



arsalentejo

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Amara-k
O CONSELHO DIRETIVO 2, 06, 2021
O Presidente: José Marques Róbaló
José Marques Róbaló
O Vogal: José António Martinho Lopes
José António Martinho Lopes
A Vogal: Paula Ribetto Marques
Paula Ribetto Marques

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, INCLUINDO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

maio de 2021

Índice

| | |
|---|----|
| RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS | 3 |
| FICHA TÉCNICA | 4 |
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. METODOLOGIA..... | 7 |
| 3. MONITORIZAÇÃO E GRAU DE CONCRETIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO..... | 8 |
| 4. CONCLUSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO POR DEPARTAMENTO/UNIDADE..... | 41 |
| 5. LIMITAÇÕES/CONDICIONANTES..... | 42 |
| 6. RECOMENDAÇÕES..... | 43 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 44 |

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------------------|--|
| ACES AC | Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central |
| ACI | Auditoria e Controlo Interno |
| ACSS | Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. |
| ADSE | Assistência na Doença aos Servidores do Estado |
| ARSA | Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. |
| CCF | Centro de Conferência de Faturação |
| CCP | Código dos Contratos Públicos |
| CD | Conselho Diretivo |
| CPC | Conselho de Prevenção da Corrupção |
| DGAG | Departamento de Gestão e Administração Geral |
| DICAD | Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências |
| DL | Decreto - Lei |
| DR | Diário da República |
| DSPP | Departamento de Saúde Pública e Planeamento |
| ECRCCI | Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados |
| GIE | Gabinete de Instalações e Equipamentos |
| IGAS | Inspeção Geral das Atividades em Saúde |
| IIA | Institute of Internal Auditors |
| LGTF | Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas |
| NATAPIE | Núcleo de Apoio Técnico nas Áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística |
| NATASI | Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação |
| POPH | Programa Operacional de Potencial Humano |
| PPRCIC | Plano de Prevenção de 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 |
| Sars COV-2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 |
| SI | Sistema de Informação |
| SIADAP | Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública |
| SICAD | Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências |
| SIOE | Sistema de Informação da Organização do Estado |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SPMS | Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. |
| TC | Tribunal de Contas |
| TIC | Tecnologias da Informação e Comunicação |
| UGEF | Unidade de Gestão Económico-Financeira |
| UGRH | Unidade de Gestão de Recursos Humanos |
| UIL | Unidade de Intervenção Local |

FICHA TÉCNICA

| | |
|--|---|
| Identificação do responsável pela sua elaboração: | Auditoria e Controlo Interno (ACI) |
| Âmbito: | Elaboração do Relatório de Execução 2019 – 2020, do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, Incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. |
| Ciclo de realização: | fevereiro de 2021 a abril de 2021 |
| Aprovado pelo Conselho Diretivo: | Reunião de Conselho Diretivo de 21 de junho de 2021 |

I. INTRODUÇÃO

Por deliberação de 4 de março de 2009, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade administrativa independente, que funciona junto do Tribunal de Contas, criada pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, recomendou, através da *Recomendação do CPC, de 1 de julho de 2009*, que os órgãos e dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, elaborassem *planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas*.

De acordo com a *Recomendação n.º 1/2009, do CPC, de 1 de julho*, os Planos devem conter, nomeadamente, os seguintes elementos:

- a) Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- b) Identificação das medidas adotadas que previnam a ocorrência dos riscos reconhecidos;
- c) Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
- d) **Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.**

A 13 de abril de 2015, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSA, I.P.), aprovou a 2ª edição do Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas (adiante também referido por PPRCIC), de acordo com o modelo apresentado no Guião disponibilizado pelo CPC em setembro de 2009 e de acordo com a alteração da estrutura orgânica ocorrida em 2012.

Uma vez que a referida Recomendação determina também a elaboração de um relatório sobre a execução do Plano, e seguindo as orientações do Conselho de Prevenção da Corrupção, apresenta-se neste documento o Relatório Anual de Execução do PPRCIC, respeitante aos anos de 2019 e 2020, o qual contempla uma análise da sua implementação, com a avaliação não só das medidas de prevenção propostas, mas também a avaliação do próprio Plano, para se proceder aos ajustamentos necessários e à apresentação de propostas de melhoria, tendo em conta a experiência entretanto adquirida.

Note-se que está em curso uma revisão ao PPRCIC, contudo ainda não foi concluída, o que veio a atrasar a elaboração do presente relatório.

O presente documento encontra-se estruturado nos seguintes capítulos:

Relação de Siglas e Abreviaturas

Ficha Técnica

1 – Introdução

2 – Metodologia

3 – Monitorização e grau de concretização das medidas de prevenção relativas a:

3.1 – Atividades de carácter transversal;

3.2 – Departamento de Contratualização;

3.3 – Departamento de Gestão e Administração Geral;

3.4 – Gabinete de Instalações e Equipamentos;

3.5 – Gabinete Jurídico e do Cidadão;

3.6 – Unidade de Gestão de Recursos Humanos;

3.7 – Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;

3.8 – Núcleo de Apoio Técnico do Planeamento Investimentos e Estatística;

3.9 – Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação;

3.10 – Equipa de Coordenação Regional dos Cuidados Continuados Integrados;

3.11 – Comunicação e Marketing;

3.12 – Auditoria e Controlo Interno.

4 – Conclusão dos Resultados da Avaliação por Departamento/Unidade

5 – Limitações/Condicionantes

6 – Recomendações

7 – Considerações Finais.

Em cumprimento da *Recomendação n.º 1/2010, de 7 de abril do CPC*, deverá o Relatório ser publicitado no site da ARS Alentejo, I.P..

2. METODOLOGIA

A 2ª edição do PPRCIC foi efetuada com a participação dos serviços e respetivos responsáveis em funções à data da sua elaboração, que foram ouvidos quanto aos riscos identificados e medidas de controlo/prevenção propostas, através das matrizes de risco elaboradas e enviadas para os serviços.

A metodologia adotada para a realização do presente Relatório de Execução de 2019 e 2020, decorreu em três fases:

- 1) Divulgação, por correio eletrónico, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, da necessidade de efetuar o Relatório Anual de Execução de 2019 e 2020;

Assim, cada serviço/gabinete deveria referir o grau de implementação das respetivas medidas, através do preenchimento de uma tabela e indicar o motivo, no caso de *não implementação*;
- 2) Os Serviços mencionados no Plano remeteram a respetiva informação, via correio eletrónico, ou através de reuniões de trabalho para explicação dos requisitos de preenchimento das tabelas;
- 3) Compilação e organização de toda a informação disponibilizada e elaboração do relatório de execução, utilizando ainda uma metodologia de avaliação da implementação das medidas preventivas/controlos estabelecidos no PPRCIC, detalhada no ponto 4 – Avaliação Final.

3. MONITORIZAÇÃO E GRAU DE CONCRETIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Neste ponto do Relatório são apresentadas as tabelas de monitorização do PPRCIC, com a indicação dos riscos mais relevantes, as medidas a adotar e os resultados, entretanto alcançados, durante os anos de 2019 e 2020:

3.1. ATIVIDADES DE CARÁCTER TRANSVERSAL

Para além das normas legais aplicáveis, as relações que se estabelecem entre os membros dos órgãos, os funcionários e demais colaboradores do Instituto Público, bem como no seu contacto com as populações, assentam, nomeadamente, num conjunto de princípios, cujo conteúdo encontra-se vertido no **Código de Conduta Ética** da ARSA, IP aprovado pelo Conselho Diretivo a 21 de maio de 2015, nomeadamente:

- Prossecução do interesse público;
- Competência e responsabilidade;
- Profissionalismo e eficiência;
- Isenção e imparcialidade;
- Justiça e igualdade;
- Transparência;
- Respeito e boa-fé;
- Colaboração e participação;
- Lealdade e integridade;
- Qualidade e boas práticas;
- Verdade e humanismo.

| Atividades | Riscos | Medidas Preventivas/Controlos existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|--|--|-----------------------|--|
| Exercício ético e profissional das funções | Risco de ausência de integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade. Risco de aceitação indevida de ofertas | Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções; Declaração de compromisso relativa a | Totalmente | Aprovação e divulgação do Código de Conduta Ética da ARSA a 21/05/2015 |

| | | | | |
|---|---|--|------------|--|
| | Risco de acesso a informação privilegiada e usufruto da mesma em proveito próprio | incompatibilidades, impedimentos e escusa | | |
| Atendimento/Relacionamento com o exterior | Risco de prestação de informação inadequada/mau atendimento | Definição de níveis de responsabilidade; Acompanhamento pelas chefias e reporte aos mesmos das matérias questionadas. Cumprimento do Manual de Comunicação Escrita da ARSA, IP | Totalmente | Utilização integral do sistema de gestão documental na ARSA, com definição de níveis de responsabilidade e controle de acessos |
| | Risco de utilização de informação privilegiada e confidencial e tipificação/organização da informação a prestar aos clientes relativamente ao tratamento/encaminhamento dos processos | | | |

No que respeita à monitorização do Código de Conduta Ética, foram instaurados 3 processos disciplinares e 4 processos de inquérito nos anos de 2019 e 2020, tendo resultado a aplicação de sanções disciplinares a 2 trabalhadores, por violações diversas (retenção indevida de taxas moderadoras e faltas injustificadas).

3.2. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|------------------|---|---|---|-----------------------|-------------|
| CONTRATUALIZAÇÃO | Contratualizar, com as unidades prestadoras de cuidados de saúde da Região, objetivos e metas de natureza produtiva, económico-financeiras e/ou de desempenho | Risco de favorecimento das unidades prestadoras de cuidados; violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade | 3.2.1. Aplicação das metodologias de Contratualização da ACSS e racionais de metas inerentes | Totalmente | |
| | Acompanhar, monitorizar e avaliar o desempenho das atividades desenvolvidas pelas unidades prestadoras de cuidados da Região | Risco de deficiente articulação interinstitucional | 3.2.2. Aplicação da metodologia de Contratualização da ACSS, nomeadamente na parte da avaliação. Existência de relatórios de acompanhamento periódicos. | Totalmente | |
| | Apoiar o processo de implementação das novas realidades organizacionais | Risco de interpretação incorreta dos dados | 3.2.3. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente | |
| | Inovar e desenvolver conhecimento associado ao processo de contratualização | | 3.2.4. Análise/estudo dos modelos organizacionais e adequação dos mesmos às necessidades regionais | Parcialmente | |
| | Analisar a informação que consta nas bases de dados, produzindo relatórios de análise crítica das mesmas | | 3.2.5. Cruzamento de dados obtidos a partir dos vários sistemas de informação | Totalmente | |
| CONVENÇÕES | 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 SNS | 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. | 3.2.6. A informação tratada no âmbito da instrução dos processos ou pedido de esclarecimentos é formalizada por escrito | Totalmente | |
| | Proceder ao acompanhamento e gestão corrente dos acordos, protocolos e convenções com o Serviço Nacional de Saúde | Risco de deficiente qualidade da informação prestada. Risco de acesso a informação privilegiada | 3.2.7. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet | Totalmente | |
| | Emitir pareceres técnicos e dar resposta a questões colocadas pelas instituições de saúde | Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses. | 3.2.8. Apreciação/revisão do parecer técnico pelo superior hierárquico; declaração de inexistência de conflitos de interesses | Totalmente | |

| | | | | | |
|--------------|--|---|--|--------------|-------------------------------|
| URGA - SIGIC | | Risco de tomada de decisões desadequadas às realidades da região | 3.2.9. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente | |
| | Monitorizar, acompanhar e controlar a produção cirúrgica, a evolução de inscritos para cirurgia e os tempos de espera das unidades hospitalares | Risco de deficiente integração dos sistemas de informação; risco de incumprimento do Regulamento do SIGIC | 3.2.10. Cruzamento de dados obtidos a partir dos vários sistemas de informação | Totalmente | |
| | Propor ao Conselho Diretivo a celebração e o alargamento de convenções com entidades privadas e participar nas negociações | Risco de favorecimento de determinadas entidades do setor privado. Risco de conflito de interesses. Risco de violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade. | 3.2.11. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição. Declaração de inexistência de conflito de interesses | Parcialmente | |
| | Monitorizar e controlar os processos de transferência entre instituições e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos | Risco de manipulação de informação para efeitos estatísticos nos Hospitais de Origem | 3.2.12. Cumprimento da Portaria n.º 254/2018, de 07/09 (Regulamento das tabelas de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC) | Totalmente | |
| | Autorizar a emissão de vales cirúrgia para a realização de procedimentos cirúrgicos propostos pelo HD, e proceder à sua reemissão nas devidas situações | Risco de falta de mediação entre HO e HD por desconhecimento do conflito por parte da URGA | 3.2.13. Acompanhamento e monitorização das situações pendentes pela URGA | Totalmente | |
| | Intervir em situações de conflitos entre HO e HD | Risco de não deteção das não conformidades não sinalizadas automaticamente pelo sistema de informação | 3.2.14. Verificação dos episódios faturados, com recurso à check - list e de acordo com o Manual de Procedimentos | Totalmente | |
| | Acompanhar os contratos com as entidades convencionadas e proceder à validação da fatura emitida pelas entidades convencionadas | Risco de não cumprimento do clausulado da Convenção (Despacho n.º 24110/2004, publicado no DR 2ª Série n.º 275, de 23/11/2004) | 3.2.15. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente | |
| | Analisar e decidir sobre não conformidades das UHGIC registadas no SIGLIC e aplicação da respetiva penalização, bem como registar as não conformidades detetadas e não geradas diretamente pelo SIGLIC | | 3.2.16. Cumprimento do Regulamento do SIGIC (Portaria n.º 147/2017, de 27/04 regulamentada pela Portaria 207/2017, de 11/06); verificação dos episódios faturados | Totalmente | |
| | 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 | Risco de favorecimento de determinadas entidades EPE. Risco de violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade. | 3.2.17. A instrução de pareceres é precedida de verificação do mapa de pessoal na Plataforma BI RH (cuja fonte é o RHV da Instituição), e submissão a decisão superior, com recolha de assinatura do Presidente do CD. Enquadramento normativo nos Despachos n.º 12083/2011, de 15/09; Decreto-Lei 84/2019, de 28/06 (DLEO 2019) | Totalmente | |
| | Dar apoio administrativo à ERA | Risco de resposta inadequada às solicitações da ERA. | 3.2.18. Afetação de pessoal com perfil adequado à função. | | Atividade não exercida no DC. |

