aprovado pelo DL 176/2006, de 30 de agosto, na versão atual).

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

ANEXO C: MODELO DE REPORTE ANUAL (COMUNICAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS, IDENTIFICAÇÃO DE NOVOS RISCOS E/OU DE NOVAS MEDIDAS PREVENTIVAS)

1. AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS

UNIDADE ORGÂNICA _____

RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DO RISCO _____

DATA DE PREENCHIMENTO _____

MEDIDAS PREVENTIVAS (A)	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO (B)			JUSTIFICAÇÃO (C)	EVIDÊNCIAS (D)
	TOTALMENTE	PARCIALMENTE/EM CURSO	NÃO IMPLEMENTADA		

NOTAS:

(A) DESCRIÇÃO DA MEDIDA PREVENTIVA DE ACORDO COM O DEFINIDO NA MATRIZ DE RISCO DA RESPECTIVA UNIDADE ORGÂNICA.

(B) INDICAR SE A MEDIDA PREVENTIVA ESTÁ IMPLEMENTADA OU NÃO, OU SE ESTÁ EM CURSO.

(C) DESCRIÇÃO SUCINTA DOS MOTIVOS PARA A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS.

(D) JUNTAR EVIDÊNCIAS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS.

2. IDENTIFICAÇÃO DE NOVOS RISCOS E RISCOS MITIGADOS

(Identificar necessidades de revisão da matriz de riscos)

	IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS	DESCRIÇÃO
2.1	RISCOS NOVOS OU RISCOS NÃO CONTEMPLADOS NA MATRIZ DE RISCO CUJA RELEVÂNCIA JUSTIFIQUE A SUA INCLUSÃO NA MATRIZ	
2.2	RISCOS CUJA GRADUAÇÃO DE RISCO NECESSITE DE REVISÃO	
2.3	RISCOS QUE TENHAM SIDO MITIGADOS	

3. IDENTIFICAÇÃO DE NOVAS MEDIDAS PREVENTIVAS

(Identificar medidas preventivas adicionais que não estejam previstas na matriz de risco ou medidas que revelem ser mais eficazes)

4. AVALIAÇÃO GLOBAL DA GESTÃO DE RISCOS

(Descrição global de como decorreu a gestão de riscos no ano em avaliação, nomeadamente quais os resultados alcançados, quais as limitações/condicionantes ocorridas e quais as expetativas para o ano seguinte.)

ASSINATURA _____

Página propositadamente em branco