3.3. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL

| Área | Principais Atividades | Riscos mais relevantes | Medidas Preventivas/Controlos Existentes | Grau de Implementação | Observações |
|-------------------|---|--|--|-----------------------|-------------|
| 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 | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas; risco de registo de valores no SIGO e SIDC não conformes com os valores autorizados. | 3.3.1. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador | Totalmente | |

| | | | |
|---|---|---|------------|
| efetuar o seu registo no SIGO e no SIDC | Risco de sub - orçamentação por deficiente previsão das necessidades orçamentais e/ou por determinação superior, em virtude de contenção orçamental | 3.3.2. 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 | Totalmente |
| | Risco de prestação de informação e/ou registo informático fora dos prazos determinados | 3.3.3. Elaboração de cronograma de prazos de resposta a cumprir, visível a todos os colaboradores | Totalmente |
| | Risco de deficiente integração ou não integração de informação entre diferentes ficheiros e aplicações informáticas | 3.3.4. Aperfeiçoamento contínuo dos interfaces necessários à integração dos ficheiros informáticos | Totalmente |
| Proceder à recolha, conferência e análise da informação registada no SIDC 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 | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas | 3.3.5. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador | Totalmente |
| | Risco de deficiente integração ou não integração de informação entre diferentes ficheiros e aplicações informáticas | 3.3.6. Aperfeiçoamento contínuo dos interfaces necessários à integração dos ficheiros informáticos | Totalmente |
| Recolha e preparação da informação existente no SIDC e preenchimento do formulário eletrónico "Identificação dos Principais Credores do Estado e Caracterização das Dívidas Respetivas" a remeter anualmente ao Tribunal de Contas | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas | 3.3.7. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador, mediante cruzamento de informação | Totalmente |
| Apuramento dos fundos disponíveis e registo nas aplicações informáticas, nos termos da Lei n.º 8/2012 | Risco de deficiente qualidade da informação financeira gerada pela aplicação informática | 3.3.8. Divulgação de orientações da tutela e da DGO sobre a aplicação da LCPA e determinação dos fundos disponíveis | Totalmente |
| | | 3.3.9. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador, mediante cruzamento de informação | Totalmente |
| | Risco de deficiente controlo dos compromissos assumidos e das dotações orçamentais disponíveis | 3.3.10. Bloqueio do sistema informático quando se pretende emitir a nota de encomenda sem o n.º de cabimento e o n.º do compromisso | Totalmente |
| Compilação da informação necessária e preenchimento dos anexos 4,5,8 e 10 da Circular nº 1351 Série A da DGO de 14 de Maio de 2009 (plataforma online) | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas | 3.3.11. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador | Totalmente |
| Preparar a informação e elaborar resposta às diversas solicitações dos órgãos de gestão da ARSA, ACSS, DGO, DGS, Tribunal de Contas e Ministério da Saúde | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas | 3.3.12. Informação conferida por colaborador diferente de quem preparou a resposta | Totalmente |

| | | | | |
|--|---|--|--|--------------|
| Contabilidade | Apuramento no SIDC dos saldos devedores e dos montantes totais faturados por fornecedores com vista ao preenchimento do modelo de apuramento do prazo médio de pagamento conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2008 de 22 de fevereiro | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas, por limitações da aplicação informática; risco de existência de faturas por processar ou incorretamente contabilizadas. | 3.3.13. Circularização da informação; confirmação dos saldos devedores pelo ROC | Totalmente |
| | Classificação de documentos e respetivos registos contabilísticos | Risco de classificação inadequada da despesa | | |
| | | Risco de afetação da qualidade da prestação de contas e da informação contabilística | 3.3.14. Conferência, em nível hierárquico superior, dos montantes e da classificação contabilística e dos documentos e registos efetuados no SIDC, em conformidade com as normas contabilísticas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira. | Totalmente |
| | | Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira. | | |
| | | Risco de registo de faturas de bens e serviços não efetuados ou efetuados por valores inferiores ao reais | | |
| | | Risco de registo duplicado de faturas | 3.3.15. Bloqueio do sistema informático quando se pretende processar igual número de fatura 3.3.16. Anotação na fatura do seu processamento, com colocação de carimbo | Totalmente |
| | Risco de manipulação dos ficheiros de integração de documentos para processamento contabilístico | 3.3.17. 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 | Não implementado | |
| | Contabilização de vencimentos, descontos e retenções, bem como preparação dos documentos necessários ao pagamento das execuções fiscais e penhoras | Risco de afetação da qualidade da prestação de contas e da informação contabilística | | |
| | | Risco de manipulação dos ficheiros de integração de documentos para processamento contabilístico | 3.3.18. Acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente, procedendo à análise e revisão permanente da execução dos procedimentos legais e dos estabelecidos no SCI | Parcialmente |
| | | Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira. | | |
| Assegurar o registo e processamento das despesas e receitas mensais suportadas por autofinanciamento e financiamento externo (PIDDAC/FEDER) nas aplicações SIDC/SIGO | Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas | 3.3.19. Acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente | Totalmente | |
| Conferência de contas correntes e de mapas contabilísticos para fecho mensal da contabilidade e elaboração da conta de gerência | Risco de não deteção de erros/falhas e de consequente produção de deficiente qualidade da informação contabilística e da prestação de contas | 3.3.20. Conferência por colaborador diferente de quem processou e rotatividade nos elementos que efetuam a conferência. | Totalmente | |
| Reconciliação contabilística das contas de terceiros e fornecedores | Risco de não deteção de erros/falhas e de consequente produção de deficiente qualidade da informação contabilística e da prestação de contas | 3.3.21. Conferência por colaborador diferente de quem processou e rotatividade nos elementos que efetuam a conferência. | Totalmente | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Preparação dos ficheiros da contabilidade a entregar à tesouraria para pagamento por transferência bancária | Risco de desvio de fundos: não correspondência com o NIB da instituição/fornecedor correto e/ou transferência/pagamento de montante diferente do autorizado | 3.3.22. Segregação de funções e definição clara dos diferentes níveis de responsabilidade no âmbito dos pagamentos e cobranças 3.3.23. Controlos de segurança do homebanking (é obrigatório inserir o NIF do fornecedor/entidade; para NIB's inexistentes, o sistema bloqueia a transferência) | Totalmente |
| | Risco de pagamento sem entrega do bem ou prestação de serviço | 3.3.24. Indicação na fatura de que o bem/serviço foi devidamente recebido/prestado, nos termos da adjudicação, pelo serviço que rececionou o bem/serviço | Totalmente |
| | Risco de pagamento de despesas sem verificação da existência de certidão da situação tributária e contributiva do beneficiário do pagamento | 3.3.25. Consulta obrigatória da situação tributária de cada fornecedor e junção da respetiva certidão a cada documento de despesa emitido | Totalmente |
| | Risco de realização de pagamentos sem a competente autorização | 3.3.26. Limites de responsabilidade bem definidos de todos os intervenientes no processo de autorizações de pagamento | Totalmente |
| | Risco de realização de despesas acima dos limites legalmente permitidos | 3.3.27. Aprovação/autorização da realização e pagamento de despesas da responsabilidade exclusiva do Conselho Diretivo | Totalmente |
| | Risco de realização de despesas para fins diversos do objeto da entidade | 3.3.28. Bloqueio dos sistemas informáticos quando não é inserido o n.º de cabimento e o n.º de compromisso relativo à despesa | Totalmente |
| | Risco de realização de despesas não cabimentadas e/ou em incumprimento da LCPA | 3.3.29. Ordenação dos pagamentos em conformidade com os prazos de pagamento previamente estabelecidos | Totalmente |
| | Reconciliações bancárias | Risco de ordenação arbitrária dos pagamentos a efetuar | 3.3.30. Realização atempada das reconciliações bancárias |
| Risco de não deteção de erros/falhas nos pagamentos efetuados | | 3.3.31. Rotatividade nos elementos que realizam as reconciliações bancárias, assegurando uma adequada segregação de funções | Totalmente |
| Conferência de folhas de caixa | Risco da conferência das folhas de caixa não ser efetuada com a periodicidade e/ou com o rigor adequado | 3.3.32. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| Recolha mensal das retenções de IRS para efeitos de preenchimento do modelo 10 | Risco de não se encontrarem todas as retenções de IRS devidamente contabilizadas e entregues às finanças | 3.3.33. Conferência dos valores contabilizados em confronto com os valores pagos às finanças por colaborador independente | Totalmente |
| | Risco de deficiente preenchimento do modelo 10 | 3.3.34. Revisão e aprovação do modelo 10 preenchido, pelo superior hierárquico competente | Não Implementado |
| Atualização de dados relativos a entidades externas nas diversas aplicações utilizadas na contabilidade | Risco de atualizações não serem efetuadas com a periodicidade e/ou com o rigor adequado | 3.3.35. Revisão periódica dos dados relativos a entidades externas por colaboradores diferentes | Totalmente |
| | Risco de inserção de dados incorretos relativos às entidades externas | | |

| | | | | |
|--|--|---|---|----------------------|
| | Risco de favorecimento de fornecedores; violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade | 3.3.36. Rotatividade nos elementos que realizam as conferências de faturas | Não implementado | |
| | Risco de falta de acuidade ou não deteção de erros/falhas/não conformidades com cláusulas contratuais e/ou legislação | 3.3.37. Informatização de alguns controlos do processo de conferência | Parcialmente | |
| Conferência de faturação de rastreios e faturas inerentes aos diversos programas de saúde | Risco de alteração do subsistema de saúde, por lapso ou por ação intencional, no momento da prescrição, por permissão de acesso ao prescriptor no sistema informático e consequente imputação incorreta de despesas aos subsistemas de saúde e SNS | 3.3.38. Solicitar o bloqueio da aplicação informática à SPMS, EPE; | Não Implementado | |
| | | 3.3.39. Conferência cruzada de dados com o RNU | Totalmente | |
| | Risco de pagamento indevido de participações de medicamentos, mcdt e outros por existência de fraude na prescrição médica | 3.3.40. Conferência assegurada pelo Centro de Conferência de Faturas do SNS | Totalmente | |
| | | 3.3.41. Emissão de relatórios com indicadores relativos às prescrições de medicamentos e mcdt, efetuadas por médico prescriptor dos CS e entidades hospitalares | Totalmente | |
| Registo da informação estatística e financeira na aplicação desenvolvida para monitorização dos programas de saúde | Risco de prestação de informação incorreta e/ou incompleta | 3.3.42. Conferência por colaborador diferente de quem processou e rotatividade nos elementos que efetuam a conferência. | Não Implementado | |
| Tesouraria | Contabilização de pagamentos no módulo Tesouraria do SIDC | Risco de registo de informação incorreta e/ou contabilização em entidade diferente da que foi feito o pagamento | 3.3.43. Conferência dos registos efetuados por colaborador diferente | Totalmente |
| | | Risco de inexistência de contabilização no SIDC ou contabilização não atempada | | |
| | Cobrança de valores pagos por terceiros | Risco de cobranças não depositadas/desvios de fundos do cofre | 3.3.44. Definição de procedimentos e normas sobre a utilização do Fundo de Maneio | Totalmente |
| | | Risco de preenchimento incorreto dos cheques | 3.3.45. Conferência dos cheques emitidos por colaborador independente | |
| | Emissão de cheques | Risco de extravio de cheques | 3.3.46. Utilização preferencial de transferência bancária | Atividade sem efeito |
| | | Risco de emissão de cheques para pagamento de despesas falsas | 3.3.47. A movimentação dos cheques está condicionada à assinatura obrigatória de 2 elementos do Conselho Diretivo | |
| | Elaboração de folhas de caixa | Risco de prestação de informação incorreta e/ou incompleta | 3.3.48. Revisão e aprovação da folha de caixa por superior hierárquico competente | Totalmente |
| | | Risco de omissão de pagamentos/recebimentos efetuados | 3.3.49. Análise diária dos pagamentos/recebimentos efetuados com o sistema informático | |
| | Introdução no homebanking dos ficheiros emitidos pela contabilidade e respetiva conferência para realização de transferências bancárias | Risco de omissão/lapso de introdução de ficheiros no homebanking e/ou deficiente integração dos ficheiros entre as aplicações informáticas | 3.3.50. Verificação da informação constante do ficheiro por colaborador independente | Totalmente |
| | | Risco de desvio de fundos: não correspondência com o NIB da instituição/fornecedor correto e/ou | 3.3.51. Validação obrigatória dos pagamentos pelo Conselho Diretivo ou por quem este delegar | |

| | | | | |
|--|---|--|---|----------------------|
| Património | | transferência/pagamento de montante diferente do autorizado | 3.3.52. Pedido obrigatório a todas as entidades / fornecedores de documento comprovativo do NIB emitido por instituição bancária | Totalmente |
| | | Risco de preenchimento incorreto e/ou incompleto dos dados do imobilizado | 3.3.53. Automatização parcial da função | Parcialmente |
| | | Risco de deficiente integração de informação entre diferentes ficheiros e aplicações informáticas | | |
| | Efetuar o registo dos bens adquiridos na aplicação informática de imobilizado, preenchimento de fichas de imobilizado e manter atualizado o inventário dos bens imóveis | 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 | 3.3.54. Criação de circuito de comunicação ao DGAG de factos com relevância patrimonial e para efeitos de atualização do inventário | Não Implementado |
| | | Risco de desatualização do inventário, por inexistência de informação de retorno do ACES e restantes serviços centrais ao DGAG | | |
| | | Risco de não inventariação de bens doados à ARSA, podendo configurar em eventual apropriação ou utilização indevida/ risco de conflito de interesses | | |
| | Preenchimento do plano de ocupação, reabilitação e conservação dos imóveis, avaliação do valor patrimonial | Risco de deficiente qualidade da informação prestada a entidades externas | 3.3.55. Revisão e aprovação da informação gerada, por superior hierárquico competente | Não Implementado |
| | Manter atualizado o dossier de cada imóvel com toda a documentação representativa do histórico do imóvel | Risco de desatualização da informação | 3.3.56. Revisão periódica da informação que consta nos dossiers de cada imóvel | Não Implementado |
| | | Risco de perda/extravio de documentação por ação humana ou por causas naturais | 3.3.57. Criação de <i>backups</i> da informação (em formato digital) | Não Implementado |
| | Preparar pareceres e protocolos necessários à regularização dos processos relativos aos bens imóveis | Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade Risco de favorecimento de instituições/entidades e tráfico de influências; violação dos princípios de equidade | 3.3.58. Revisão e emissão de parecer favorável por parte do Gabinete Jurídico | Atividade sem efeito |
| Proceder ao registo dos bens imóveis da ARSA, na plataforma SIIE (Sistema de Informação dos Imóveis do Estado). | Risco de deficiente qualidade da informação prestada a entidades externas | 3.3.59. Revisão e aprovação da informação inserida, por superior hierárquico competente | Totalmente | |
| Preparação do processo inerente ao abate e transferência de bens móveis e respetivo registo na aplicação informática | Risco de realização de abates de bens sem controlo, monitorização e autorização pelo Conselho Diretivo, podendo resultar na utilização indevida de bens abatidos. | 3.3.60. Criação de circuito de comunicação ao DGAG de eventuais necessidades de abates de bens | Totalmente | |
| | | 3.3.61. 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 | Totalmente | |
| Envio ao ACES dos n.º de inventário a afixar nos bens adquiridos e instalados nos CS | Risco de extravio das etiquetas a afixar ou colocação de etiquetas em equipamentos inadequados | 3.3.62. Verificação por amostragem aleatória da existência de etiquetas nos bens móveis | Parcialmente | |

| | | | | |
|-------------------------|---|--|---|------------------|
| | | Risco de ausência de etiquetagem de bens, facilitando o uso indevido ou a apropriação de bens | | |
| | Cálculo das amortizações para efeito de registos na contabilidade | Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira (por exemplo: o CIBE). | 3.3.63. Cálculos gerados por sistema informático | Totalmente |
| | Intervenção genérica na gestão de instalações, equipamentos, património, parque automóvel e economato | Risco de avaliação desajustada das necessidades de intervenção, podendo gerar encargos desnecessários ou riscos de segurança e higiene para os colaboradores e utentes | 3.3.64. Emissão de parecer técnico especializado pelo Gabinete de Instalações e Equipamentos | Não Implementado |
| Relações internacionais | Proceder ao tratamento estatístico de dados relativos a cuidados de saúde e assistência medicamentosa, prestados nos estabelecimentos de saúde do SNS, a cidadãos estrangeiros residentes em Portugal | Risco de deficiente qualidade da informação gerada | | |
| | Emitir a faturação internacional, referente a cuidados de saúde prestados ao abrigo dos instrumentos comunitários, reembolsáveis pelo Estado Devedor, na modalidade de despesas efetivas | Risco de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos comunitários. Risco de ausência de faturação ou ausência de controlo na faturação emitida, impossibilitando o reembolso das despesas devidas pelos Estados devedores | | |
| | Elaborar a listagem dos créditos, referente à faturação emitida e respetivo pedido de reembolso à ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) | Risco de deficiente qualidade da informação prestada à ACSS, com repercussões ao nível dos reembolsos | | |
| | Conferir e organizar os processos de deslocação ao estrangeiro, provenientes de estabelecimentos hospitalares públicos e solicitar à Direcção-Geral da Saúde o respetivo parecer | Risco de deficiente qualidade da informação prestada à DGS | 3.3.65. Procedimentos em conformidade com o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros e demais orientações da ACSS e DGS | Totalmente |
| | Proceder à emissão do formulário de direito à assistência médica no estrangeiro | Risco de preenchimento incorreto e/ou incompleto do formulário | | |
| | Instruir os processos de reembolso das despesas com cuidados de saúde, prestados a beneficiários do SNS no estrangeiro | Risco de deficiente qualidade da informação emitida, com repercussões ao nível dos reembolsos | | |
| | Dar cumprimento aos processos de reembolso instruídos por entidades estrangeiras, ao abrigo da legislação comunitária | Risco de ausência de controlo, monitorização e competente autorização na efetivação dos reembolsos a entidades estrangeiras | | |
| | Conferir e organizar processos de pedidos de Subsídio de Baixa Médica, formulados por segurados estrangeiros com residência em território nacional | Risco de deficiente qualidade de informação a prestar; risco de ausência de controlo e monitorização dos pedidos efetuados | | |

| | | | | |
|------------------|---|---|--|-------------------------|
| Arquivo | <p>Proceder à emissão de formulários comunitários (E115, E116, E118) às instituições estrangeiras competentes, para concessão do Subsídio de Doença</p> <p>Atualizar a base de dados de migrantes e do ficheiro das Instituições estrangeiras de Seguro de Doença</p> | <p>Risco de preenchimento incorreto e/ou incompleto dos formulários, com repercussões ao nível da atribuição do subsídio de doença</p> <p>Risco de desatualização da informação; risco de preenchimento incorreto e/ou incompleto</p> | <p>3.3.66. Definição de periodicidade para a atualização da base de dados</p> | <p>Totalmente</p> |
| | <p>Arquivo de toda a documentação contabilística da ARSA e ACES</p> | <p>Risco de incumprimento das normas arquivísticas, nomeadamente Portarias n.º 247/2000, de 08/05, 1327/2005, de 28/12 e 835/91, de 16/08</p> | <p>3.3.67. Formação profissional concedida aos profissionais</p> | <p>Não Implementado</p> |
| | | <p>Risco de extravio dos documentos ou sua inutilização/deterioração, por ação humana ou causas naturais</p> | <p>3.3.68. Garantir as condições físicas e logísticas necessárias para assegurar a adequada segurança do arquivo da documentação</p> | <p>Totalmente</p> |
| Aprovisionamento | <p>Desenvolver procedimentos concursais de aquisição de bens de consumo, equipamentos e serviços no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nos termos da legislação vigente de contratação pública</p> | <p>Risco de deficiente avaliação das necessidades e da planificação da contratação pública</p> <p>Risco de incumprimento da legislação em matéria de contratação pública e/ou ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na tramitação das fases dos procedimentos concursais</p> <p>Risco de supressão dos procedimentos necessários, inerentes às fases de realização da despesa</p> <p>Risco de fracionamento da despesa</p> | <p>3.3.69. Análise crítica das necessidades informadas com periodicidade definida pelos Departamentos/Serviços e ACES</p> <p>3.3.70. 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</p> | <p>Totalmente</p> |
| | <p>Elaborar cadernos de encargos para os vários procedimentos de aquisição do âmbito da saúde</p> | <p>Risco de deficiente qualidade dos cadernos de encargos face às especificações técnicas, podendo resultar em contratação de fornecedor não habilitado e/ou bem/serviço desajustado às necessidades</p> | <p>3.3.71. Análise crítica ou emissão de parecer técnico especializado sobre as especificações técnicas a incluir no caderno de encargos</p> | <p>Não implementado</p> |
| | | <p>Risco de definição de cláusulas jurídicas e técnicas nos cadernos de encargos para benefício de terceiros</p> | <p>3.3.72. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico</p> | <p>Não implementado</p> |
| | | <p>Risco de prorrogação de contratos de forma automática sem a respetiva necessidade</p> | <p>3.3.73. Acompanhamento dos prazos contratuais em vigor e respetivos termos e análise crítica, mediante emissão de parecer técnico, da necessidade de prorrogação dos mesmos</p> | <p>Totalmente</p> |
| | <p>Risco de não inclusão de cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato com eficácia jurídica</p> | <p>3.3.74. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico</p> | <p>Não implementado</p> | |
| | <p>Risco de existência de erros e omissões 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</p> | <p>3.3.75. Verificação da conformidade legal dos processos pelo Gabinete Jurídico</p> | <p>Não implementado</p> | |
| | <p>Participar, enquanto membro de júri, em procedimentos concursais desenvolvidos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde</p> | <p>Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os concorrentes e os elementos do júri dos procedimentos concursais</p> | <p>3.3.76. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades definido no DL 14/2014, de 22/01</p> | <p>Totalmente</p> |

| | | | |
|--|--|---|------------------|
| | | 3.3.77. Explicação de forma clara dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa | Totalmente |
| | 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 | 3.3.78. 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 | Totalmente |
| Apoiar os júris dos concursos nas diversas fases dos procedimentos concursais efetuados no âmbito da saúde | Risco de conflito de interesses | 3.3.79. Declaração de incompatibilidades; adequada segregação de funções | Totalmente |
| Utilizar o aplicativo de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) ao nível dos processos de aquisição/contratação e apoiar o armazém central da ARSA e os armazéns dos Centros de Saúde | Risco de deficiente qualidade da informação inserida no sistema informático | 3.3.80. Verificação da informação inserida no aplicativo por colaborador independente | Totalmente |
| Utilizar a plataforma eletrónica de contratação pública para efeitos de publicitação dos procedimentos concursais desenvolvidos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde | Risco de deficiente qualidade da informação publicitada na plataforma eletrónica | 3.3.81. Verificação da informação inserida na plataforma por colaborador independente | Totalmente |
| Elaborar memorandos e relatórios de acompanhamento de avaliação dos processos ao nível da aquisição, distribuição e logística | Risco de ausência de rigor e objetividade na informação prestada | 3.3.82. Apoio técnico concedido pelos serviços competentes | Não Implementado |
| | | 3.3.83. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Não Implementado |
| Elaboração dos procedimentos a adotar na implementação das medidas de redução remuneratória, parecer genérico e obtenção de parecer vinculativo para celebração de contratos de prestação e aquisição de serviços. | Risco de incumprimento ou aplicação incorreta da legislação e/ou dos procedimentos de controlo interno em matéria de despesa pública (Portaria n.º 53/2014, de 03/03 e demais legislação) | 3.3.84. Circular Normativa n.º 01/2011, de 01/09/2011 | Não Implementado |
| Elaboração dos procedimentos a adotar para cumprir as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas, prevista na lei n.º 8/2012 de 21 fevereiro | Risco de incumprimento ou aplicação incorreta da legislação e/ou dos procedimentos de controlo interno em matéria de despesa pública (Lei n.º 8/2012, de 21/02 e demais legislação) | 3.3.85. Bloqueio dos sistemas informáticos quando não é inserido o n.º de cabimento e o n.º de compromisso relativo à despesa | Totalmente |
| Registo obrigatório e mensal para efeitos de carregamento nas aplicações da DGO/SIGO dos compromissos assumidos | Risco de deficiente qualidade da informação prestada a entidades externas Risco de ausência de registo da informação ou de incumprimento dos prazos determinados para registo da mesma | 3.3.86. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| Elaboração de quadros de suporte ao reporte estatístico anual e preenchimento do formulário no Sistema de Recolha e Validação de Informação na plataforma da ANCP | Risco de deficiente qualidade de informação reportada | 3.3.87. Verificação da informação reportada por colaborador independente | Parcialmente |

| | | | | |
|--|---|--|--|--------------|
| | Acompanhar e monitorizar a calendarização dos processos em curso | Risco de acompanhamento deficiente do cumprimento dos prazos dos processos em curso, protelando no tempo a resolução das necessidades | 3.3.88. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | Proceder à verificação e validação de documentos de cariz administrativo e financeiro | Risco de falta de acuidade ou validação de informação incorreta e/ou incompleta, em desrespeito pelas normas de controlo interno | 3.3.89. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | Registo na Base GOV e Plataforma ANCP do resultado da adjudicação e de todos os procedimentos | Risco de deficiente qualidade de informação inserida nas plataformas | 3.3.90. Verificação da informação reportada por colaborador independente | Parcialmente |
| | Assegurar a gestão da frota automóvel afeta à ARSA e seus ACES | Risco de utilização indevida de viaturas, configurando eventual crime de peculato | 3.3.91. Plataforma para registo, gestão e atribuição de viaturas aos colaboradores; Regulamento de utilização de veículos | Totalmente |
| Risco de falta de rigor e isenção no planeamento prévio da atribuição de viaturas aos colaboradores | | | | |
| Risco de desaproveitamento dos recursos existentes, mediante organização de escalas pouco eficientes, potenciando aumento de custos de deslocação de pessoal e transporte de mercadorias | | | | |
| Armazém | Gestão e suporte informático, no Serviço de Armazém e, nomeadamente, no apoio e esclarecimentos sobre a aplicação de gestão de stocks GHAF nos módulos de bens de consumo, inventário, investimento a todos os utilizadores, incluindo ACES e Unidades de Saúde | Risco de falta de orientações estratégicas e de enquadramento organizacional | 3.3.92. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | | Risco de prática ou omissão intencional de atos, em violação das regras e políticas de segurança aplicáveis aos sistemas de informação | | |
| | Parametrização e adequação às necessidades específicas de ferramentas de gestão existentes, nomeadamente na aplicação de gestão de stocks, definindo os pontos de encomenda aprovados | Risco de falta de orientações estratégicas e de definição inadequada de parâmetros | 3.3.93. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | | Risco de excesso ou rutura de stocks | 3.3.94. Realização de testes de conformidade por colaborador independente | Parcialmente |
| | Participação e elaboração de relatórios e mapas de gestão, de modo a proceder à análise, teste e implementação de ferramentas de gestão, nomeadamente sobre o serviço de aprovisionamento/armazém central da ARSA | Risco de deficiente qualidade de informação prestada/gerada | 3.3.95. Definição dos pontos de encomenda de forma criteriosa | Totalmente |
| | | | 3.3.96. Relatórios emitidos automaticamente pelo GHAF, com supervisão direta do superior hierárquico competente | Totalmente |
| | Avaliação e participação na escolha de utilitários, na escolha de ferramentas de gestão, assim como nas políticas de segurança em sistemas informáticos, relacionados com a aplicação informática de stocks existente na ARSA | Risco de favorecimento de empresas/instituições e tráfico de influências; violação dos princípios de equidade; risco de conflito de interesses | 3.3.97. Explicitação de forma clara dos critérios de escolha e de indicadores de avaliação das propostas no convite/programa | Totalmente |

| | | | | |
|--|--|--|--|------------|
| Resposta e expediente | Elaboração e desenvolvimento de procedimentos que complementem as aplicações de gestão, bem como elaboração de manuais para interpretação dos procedimentos necessários a executar no âmbito da aplicação informática de gestão de stocks | Risco de falta de orientações estratégicas e de deficiente qualidade de informação constante nos Manuais de Procedimentos | 3.3.98. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | Configuração e manutenção dos perfis dos utilizadores, nomeadamente acessos e permissões no âmbito da aplicação informática de stocks | Risco de prática ou omissão intencional de atos, em violação das regras e políticas de segurança aplicáveis à atribuição de acessos à rede informática, com o fim de obtenção de vantagens indevidas | 3.3.99. Acompanhamento e supervisão direta pelo superior hierárquico competente | Totalmente |
| | Proceder à carga, descarga, conferência e acondicionamento de medicamentos, produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, 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 | Risco de quebras, sinistros e perdas de valores ativos | 3.3.100. Cumprimento das boas práticas em matéria de segurança e acondicionamento dos bens armazenados | Totalmente |
| | | Risco de perda de qualidade dos produtos incorretamente armazenados | | |
| | Desenvolver as ações relativas ao fornecimento dos pedidos mensais dos Centros de Saúde afetos à ARSA, de acordo com as encomendas solicitadas | Risco de aprovação de guia de remessa sem a conferência dos bens entregues | 3.3.101.O processamento das faturas está pendente da apresentação da nota de encomenda e guia de remessa, com indicação da conferência efetuada pelo funcionário | Totalmente |
| | | Risco de apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores dada a natureza das suas funções | 3.3.102. Adequada segregação de funções; registo informático das entradas e saídas de armazém por colaboradores diferentes de quem manuseia e prepara os pedidos efetuados | Totalmente |
| | | Risco de entrega não atempada ou em falta dos bens solicitados pelos Centros de Saúde | 3.3.103. Registo atempado no sistema informático e no prazo estipulado pelo Armazém Central das movimentações de stocks nas UF; emissão de requisição atempada | Totalmente |
| | Colaborar no processo de inventário anual dos artigos em stock | Risco de contagem incorreta e/ou incompleta dos artigos em stock, por lapso ou intenção | 3.3.104. 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 | Totalmente |
| | | Risco de elevado custo de manutenção do inventário permanente | 3.3.105. Criação de condições logísticas adequadas e eficientes (de organização, transporte e sistemas de leitura óptica dos bens); existência de segurança física no local | Totalmente |
| | Receção do correio externo e registo de entradas e saídas de correspondência, através do sistema de gestão documental | Risco de extravio de correio ou não registo da correspondência entrada/saída | 3.3.106. Criação de backups dos registos no sistema de gestão documental | Totalmente |
| Distribuição pelos vários Departamentos e Serviços através do sistema de gestão documental | Risco de extravio de documentação ou de distribuição por Departamentos/Serviços inadequados, com divulgação de informação confidencial | 3.3.107. Controlos de segurança do sistema de gestão documental (recuperação da distribuição) | Parcialmente | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--------------|----------------------|
| | Arquivo da documentação | Risco de extravio dos documentos ou sua inutilização/deterioração, por ação humana ou causas naturais | 3.3.108. Arquivo da documentação segundo as normas arquivísticas; criação de backups informáticos | Parcialmente | |
| | Atendimento telefónico e presencial | Risco de prestação de informação inadequada e/ou incompleta | 3.3.109. Criação de circuitos de informação e de apoio técnico | | Atividade sem efeito |
| | Assegurar o serviço de mensageiro | Risco de deficiente qualidade de transmissão/prestação de informação | | | |
| | Proceder ao transporte, distribuição e entrega de documentos, materiais e equipamentos, intra serviços ou com destino a entidades externas à ARSA | Risco de extravio dos documentos/materiais ou sua inutilização/deterioração, por ação humana ou causas naturais | 3.3.110. Adequação das condições de transporte ao volume e materiais transportados | Totalmente | |
| | Desenvolver tarefas de reprografia e impressão | Risco de elevados custos com trabalhos de reprografia e impressão | 3.3.111. Eliminação da utilização de papel sempre que possível (preferência pela digitalização da documentação) | | Atividade sem efeito |
| Risco de extravio dos documentos ou sua inutilização/deterioração | | | | | |
| Risco de utilização indevida da documentação confiada, em benefício próprio | | | | | |
| Desempenhar as ações e tarefas inerentes ao processo de envelopagem e franquia da correspondência da ARSA | Risco de extravio da informação | 3.3.112. Confirmação da correspondência envelopada com os registos de saída | Totalmente | | |
| | Risco de lapso na franquia da correspondência ou por ato intencional | 3.3.113. Registo das franquias realizadas | Totalmente | | |
| Proceder à entrega do expediente diário nos CTT | Risco de extravio de informação | 3.3.114. Adequação das condições de transporte/entrega ao volume transportado | Totalmente | | |
| Colaborar no processo de recolha e transporte dos resíduos dos serviços da ARSA | Risco de natureza clínica e de saúde pública | 3.3.115. Cumprimento das regras de segurança de manuseamento e transporte de resíduos | Totalmente | | |
| | Risco de violação de legislação nacional e comunitária | 3.3.116. Orientações concedidas pelo Grupo Coordenador Regional de Resíduos Hospitalares da ARS Alentejo, IP | Totalmente | | |
| Proceder ao registo e atribuição de transportes solicitados pelos serviços centrais da ARSA através da plataforma informática de requisição de viaturas | Risco de deficiente qualidade da informação registada | 3.3.117. Acompanhamento direto pelo colaborador e autorização obrigatoriamente concedida pelo Conselho Diretivo ou superior hierárquico | Totalmente | | |
| | Risco de atribuição de transporte não devidamente autorizado | | | | |
| Manter organizado o arquivo e demais documentação referente ao parque de veículos da ARSA | Risco de extravio dos documentos ou sua inutilização/deterioração por ação humana ou causas naturais | 3.3.118. Criação de backups da informação (em formato digital) | Não Implementado | | |
| 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 | Risco de perda de valores ativos ou perda de qualidade dos bens transportados | 3.3.119. Adequação das condições de transporte consoante o tipo de material transportado | Totalmente | | |
| | Risco de acidente de viação e consequentes danos pessoais/corporais e materiais | 3.3.120. Celebração de contratos de seguros de responsabilidade civil em caso de acidente de viação | Totalmente | | |
| | Risco de incumprimento das escalas de trabalho | 3.3.121. Planeamento atempado das escalas de trabalho | Totalmente | | |
| | Risco de utilização indevida de viaturas, configurando eventual crime de peculato | 3.3.122. Preenchimento do boletim diário do veículo | Totalmente | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--------------|
| | Garantir a manutenção e funcionamento dos equipamentos de sinalização luminosa e sonora, bem como limpeza exterior e interior do veículo que lhe está adstrito. | Risco de avaliação desajustada das necessidades de reparação, provocando despesas em excesso ou, no sentido inverso, avarias não corrigidas/ risco de conflito de interesses | 3.3.123. Solicitação de diferentes opiniões técnicas | Parcialmente |
| | | Risco de reparação dada como aceite, sem corresponder aos padrões de qualidade exigíveis no respeitante a peças e serviços. | 3.3.124. Verificação da reparação efetuada, sempre que possível | Totalmente |
| | Preencher o boletim diário do veículo a ser entregue no serviço até ao primeiro dia útil do mês seguinte – relatório de utilização do veículo com dados relativos à quilometragem, horários de saída e chegada e das eventuais ocorrências verificadas no decurso da sua atividade | Risco de deficiente qualidade da informação reportada ou prestação intencional de informação incorreta e/ou incompleta | 3.3.125. Compilação e verificação da informação reportada por colaborador independente | Totalmente |
| Farmácia | Assegurar a responsabilidade técnica nos processos de aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos, da sua qualidade e correta conservação | Risco de conflito de interesses nos processos de aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos | 3.3.126. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades definido no DL 14/2014, de 22/01 | Totalmente |
| | | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico na escolha dos medicamentos e produtos farmacêuticos | 3.3.127. Análise crítica ou emissão de parecer técnico efetuada por técnicos de saúde especializados | Totalmente |
| | Desenvolver sistemas eficazes e seguros de distribuição e administração de medicamentos | Risco de natureza clínica e de saúde pública | | |
| | Proceder à elaboração e definição das previsões de consumo de artigos de farmácia, produtos farmacêuticos, estupefacientes, psicotrópicos, benzodiazepinas | Risco de subestimação ou sobre-estimação de consumos, com implicações de natureza clínica e expressão financeira | 3.3.128. Previsões efetuadas com base em consumos históricos e com base em previsões da atividade assistencial | Totalmente |
| | Proceder à elaboração e desenvolvimento dos processos para requisição de AUEs (importação de medicamentos) | Risco de deficiente qualidade de informação prestada/gerada | 3.3.129. Verificação e autorização dos processos pelo INFARMED | Totalmente |
| | Integrar comissões clínicas e técnico-científicas que visam a disciplina e racionalização de terapêutica medicamentosa, a melhoria assistencial e a salvaguarda da saúde pública | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico | 3.3.130. Integração de pessoal qualificado nas comissões clínicas e técnico-científicas | Totalmente |
| | Assegurar a gestão de resíduos do Sector de Farmácia | Risco de saúde pública | 3.3.131. 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, IP | Totalmente |
| | | Risco de incumprimento de legislação nacional e comunitária | | |
| Proceder ao estudo estatístico do consumo de medicamentos | Risco de deficiente qualidade de informação prestada/gerada | 3.3.132. Verificação por colaborador independente da informação prestada | Totalmente | |

| | | | | |
|---|--|--|------------|----------------------|
| Colaborar em ações de investigação clínica com medicamentos | | | | |
| Colaborar em programas de ensino de formação contínua e de valorização profissional a nível farmacêutico e de outros técnicos de saúde | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico | 3.3.133. Afetação de pessoal qualificado na área | Totalmente | |
| Prestar apoio técnico aos profissionais de saúde, serviços ou departamentos | | | | |
| Participar em júris de concursos e de avaliação | Risco de favorecimento de empresas/laboratórios farmacêuticos e tráfico de influências; violação dos princípios de equidade; risco de conflito de interesses e de existência de situações de conluio entre os concorrentes e os elementos do júri dos procedimentos concursais | 3.3.134. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades definido no DL 14/2014, de 22/01 | Totalmente | |
| | | 3.3.135. Explicitação de forma clara dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa | Totalmente | |
| | | 3.3.136. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes | Totalmente | |
| Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico e respetiva distribuição às Unidades Funcionais | Risco de rutura ou excesso de stocks | | | |
| | Risco de natureza clínica e de saúde pública | 3.3.137. Definição dos pontos de encomenda de forma criteriosa e aprovação dos mesmos pelo Conselho Clínico do ACES | Totalmente | |
| Desenvolver atividades de farmácia clínica, relacionadas com a terapêutica medicamentosa, a elaboração do perfil farmacoterapêutico do doente, os estudos de farmacocinética e monitorização de medicamentos, as ações de farmacovigilância e, ainda, estudos sobre formulação, qualidade e estabilidade dos medicamentos | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico | 3.3.138. Afetação de pessoal qualificado na área | | Atividade sem efeito |
| Dar cumprimento às exigências legais sobre medicamentos, estupefacientes e psicotrópicos | Risco de incumprimento da legislação nacional e/ou comunitária | 3.3.139. Divulgação por todos os Departamentos/Serviços da legislação publicada, bem como das circulares do INFARMED | Totalmente | |
| | Risco de desrespeito pelos procedimentos de segurança no manuseamento, conservação e transporte dos medicamentos, estupefacientes e psicotrópicos e, conseqüente, risco de natureza clínica e de saúde pública | 3.3.140. Adoção de boas práticas em relação a procedimentos de segurança; cumprimento dos regulamentos de manuseamento e controlo da metadona | Totalmente | |
| | Risco de desvio/apropriação de medicamentos, estupefacientes e psicotrópicos | 3.3.141. 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 | Totalmente | |
| Assegurar todas as urgências medicamentosas | Risco de rutura de stocks, em virtude de eventuais picos de urgência não estimados | 3.3.142. Criação de um stock de segurança para situações de urgência | Totalmente | |
| Proceder à receção, conferência, aviamento, dispensa, controlo, | Risco de quebras, sinistros e perdas de valores ativos | 3.3.143. Implementação de boas práticas no armazenamento e manuseamento dos | Totalmente | |

| | | | | |
|---|--|--|------------|--|
| registo e assegurar a correta distribuição dos medicamentos, produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas | Risco de perda de qualidade dos produtos incorretamente armazenados | medicamentos, produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas | | |
| | Risco de aprovação de guia de remessa sem a conferência dos bens entregues | 3.3.144. O pagamento da fatura fica pendente da verificação por parte do colaborador do armazém dos bens entregues, que deve mencionar por escrito a conferência dos mesmos | Totalmente | |
| | Risco de apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores dada a natureza das suas funções | 3.3.145. Adequada segregação de funções; registo informático das entradas e saídas de armazém por colaboradores diferentes de quem manuseia e prepara os pedidos efetuados | Totalmente | |
| Controlar os prazos de validade constantes dos artigos afectos ao Sector de Farmácia | Risco de perda de valores ativos, com a existência de produtos fora da validade | 3.3.146. Organização dos bens armazenáveis por data de validade | Totalmente | |
| Proceder à verificação, controlo e registo da cadeia de frio | Risco de perda de valores ativos ou perda de qualidade dos produtos com necessidade de refrigeração | 3.3.147. Verificação periódica do funcionamento da cadeia de frio; alarme de avaria | Totalmente | |
| Elaborar mensalmente a relação de artigos abaixo do stock de segurança ou em rutura no setor da Farmácia | Risco de natureza clínica e de saúde pública, em caso de rutura de stock | 3.3.148. Revisão da listagem por colaborador independente | Totalmente | |
| | Risco da listagem não representar a integralidade dos artigos abaixo do stock ou em rutura | | | |
| Controlar as devoluções dos produtos devolvidos a fornecedores | Risco de falta de acuidade no controlo das devoluções, com prejuízo para a ARSA | 3.3.149. Adequação da periodicidade de controlo consoante o volume de devoluções em trânsito | Totalmente | |
| Participar na realização de inventários e contagens pontuais de artigos | Risco de contagem incorreta e/ou incompleta dos artigos em stock, por lapso ou intenção | 3.3.150. 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 | Totalmente | |
| | Risco de elevado custo de manutenção do inventário permanente | 3.3.151. Criação de condições logísticas adequadas e eficientes (de organização, transporte e sistemas de leitura ótica dos bens); existência de alarme de incêndio ou segurança física no local | Totalmente | |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.3.45., 3.3.46., 3.3.47., 3.3.58., 3.3.109., 3.3.111., 3.3.138., por serem atividades não exercidas pelo DGAG.

3.4. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|---|---|--|---|-----------------------|--------------------------------------|
| Planeamento/ levantamento de necessidades | Elaborar, analisar e coordenar os projetos de arquitetura, e especialidades sinalética e equipamentos | Risco de falta de rigor técnico ou científico ou inexistência de recursos humanos qualificados | 3.4.1. Afetação de pessoal qualificado na área e/ou subcontratação de serviços altamente qualificados | Não implementado | Não houve reforço de pessoal técnico |
| | Elaborar relatórios, pareceres técnicos e revisão de projetos externos | Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses. | 3.4.2. Emissão de parecer técnico devidamente fundamentado | Totalmente | |

| | | | |
|--|---|--|------------|
| Participar na escolha e vistoria de terrenos e de edifícios para futuras construções e instalações de saúde Criar, projetar e analisar redes técnicas de eletricidade, telecomunicações, dados, segurança, de comando e gestão técnica | Risco de existência de conflitos de interesses | 3.4.3. Apreciação/revisão do parecer técnico pelo superior hierárquico e outro colaborador da mesma área técnica, sempre que possível; declaração de inexistência de conflitos de interesses | Totalmente |
| | Risco de deficiente avaliação/não detecção de falhas de segurança e/ou de funcionamento | | |
| | Risco de sub - orçamentação e/ou de realização de despesas imprevistas, dada a resolução de eventuais erros técnicos de conceção /instalação | | |
| Preparar tecnicamente a contratação de projetos, empreitadas e equipamentos, incluindo programas de procedimento e cadernos de encargos, segundo o CCP Analisar as propostas de concurso de empreitadas e de aquisições de bens e serviços Organização e preparação das candidaturas a co -financiamento comunitário e para envio ao TC, para efeitos de fiscalização prévia | Risco de deficiente estimativa de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos | 3.4.4. Revisão das estimativas de custo e especificações técnicas pela equipa multidisciplinar e respetivo Coordenador | Totalmente |
| | Risco de definição de cláusulas jurídicas e técnicas nos cadernos de encargos para benefício de terceiros | 3.4.5. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS | Totalmente |
| | 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 | 3.4.6. Definição de cláusulas claras, objetivas, integras e não discriminatórias ou demasiado exigentes/restritivas que afastem potenciais concorrentes | Totalmente |
| | Risco de ausência, deliberada ou não, de rigor e objetividade na análise efetuada, podendo incorrer em avaliações desajustadas das propostas; risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização das propostas na fase de avaliação | 3.4.7. Escolha do procedimento nos termos do Código da Contratação Pública | Totalmente |
| | Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os concorrentes e os elementos do júri dos procedimentos concursais | 3.4.8. No caso da adoção do ajuste direto com base em critérios materiais, estes devem ser rigorosamente justificados, baseando-se em dados objetivos e devidamente documentados | Totalmente |
| | | 3.4.9. Explicitação de forma clara, objetiva e quantificável dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa | Totalmente |
| | | 3.4.10. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes e partilha dos mesmos a todos os interessados | Totalmente |
| | | 3.4.11. Disponibilização atempada de toda a informação de natureza administrativa, em conformidade com a Lei do Acesso aos Documentos Administrativos | Totalmente |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|------------------|--|
| Celebração e execução contratual | | | 3.4.12. Designação de elementos diferentes para os júris de concurso, ou seja, os profissionais que propõem e avaliam a empreitada, não integram o júri, nem interferem na decisão de adjudicação | Não implementado | Falta de recursos humanos em número suficiente |
| | | | 3.4.13. Declaração de inexistência de incompatibilidades, apresentada pelos profissionais, em como não possuem interesses ou quaisquer relações com as empresas adjudicatárias | Totalmente | |
| | | | 3.4.14. A publicitação do concurso deve obedecer ao imposto por lei e deve assegurar as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis | Totalmente | |
| | | | 3.4.15. Revisão dos processos organizados por colaboradores independentes | Totalmente | |
| | Proceder à redação das cláusulas contratuais de empreitadas | 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 | 3.4.16. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS; revisão das cláusulas contratuais, face ao estabelecido nas peças do respetivo procedimento concursal. | Totalmente | |
| | Proceder à coordenação, fiscalização e verificação técnica e financeira das empreitadas e outras intervenções físicas | Risco de ineficácia das cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato | 3.4.17. Acompanhamento e supervisão direta pela equipa multidisciplinar e/ou pelo Coordenador, atendendo aos prazos de execução da obra estabelecidos | Totalmente | |
| | Analisar e rever os projetos nas diversas fases de elaboração nas áreas técnicas, legais e financeiras | 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 | 3.4.18. Exigência de comprovação da estrita necessidade de realização dos trabalhos de natureza imprevista para conclusão da obra | Totalmente | |
| | Proceder à elaboração dos autos sobre as faturas, após verificação e validação pelos técnicos | Risco de insuficiente ou incorreta fundamentação dos "trabalhos a mais" | 3.4.19. Exigência de garantias bancárias nos termos da lei | Totalmente | |
| | | Risco de incapacidade financeira/insolvência das empresas adjudicadas | 3.4.20. Apreciação/revisão do relatório pelo superior hierárquico e outro colaborador da mesma área técnica, sempre que possível; declaração de inexistência de conflitos de interesses | Totalmente | |
| | | Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses. | 3.4.21. Afetação de pessoal qualificado e rotatividade dos elementos nas diferentes áreas de atuação, sempre que possível | Não implementado | Falta de recursos humanos em número suficiente |
| | Risco de não conferência dos elementos entregues face à nota de encomenda e guia de remessa | 3.4.22. O processamento das faturas está pendente da apresentação da nota de encomenda e guia de remessa, com indicação da conferência efetuada pelo funcionário | Totalmente | | |
| | Risco de inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra | 3.4.23. O pagamento da fatura está pendente da elaboração do auto de medição dos trabalhos e de vistoria da obra | Totalmente | | |

| | | | | | |
|--------|---|--|---|------------------|--|
| Outras | Integrar equipas multidisciplinares em peritagens e auditorias Organizar e executar o arquivo de documentação Elaborar e manter atualizadas as fichas de cadastro de todos os empreendimentos, a nível dos equipamentos afetos às construções | Risco de conflito de interesses Risco de extravio dos documentos ou sua inutilização/deterioração, por ação humana ou causas naturais | 3.4.24. Revisão periódica das fichas contabilísticas | Totalmente | |
| | | | 3.4.25. Criação de um sistema de alertas, com o apoio das ferramentas informáticas disponíveis | Não implementado | Falta de recursos humanos e tecnológicos |
| | | | 3.4.26. Garantir as condições físicas e logísticas necessárias para assegurar a adequada segurança do arquivo da documentação | Totalmente | |
| | | | 3.4.27. Afetação de pessoal qualificado, consoante área a auditar | Totalmente | |
| | | | 3.4.28. Declaração de inexistência de incompatibilidades, apresentada pelos profissionais que integram as ações de peritagem e auditorias | Totalmente | |
| | | | 3.4.29. Definição de periodicidade para a atualização das fichas de cadastro dos empreendimentos | Totalmente | |

3.5. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO

| Atividades | Riscos | Medidas Preventivas/Controlos existentes | Grau de implementação | Observações |
|---|---|--|------------------------------|-------------|
| Prestar apoio jurídico aos órgãos de gestão dos serviços do Serviço Nacional de Saúde | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico; risco de perda de qualidade dos estudos/pareceres e informações concedidas, em virtude de investigação insuficiente ou inexistência/inacessibilidade a informação completa e íntegra; risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses. | 3.5.1 Rotatividade de tarefas; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição | Totalmente | |
| Elaborar estudos, pareceres e informações de natureza jurídica nomeadamente nas diferentes áreas funcionais dos serviços do Serviço Nacional de Saúde | | | | |
| 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 | Risco de não divulgação de toda a informação relevante | 3.5.2 Criação de uma base de dados de apoio à organização e pesquisa da informação relevante | Parcialmente | |
| Instruir e colaborar na instrução de processos administrativos, incluindo de reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSA, IP | Risco de deferimento tácito dado o incumprimento de prazos legais Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade. Risco de conflito de interesses. | 3.5.3 Controlo dos prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos 3.5.4 Rotatividade de tarefas; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição | Totalmente Totalmente | |
| Participar na análise e preparar projetos de diplomas legais relacionados com a atividade da ARSA, bem como colaborar na elaboração | Risco de não acautelar a conveniência e o interesse público do ponto de vista da gestão | 3.5.5 Articulação com diferentes serviços/criação de grupos de trabalho | Totalmente | |

| | | | | |
|---|--|---|------------|--|
| de minutas de contratos, protocolos, regulamentos e outras normas internas relacionadas com a atividade dos serviços do Serviço Nacional de Saúde | Risco de emissão de normas internas pouco claras, imprecisas e/ou incompletas, geradoras de aplicação de procedimentos não uniformes nos vários serviços da ARSA | multidisciplinares que promovam a discussão das matérias em várias vertentes | | |
| Patrocinar o instituto público nos processos de contencioso administrativo | | | | |
| Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares | Risco de prescrição ou caducidade do processo | 3.5.6 Controlo da distribuição dos processos que atenda ao nível de especialização dos colaboradores; controlo de prazos e definição de prioridades na apreciação dos processos | Totalmente | |
| Assegurar o apoio à instrução dos processos de contraordenação nos termos previstos na lei | | | | |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.5.7. a 3.5.15, por serem atividades que deixaram de ser exercidas pelo GJC.

3.6. UNIDADE DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|--|--|---|-----------------------|-------------|
| Planeamento e gestão de recursos humanos | Preparação e organização de procedimentos concursais, incluindo os procedimentos relacionados com o internato médico | Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade e risco de favorecimento de trabalhadores | 3.6.1. Cumprimento da Legislação relativa aos procedimentos concursais (Portaria n.º 83-A/2009 de 22/01, republicada na Portaria n.º 145A/2011 de 6 de abril, Portaria n.º 48/2014 de 26 de fevereiro e legislação específica das carreiras especiais); definição clara, objetiva e atempada dos critérios de seleção; rotatividade dos membros do júri sempre que possível | Totalmente | |
| | Elaboração do Balanço Social, orçamento anual e conta de gerência; | Risco de favorecimento de candidatos e tráfico de influências/ conflito de interesses; violação dos princípios de equidade | 3.6.2. Acompanhamento/Verificação de eventuais erros nas provas de conhecimento por parte de uma terceira pessoa da UGRH/RH | Totalmente | |
| | Carregamento do SIOE; | Risco de prestação de informação incorreta e/ou incompleta; risco de não divulgação de toda a informação relevante | 3.6.3. Levantamento de necessidades de recursos humanos semestral; Restrição orçamental imposta pela Lei do Orçamento | Parcialmente | |
| | Gestão do mapa de pessoal; | Risco de ineficácia do ato administrativo, se o ato não for enviado para publicação em Diário da República | 3.6.4. Cumprimento da legislação relativa à contratação de pessoal aposentado (DL n.º 89/2010 21 de julho, alterado pelo DL n.º 53/2015 15 de abril, Despacho n.º 9532-A/2013 de 19 de julho, art. 4º da Lei n.º 35/2014 de 20 de junho) | Totalmente | |
| | Desenvolvimento de processos de mobilidade de trabalhadores; | Risco de não ser solicitada autorização para acumulação de funções por parte dos funcionários e de prestação de falsas declarações/risco de conflito de interesses | 3.6.5. Verificação de todos os atos produzidos e do respetivo envio para publicação em DR por outro colaborador da UGRH | Totalmente | |
| | Emissão de parecer sobre processos de acumulação de funções, lsv, ... | Risco de redução do número de vagas de internos por incumprimento dos prazos | 3.6.6. Verificação diária de todas as publicações em DR | | |

| | | | |
|--|---|--|--------------|
| Assegurar a execução do SIADAP; | Risco de definição de objetivos pouco claros e imensuráveis e/ou com incorreções por parte dos avaliadores | 3.6.7. Controlos automáticos efetuados pelo RHV; Conferências manuais; instruções concedidas pela ACSS | Totalmente |
| | Risco de não cumprimento dos prazos impostos por lei ou de não aplicação do SIADAP a todos os trabalhadores | 3.6.8. Cumprimento da LGTF (Lei n.º 35/2014 de 20 de junho); Divulgação das Circulares Informativas n.º 11/2013 de 25/09 e n.º 3/2014 de 03/09 e respetivos formulários para preenchimento, por todos os Serviços e Unidades de Saúde | Parcialmente |
| Registo e conferência de assiduidade; | Risco de desatualização de informação | 3.6.9. Pedido anual de entrega de declaração de rendimentos anual e declarações de renúncia, dirigido aos médicos em dedicação exclusiva, nos termos da lei e pedido anual a todos os profissionais de informação sobre acumulação de funções | Parcialmente |
| | Risco de perda/extravio de informação, por ação humana ou por causas naturais | 3.6.10. Internato Médico: verificação da informação por instituições envolvidas, CRIMA e assessorias CD | Totalmente |
| Processamento e conferência de vencimentos e abonos. | Risco de inserção de dados incorretos e/ou incompletos quer no RHV quer nos processos individuais | 3.6.11. Cumprimento da legislação relativa ao internato médico (DL 203/2004, de 18/08 e sucessivas alterações; Regulamento do Internato Médico - Portaria n.º 251/2011 de 24 de junho; DL 176/2009, de 04/08 e DL 177/2009, de 04/08; Portaria n.º 207/2011, de 24/05) | Totalmente |
| | Risco de favorecimento no processamento da assiduidade | 3.6.12. Desenvolvimento dos procedimentos de seleção simplificados em 90 dias seguidos | |
| | Risco de prestação de informação incorreta no caso dos registos manuais (assiduidade, trabalho extraordinário) | 3.6.13. Cumprimento da legislação relativa ao SIADAP (Lei n.º 66-B/2007, de 28/12 e respetivas alterações); Constituição do Conselho Coordenador da Avaliação e da Comissão Paritária | Parcialmente |
| | Risco de realização de pagamentos indevidos e favorecimento no processamento das remunerações, abonos e comparticipações de despesas/ risco de conflito de interesses | 3.6.14. Definição de diretrizes e orientações por parte do Conselho Coordenador da Avaliação; Formação periódica dos avaliadores; Manual de Controlo Interno | Parcialmente |
| | | 3.6.15. Verificação da documentação constante no processo individual, quer pelos profissionais, quer pelos respetivos trabalhadores | Parcialmente |
| | | 3.6.16. Verificação da informação inserida no RHV e nos processos individuais e no sistema de gestão documental | Parcialmente |
| | 3.6.17. Verificação dos recibos para comparticipação da ADSE enviados pelos profissionais | Totalmente | |
| | 3.6.18. Implementação do registo biométrico da assiduidade e registos manuais de assiduidade | Totalmente | |

| | | | | | |
|----------|---|--|---|--------------|--|
| Formação | Desenvolver trabalhos de estudo e planeamento em matéria de formação profissional, incluindo levantamento de necessidades de formação | Risco de favorecimento de grupos profissionais/Departamentos/Unidades; violação do princípio da equidade. | 3.6.19. Verificação do registo de assiduidade pelo superior hierárquico respetivo | Totalmente | |
| | Elaborar as candidaturas, no âmbito da formação na área da saúde, para co - financiamento comunitário (POPH) | Risco de prestação de informação incorreta e/ou incompleta; análise inadequada da informação; risco de prestação de informação fora de prazo | 3.6.20. Dias de férias calculados pelo Inuxtime (registo biométrico) e interligação com o RHV. Conferências manuais | Totalmente | |
| | Desenvolver os procedimentos relativos a cada ação de formação, incluindo preparação de salas e material didático e informático | Risco de baixa execução do conteúdo programático da formação | 3.6.21. Verificação/discussão dos estudos por todos os Diretores de Departamento/Responsáveis | Parcialmente | |
| | Analisar pedidos de reembolsos e de saldos no âmbito dos programas financiados | | 3.6.22. Verificação da informação por um outro colaborador da UGRH-Formação e entidade externa | Totalmente | |
| | Elaborar planos e relatórios de atividade da formação | | 3.6.23. Controlo rigoroso da pontualidade e assiduidade dos formandos; avaliação do processo formativo | Totalmente | |
| | Divulgação da oferta formativa | | 3.6.24. Preparação do material necessário com a antecedência adequada; agendamento das formações de acordo com a disponibilidade dos formadores e das salas de formação | Totalmente | |
| | | | 3.6.25. Verificação com periodicidade definida da informação divulgada e da base de dados por parte da UGRH-Formação | | |
| | | | 3.6.26. Verificação dos planos e relatórios de atividade por todos os elementos da área e pelo responsável | Totalmente | |
| | | 3.6.27. Definição de prazos máximos para conclusão dos planos e relatórios | Totalmente | | |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.6.6., 3.6.12. e 3.6.25., por serem atividades que deixaram de ser exercidas pela UGRH.

3.7. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

| Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|--|--|-----------------------|-------------------------------|
| 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 | Risco de ineficácia dos programas de intervenção local, não obstante os recursos despendidos; risco de desvio de metadona pelos utentes para outros fins | 3.7.1 Monitorização e reporte com periodicidade definida da execução dos programas de intervenção local | Totalmente | |
| 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 | Risco de inexistência de um plano devidamente estruturado para a promoção das políticas mais adequadas à população alvo e para a avaliação dos seus resultados | 3.7.2 Envolvimento de profissionais de diferentes áreas e saberes na definição da estratégia e das políticas | Totalmente | |
| Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a avaliação dos programas de prevenção, de tratamento, de | Risco de inexistência de uma metodologia de avaliação adequada e alinhada com os objetivos pretendidos | 3.7.3 Criação de uma matriz de avaliação, com indicadores ajustados e adequados a cada programa | Parcialmente | Escassez de recursos humanos. |

| Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|---|---|---|-----------------------|--|
| redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social | Risco de redução de qualidade das avaliações efetuadas, em virtude de inexistência/inacessibilidade a informação completa e íntegra | 3.7.4 Revisão e análise da informação gerada pelo superior hierárquico respetivo | Parcialmente | Informação fornecida pelo SIM (validada localmente). |
| Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local | Risco de deficiente articulação e de insuficiente apoio técnico concedido | 3.7.5 Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente | |
| 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 | Risco de redução de qualidade dos dados recolhidos, em virtude de inexistência/inacessibilidade a informação completa e íntegra; risco de deficiente qualidade da informação prestada | 3.7.6 Uniformização dos critérios/metodologia de recolha de dados 3.7.7 Revisão e análise da informação gerada pelo superior hierárquico respetivo | Parcialmente | Está a ser uniformizado. |
| 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 | Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade | 3.7.8 Rotatividade de tarefas e adequada segregação de funções; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflitos de interesses | Totalmente | |
| 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 | Risco de perda de qualidade dos estudos/diagnósticos efetuados, em virtude de investigação insuficiente ou inexistência/inacessibilidade a informação completa e íntegra | 3.7.9 Revisão e análise da informação gerada pelo superior hierárquico respetivo | Totalmente | |
| 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 | Risco de inexistência de um plano coordenado de avaliação e supervisão das UIL's que proporcione um planeamento e uma gestão mais adequada e próxima a cada UIL | 3.7.10 Existência de instrumentos consolidados de apoio à recolha e tratamento de dados económico-financeiros e uniformização dos critérios de avaliação | Parcialmente | Tarefa a cargo dos responsáveis pelas áreas de missão (Tratamento e Prevenção) e em função dos recursos humanos disponíveis. |
| 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 | Risco de ineficácia das linhas de atuação definidas tendo em vista a promoção da proatividade das instituições da comunidade na realização de diversas ações de prevenção, tratamento e outras | 3.7.11 Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional, no entanto, acautelando situações de violação dos deveres de isenção e imparcialidade/conflito de interesses | Totalmente | |
| Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, elaborar relatórios e analisar as respetivas conclusões | Risco de redução de qualidade das avaliações/diagnósticos efetuados, em virtude de inexistência/inacessibilidade a informação completa e íntegra; risco de deficiente qualidade da informação prestada | 3.7.12 Existência de instrumentos consolidados de apoio à recolha e tratamento de dados e uniformização dos critérios de avaliação 3.7.13 Revisão e análise da informação gerada pelo superior hierárquico respetivo | Totalmente | |
| 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 | Risco de conflito de interesses/risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade Risco de inexistência de um plano coordenado de vistoria dos requisitos exigidos às unidades de prestação de cuidados | 3.7.14 Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição 3.7.15 Criação de uma equipa multidisciplinar composta por profissionais da GIE, do DSPP e do DICAD e apresentação de um plano anual de atuação ao CD | Totalmente | |
| | | | Não Implementado | |

| Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|--|--|-----------------------|-------------|
| Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para o desenvolvimento de programas e projetos | Risco de deficiente articulação interinstitucional | 3.7.16 Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente | |
| Procedimentos gerais relativos à atividade contabilística e de aprovisionamento, incluindo a especificidade dos Programas de Intervenção Local, bem como a interface com as Unidades Convencionadas e a gestão financeira das Unidades de Intervenção Local* | Risco de deficiente ou inexistente conferência da faturação apresentada pelas unidades convencionadas, por omissão de dados suficientes e integros ou por violação dos deveres de isenção e imparcialidade | 3.7.17 Rotatividade de funções e adequada segregação de funções; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em caso de escusa ou suspeição | Totalmente | |
| | Risco de furto de metadona e outros medicamentos/material consumo clínico utilizados no tratamento das toxicodependências | 3.7.18 Procedimentos gerais de segurança nos vários edifícios | Totalmente | |
| | Risco de rutura de stocks ou excesso de stocks de metadona e de material clínico | 3.7.19 Definição dos pontos de encomenda de forma criteriosa | Totalmente | |

3.8. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NA ÁREA DO PLANEAMENTO, INVESTIMENTOS E ESTATÍSTICA

| Área | Atividades | Riscos | Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|---------------------------|--|--|---|-----------------------|--|
| Planeamento e Estatística | Elaborar e acompanhar a execução dos instrumentos de Gestão da ARS Alentejo, designadamente o QUAR, Plano Estratégico, Plano de Atividades e Relatório de Atividades | Risco de deficiente qualidade da informação prestada Risco de definição de objetivos pouco claros, imprecisos, ambíguos e/ou inquantificáveis | 3.8.1 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. | Parcialmente | Resultado do esforço, dedicação e trabalho prioritário dos colaboradores e instituições face à pandemia COVID-19, algumas áreas de trabalho ficaram deficitárias ou não foram desenvolvidas. Os instrumentos de gestão da ARS Alentejo não foram elaborados na sua totalidade. |
| | Acompanhar o Programa da Telemedicina, designadamente na vertente da Gestão da Qualidade | Risco de fraca monitorização do Programa e, consequente, perda de qualidade do mesmo, não obstante os recursos dispendidos. | 3.8.2 Certificação do Programa de Telemedicina; realização de reuniões periódicas e produção de indicadores de avaliação; promoção de auditorias internas ao Programa. | Totalmente | São realizadas várias auditorias: auditorias organizacionais a serviços que prestam teleconsulta, auditorias internas e auditorias externas de acompanhamento, por empresa certificada, para certificação deste Programa. No sítio da ARS Alentejo, em "Profissionais", "Programa de Telesaúde do Alentejo" poderá consultar-se documentação de suporte ao sistema de gestão da qualidade. |
| | Gerir a recolha e análise da informação estatística relevante para a Região e elaborar relatórios | Risco de deficiente qualidade da informação reportada | 3.8.3 Cruzamento de dados obtidos a partir do SIARS. | Totalmente | |
| | Assegurar a manutenção e carregamento do Sistema de Informação da ARS (SIARS), nomeadamente receção dos dados, ligação aos serviços aplicacionais e carregamento do Data Warehouse | Risco de não procedimento em conformidade com as regras de utilização dos sistemas de informação | 3.8.4 Formação profissional concedida aos utilizadores. | Totalmente | |

| | | | | | |
|---------------|---|---|--|------------------|---|
| | Participar nas atividades do Observatório Regional de Saúde (ORS) | Risco de produção de informação incompleta, desatualizada e/ou não fiável sobre a saúde da população e seus determinantes; risco de não efetivar a medição de resultados e do impacto das intervenções em saúde | 3.8.5 Definição nacional dos indicadores estatísticos relevantes para as investigações em curso; realização de reuniões periódicas tendo em vista a obtenção dos inputs necessários. | Parcialmente | Em 2019 dois colaboradores do NATAPIE receberam formação no INSA para melhoria das competências na área da estatística, considerando os trabalhos a desenvolver no âmbito da colaboração no Observatório Regional de Saúde, da competência do DSPP. Com a pandemia, não houve continuidade do trabalho. |
| | Apoiar o Conselho Diretivo na redefinição das Redes de Referência Hospitalar(RRH) da Região | Risco de desajustamento da rede de referência às necessidades da população e aos recursos existentes nas estruturas hospitalares | 3.8.6 Levantamento exaustivo das necessidades da Região e apresentação de um documento estratégico regional ao CD. | Não implementado | Em tempo, as RRH foram elaboradas e/ou atualizadas por grupos de trabalho designados pela tutela, com os contributos e pareceres da ARS Alentejo, sempre que solicitados. Com o sistema de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC), aprovado pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, o utente, juntamente com o seu MF, pode optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS para a consulta de especialidade de que necessita. A nível regional, entre outras atividades, procede-se ao acompanhamento e monitorização do cumprimento dos tempos máximos de resposta, bem como à redução das listas de espera. No caso das especialidades consideradas prioritárias e críticas, promove-se a melhoria de articulação entre CSP e CSH, quer através de momentos de formação/diálogo, quer através da preparação de protocolos de referênciação entre entidades e níveis de cuidados. |
| | Gerir a recolha e tratamento de informação relativa aos pedidos institucionais e assegurar a sua resposta atempada | Risco de deficiente informação prestada e/ou incumprimento dos prazos de resposta estipulados | 3.8.7 Afetação de pessoal qualificado e sistemas de informação adequados; hierarquização de prioridades. | Parcialmente | |
| | Elaborar estudos sobre temáticas fundamentais para a tomada de decisão | Risco de elaboração de estudos com inadequado rigor técnico e/ou científico | 3.8.8 Afetação de pessoal qualificado e sistemas de informação adequados; hierarquização de prioridades. | Não implementado | Pela falta de recursos humanos qualificados, não foi possível desenvolver a atividade. |
| | Colaborar na execução e acompanhamento de trabalhos de índole intersectorial e de parceria para a melhoria da prestação de cuidados de saúde | Risco de deficiente articulação intersectorial/interinstitucional | 3.8.9 Promoção do trabalho em equipa e de proximidade. | Parcialmente | |
| Investimentos | Realizar o levantamento de necessidades em investimentos na região Alentejo | Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de favorecimento de determinados serviços/unidades funcionais Risco de não identificação de todas as necessidades | 3.8.10 Definição de prioridades, acompanhamento e aprovação por parte do Conselho Diretivo. | Totalmente | É elaborado um documento com o levantamento de necessidades, contendo a informação de toda a Região, o qual é apresentado ao CD da ARSA. |
| | Planear, desenvolver e acompanhar os procedimentos necessários às ações previstas no âmbito da execução de novos investimentos e investimentos em curso na ARS Alentejo | Risco de inadequada monitorização dos investimentos em curso | 3.8.11 Acompanhamento regular da execução dos vários procedimentos; realização de reuniões periódicas com os vários interlocutores. | Totalmente | |

| | | | | |
|---|---|--|------------------|--|
| Efetuar o acompanhamento e controlo dos procedimentos inerentes aos projetos de investimento através da plataforma SIGPOA (INALentejo), no que respeita à elaboração de pedidos de pagamento, reprogramações e relatórios finais | Risco de registo de informação incompleta e/ou incorreta na plataforma | 3.8.12 Conferência da informação introduzida na plataforma por colaborador diferente. | Não implementado | A área dos investimentos está atribuída à única técnica que desempenha funções neste âmbito, pelo que não há possibilidade de conferência ou arquivo de informação por outro colaborador. No entanto, e dado o acréscimo de trabalho, algumas atividades são partilhadas, em complementaridade, com um outro técnico do NATAPIE. |
| Acompanhar e monitorizar a execução física e financeira dos investimentos cofinanciados desenvolvidos pelas ULS/Hospitais | Risco de insuficiente monitorização da execução física e financeira dos investimentos | 3.8.13 Atualização regular e criteriosa dos mapas de acompanhamento da execução dos investimentos. | Totalmente | |
| Elaborar e submeter as candidaturas ao novo Quadro Comunitário, assim como organizar os dossiers no âmbito dos investimentos na área da saúde para cofinanciamento comunitário aos programas existentes | Risco de incumprimento dos prazos de candidatura | 3.8.14 Acompanhamento e definição de prioridades, atendendo aos prazos de candidatura. | Totalmente | |
| | Risco de prestação de informação incompleta e/ou incorreta; risco de inexistência de arquivo nos dossiers de documentação relevante | 3.8.15 Conferência da informação prestada e arquivada, por colaborador diferente. | Parcialmente | A área dos investimentos é constituída por uma técnica, pelo que não há lugar a rotatividade de tarefas. |
| Emitir pareceres para candidaturas propostas por outras entidades do SNS | Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade na emissão dos pareceres; risco de favorecimento de determinadas entidades | 3.8.16 Rotatividade de tarefas; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição. | Não implementado | A área dos investimentos é constituída por uma técnica, pelo que não há lugar a rotatividade de tarefas. |
| Acompanhar trimestralmente a execução física e financeira dos projetos em curso, quer ao nível das despesas de investimento, quer ao nível da comparticipação comunitária FEDER, e elaborar os respetivos relatórios e mapas de execução financeira | Risco de deficiente qualidade da informação reportada, em virtude de insuficiente acompanhamento da execução física e financeira | 3.8.17 Atualização regular e criteriosa dos mapas de acompanhamento da execução dos investimentos. | Totalmente | |
| Colaborar na preparação do orçamento da ARS Alentejo, com a recolha de informação e elaboração dos contributos na área dos investimentos | Risco de deficiente qualidade da informação prestada | 3.8.18 Apreciação e análise efetuada no DGAG; cumprimento de orientações superiores. | Totalmente | |
| | Risco de sub - orçamentação de necessidades de investimento ou sobre orçamentação, nomeadamente em algumas rubricas de despesa | | | |
| Preparar e participar, enquanto membro de júris de concurso, nos procedimentos de contratação pública de bens e serviços na área da saúde desenvolvidos pela ARS Alentejo | Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses | 3.8.19 Rotatividade de tarefas; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição. | Parcialmente | A área dos investimentos é constituída por uma técnica, pelo que não há lugar a rotatividade de tarefas e não foi desenvolvido qualquer procedimento em que esta colaboradora tenha participado como membro de júri. |
| | Risco de deficiente estimação de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos | 3.8.20 Revisão das estimativas de custo e das especificações técnicas pela equipa/núcleo. | Não implementado | Estas atividades não são da competência deste Núcleo, mas, eventualmente, poderá ser solicitada apreciação e/ou colaboração da técnica da área dos investimentos. A colaboradora integra o Grupo de Trabalho para a preparação e o lançamento do concurso público internacional do novo Hospital Central do Alentejo, nomeado pela SES através do Despacho nº 2851/2018, de 15/03, tendo desenvolvido as tarefas aí discriminadas, designadamente a participação na proposta de elaboração |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------|--|--|
| | | | | | dos documentos relativos ao investimento. |
| Organizar e acompanhar os processos relativos às verificações físicas e auditorias realizadas pelas instâncias competentes nacionais e europeias | Risco de prestação de informação incompleta e/ou incorreta; risco de inexistência de arquivo nos dossiers de documentação relevante/dispersão de informação pelos diferentes serviços | 3.9.21 Conferência da informação prestada e arquivada, por colaborador diferente. | Parcialmente | | A área dos investimentos é constituída por uma técnica, pelo que não há lugar a rotatividade de tarefas. |

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

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|---|--|---|-----------------------|-------------|
| Gestão e arquitetura de sistemas de informação | 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 | Riscos inerentes à inexistência de um plano estratégico de TIC; risco de falta de orientações estratégicas, de planeamento e de enquadramento organizacional | 3.9.1. Desenvolvimento/elaboração de um plano estratégico de TIC, devidamente alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais definidos no QUAR da ARSA | Totalmente | |
| | | Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade; risco de conflito de interesses | 3.9.2. Rotatividade de tarefas; aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses | Totalmente | |
| | | Risco de deficiente estimação de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos | 3.9.3. Revisão das estimativas de custo e das especificações técnicas pela equipa/núcleo | Totalmente | |
| | 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 | Risco de violação das regras de segurança aplicáveis à atribuição de acessos à rede informática, com o fim de obtenção de vantagens indevidas; 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 outrém | 3.9.4. Definição clara da cadeia de responsabilização para atribuição de acessos | Totalmente | |
| Definir e desenvolver as medidas necessárias à segurança e integridade da informação e especificar as normas de salvaguarda e de recuperação da informação | | 3.9.5. Possibilidade de consulta dos logs do sistema para todos os acessos concedidos | Totalmente | | |
| Infra - estruturas tecnológicas | 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 | Risco de interrupção não planeada dos sistemas de informação, com prejuízo para os utilizadores e utentes | 3.9.6. Ligação remota e suporte técnico assegurado por entidades externas, nomeadamente SPMS e existência de contratos de manutenção para aplicações críticas | Totalmente | |
| | 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 | Risco de inadequada parametrização, não satisfazendo as necessidades do serviço | 3.9.7. Realização de testes de conformidade | Totalmente | |
| | | Risco de perda de controlo da localização dos recursos afetos | 3.9.8. Atualização dos inventários de hardware/software e verificações aleatórias dos inventários | Totalmente | |

| | | | | | |
|------------------------|---|---|--|------------|--|
| | 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 | Risco de incumprimento ou difícil compreensão por parte dos utilizadores dos procedimentos definidos | 3.9.9. Promoção de esclarecimentos/ redação de procedimentos de forma clara e acessível a todos os utilizadores, com exemplificação de situações possíveis | Totalmente | |
| | | | 3.9.10. Atualização dos inventários de hardware/software e verificações aleatórias dos inventários | Totalmente | |
| | 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 | Risco de apropriação indevida de bens (hardware e software) | 3.9.11. Utilização exclusiva da plataforma de "reservas de espaços/equipamentos" para requisição e controlo dos equipamentos; guarda dos equipamentos em sala própria e de acesso restrito | Totalmente | |
| | | Risco de inutilização/destruição de equipamento por inadequada manutenção/reparação ou guarda em locais impróprios ou causas naturais | 3.9.12. Assegurar as condições físicas e logísticas necessárias ao bom funcionamento dos equipamentos, incluindo o transporte de equipamentos para as Unidades Funcionais | Totalmente | |
| | 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 | Risco de deficiente/insuficiente suporte técnico | 3.9.13. Acionamento das cláusulas contratuais de penalização em caso de incumprimento por parte das empresas contratadas | Totalmente | |
| | 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 | Risco de acesso indevido aos sistemas de informação e consequente perda, modificação ou adulteração de informação por intrusão | 3.9.14. Existência de sistemas de segurança adequados, mediante mecanismos de controlo de acessos | Totalmente | |
| | | Risco de perda de informação por ação humana involuntária ou por causas naturais (incêndios, inundações,...) | 3.9.15. Existência de mais do que uma cópia de segurança e guarda das mesmas em diferentes locais | Totalmente | |
| Engenharia de software | 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 | Risco de impossibilidade/dificuldade na conceção/construção de aplicações e programas informáticos que assegurem os objetivos pretendidos pelos serviços que manifestaram a sua necessidade | 3.9.16. Estreita articulação entre o NATASI e o serviço que usufruirá da aplicação/programa informático para o delineamento da mesma, segundo os objetivos pretendidos | Totalmente | |
| | 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 | | | Totalmente | |

| | | | | |
|--|--|--|------------|--|
| 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 | Risco de deficiente assimilação dos conteúdos abordados na formação pelos utilizadores | 3.9.17. Adequação dos conteúdos às necessidades do público alvo e disponibilização de apoio técnico no posto de trabalho | Totalmente | |
| 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 | Risco de falta de rigor técnico e/ou científico na elaboração de procedimentos e programas específicos | 3.9.18. Afetação de pessoal qualificado na área | Totalmente | |
| 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 | Risco de realização de testes insuficientes ou não totalmente representativos | 3.9.19. Assegurar a realização de testes em número suficiente para aferir o correto funcionamento dos programas e aplicações | Totalmente | |

3.10. EQUIPA COORDENADORA REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|---|---|---|-----------------------|-------------|
| Coordenação Regional e articulação interinstitucional | Elaborar, analisar e adaptar acordos entre a ARS Alentejo, I.P. e entidades da Rede do Alentejo; Articular com a coordenação da Rede a nível nacional (ACSS) e com as Equipas Coordenadoras Locais. | 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 | 3.10.1. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional, no entanto, acautelando situações de violação dos deveres de isenção e imparcialidade de interesses | Totalmente | |
| | | Risco de não inclusão de cláusulas de penalização em caso de incumprimento do acordo com eficácia jurídica | 3.10.2. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico | Totalmente | |
| Prestação de Cuidados de Saúde e garantia de qualidade | Aplicação e avaliação dos Questionários de Satisfação | Risco de a amostra não ser significativa | 3.10.3. Apoio técnico concedido pelo NATAPIE | Totalmente | |
| | Garantir a equidade no acesso à Rede e a qualidade e adequação dos Serviços prestados | Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização do acesso dos utentes à Rede | 3.10.4. 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 | Totalmente | |

| | | | | |
|---|---|--|---------------------|--|
| <p>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</p> | <p>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 unidades da Rede, que proporcione a melhoria e a adoção de medidas corretivas em cada Unidade; risco de favorecimento ilícito de Unidades na avaliação efetuada</p> | <p>3.10.5. Elaboração de um plano anual de avaliações devidamente estruturado; 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</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, impediu a verificação <i>in loco</i>, da check-list.</p> |
| <p>Acompanhar a implementação e condições gerais de funcionamento da RNCCI a nível regional, incluindo as condições gerais das instalações das unidades, em colaboração com profissionais de diversas áreas (arquitetos, engenheiros, gestores)</p> | <p>Risco de inexistência/impossibilidade ou dificuldade de recrutamento de recursos humanos especializados e recursos técnicos e materiais para as Equipas (ECCI) da Rede</p> | <p>3.10.6. Levantamento prévio de necessidades de recursos e articulação com os departamentos/serviços respetivos para assegurar soluções/alternativas possíveis</p> | <p>Totalmente</p> | |
| <p>Garantir a adequação dos recursos humanos, técnicos e materiais, bem como colaborar com o Núcleo de Formação no que respeita ao planeamento e organização das ações de formação para os profissionais de saúde das unidades</p> | <p>Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento das diretrizes e orientações da ACSS em todas as unidades</p> | <p>3.10.7. Sensibilização das instituições e respetivos profissionais para a adoção de boas práticas e condutas profissionais adequadas</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, limitou a atuação desta ECR.</p> |
| <p>Operacionalizar a divulgação e garantir o cumprimento das diretrizes e orientações emanadas pela ACSS às Equipas e profissionais das unidades da Rede</p> | <p>Risco de inexistência de uma monitorização/ avaliação sistemática e uniforme sobre a política de utilização de antissépticos, desinfetantes e da gestão de resíduos hospitalares em todas os prestadores; risco de saúde pública</p> | <p>3.10.8. Discussão e partilha de conhecimentos pela equipa multidisciplinar</p> | <p>Totalmente</p> | |
| <p>Participar na avaliação do circuito (triagem, acondicionamento e transporte) e da gestão de resíduos hospitalares perigosos nas unidades de Cuidados Continuados Integrados</p> | <p>Risco de inexistência de monitorização ou de não implementação ou implementação reduzida das medidas recomendadas pelas entidades auditoras</p> | <p>3.10.9. Monitorização da aplicação dos procedimentos, tendo em vista avaliar a necessidade de revisão dos mesmos</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, impediu a verificação desta necessidade.</p> |
| <p>Elaborar os memorandos de visitas de acompanhamento da ECR Alentejo às unidades e equipas prestadoras e acompanhar as auditorias de qualidade aos prestadores da Rede</p> | <p>Risco de não promover o devido esclarecimento dos conteúdos relatados, que iniciem uma eventual prestação irregular de cuidados aos utentes</p> | <p>3.10.10. Envolvimento de profissionais de diferentes áreas e saberes na definição do plano de formação</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, limitou este planeamento.</p> |
| <p>Proceder à gestão das exposições/reclamações</p> | | <p>3.10.11. Estabelecimento de prioridades formativas, atendendo às disponibilidades financeiras definidas anualmente</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, limitou este planeamento.</p> |
| | | <p>3.10.12. 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</p> | <p>Parcialmente</p> | <p>A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, limitou a atuação desta ECR.</p> |
| | | <p>3.10.13. Elaboração de um plano anual de monitorização devidamente estruturado, de forma a atender aos objetivos e orientações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos</p> | <p>Totalmente</p> | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|--|--|
| | | | 3.10.14. Acompanhamento próximo e preenchimento de grelha de monitorização periódica das medidas recomendadas | Parcialmente | A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, impediu a verificação <i>in loco</i> , da check-list. |
| | | | 3.10.15. Elaboração de um plano anual de avaliações das unidades devidamente estruturado para execução e documentação pelas respetivas equipas | Parcialmente | A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, limitou a atuação desta ECR. |
| | | | 3.10.16. Controlo dos prazos de resposta/definição de prioridades face aos tempos decorridos e envolvimento de todos os interlocutores visados nas exposições/reclamações | Parcialmente | A atual situação de pandemia, causada pela infeção SARS CoV_2, alterou estes procedimentos. |
| | | | 3.10.17. Articulação com os diferentes serviços, no sentido do cabal esclarecimento das situações relacionadas | Totalmente | |
| | | | 3.10.18. Elaboração dos planos e relatórios de atividade nos termos do DL 183/96, de 27/09 | Totalmente | |
| | | | 3.10.19. Conferência e cruzamento periódico de dados com os registos efetuados no aplicativo Gestcare CCI | Totalmente | |
| Gestão e referenciação de utentes | 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 Garantir o cumprimento dos procedimentos de mobilidade e alta dos utentes das unidades Garantir a utilização eficaz da capacidade instalada, nas unidades prestadoras contratualizadas Proceder à gestão diária dos utentes e cativação de lugares segundo as unidades preferenciais | Risco de desatualização ou deficiente qualidade da informação registada no aplicativo Risco de favorecimento ilícito de utentes no acesso/admissão à Rede, na hierarquização de prioridades e na escolha das unidades; risco de incorreta atribuição da tipologia de cuidados ou de alta antecipada, por deficiente avaliação de necessidades do utente; risco de permanência/prolongamento de utentes nas unidades de internamento sem que mantenham os critérios suficientes | 3.10.20. Definição prévia dos critérios de natureza clínica e social para a referenciação e priorização do acesso dos utentes à Rede | Totalmente | |
| Execução contratual | 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 CCF Efetuar o acompanhamento financeiro no âmbito da Rede e propor o orçamento anual por rubrica de despesa | Risco de não deteção de erros/falhas/não conformidades na faturação apresentada, apesar de já ter sido conferida pelo CCF, nomeadamente a verificação da entidade responsável pelo pagamento (SNS/Subsistemas) Risco de insuficiente monitorização da despesa | 3.10.21. Conferência da faturação respetiva pelo Sistema de Gestão de Transporte de Doentes, Registo Nacional de Utentes e GestCare CCI 3.10.22. Cruzamento pontual dos dados registados no Gestcare CCI e no Registo Nacional de Utentes 3.10.23. Reporte trimestral à ACSS da evolução da despesa, segundo modelo padronizado | Totalmente Totalmente Totalmente | |

3.11. COMUNICAÇÃO E MARKETING

| Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|--|--|--|-----------------------|---|
| Operacionalizar as linhas de atuação para as campanhas promocionais e de comunicação de acordo com os objetivos estabelecidos | Risco de ineficácia das linhas de atuação junto do público alvo, não obstante os recursos despendidos. | 3.11.1. Adequação das campanhas promocionais e de comunicação ao perfil do público alvo e aos objetivos pretendidos | Parcialmente | |
| 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 | Risco de desatualização e/ou incorreção dos conteúdos web | 3.11.2. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet e na intranet | Totalmente | |
| Assegurar a gestão da base de dados das notícias e divulgação de eventos da ARSA, IP | Risco de desatualização da base de dados e/ou perda de informação relevante | 3.11.3. Apoio administrativo para a atualização da base de dados | Totalmente | |
| Garantir as ações de relações públicas da ARSA, IP, e os contactos com a imprensa | Risco de promoção inadequada da imagem da instituição e de ausência de informação cuidada e de sistemas de suporte para relação com as várias instituições e media | 3.11.4. 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 | Parcialmente | Está a ser implementado projeto piloto do Canal Saúde no ACES Alentejo Central. |
| Preparar e selecionar, de acordo com o modelo determinado, os elementos de comunicação gráfica, escrita, visual ou multimédia (quiosques multimédia, newsletter e outras publicações), necessários para a relação com o público, dando suporte a operações relacionais incluindo as de cariz promocional ou publicitário | | | | |
| Estabelecer contacto e negociação com empresas de marketing e/ou produção gráfica | Risco de violação dos deveres de isenção e de imparcialidade; risco de conflito de interesses | 3.11.5. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Desenvolvimento dos processos de contratação pública pelo DGAG/UGEf - Aprovisionamento, em respeito por uma adequada segregação de funções | Totalmente | |
| | Risco de concentração de convites num reduzido e repetido número de empresas | | | |
| Programar e/ou organizar, bem como operacionalizar eventos relacionados com a promoção da saúde e/ou comunicação organizacional | Risco de fraca adesão do público aos eventos de promoção da saúde | 3.11.6. Adequação da natureza dos eventos promocionais e de comunicação ao perfil do público alvo e aos objetivos pretendidos | Parcialmente | Perante o contexto atual da pandemia Covid-19 deixaram de se realizar a maioria dos eventos, presencialmente. |

3.12. AUDITORIA E CONTROLO INTERNO

| Área | Principais atividades | Riscos mais relevantes | Medidas preventivas/Controlos Existentes | Grau de implementação | Observações |
|------|---|---|--|-----------------------|-------------|
| ACI | Fornecer ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços, propondo a adoção de boas práticas | Risco de ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade nas análises efetuadas. Risco de conflito de interesses. | 3.12.1. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição | Totalmente | |
| | | | 3.12.2. Análise e reporte da informação conforme o preconizado no Manual de Procedimentos de Auditoria | Totalmente | |
| | Desenvolver ações de auditoria, com vista à deteção de factos ou situações condicionantes ou impeditivas da realização dos objetivos definidos para os serviços | Risco de divulgação, manipulação, omissão ou uso indevido de informação confidencial para fins privados. Risco de conflito de interesses. Risco de não deteção de erros e irregularidades, por ineficácia dos testes aplicados | 3.12.3. Conduta profissional regulada pelo Código de Ética do IIA | Totalmente | |
| | | | 3.12.4. Atuação conforme o preconizado no Manual de Procedimentos de Auditoria | Totalmente | |

| | | | |
|--|---|--|--------------|
| 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 | Risco de incumprimento dos prazos estipulados para a disponibilização da informação solicitada, em especial quando é necessário reunir dados de diferentes departamentos/serviços | 3.12.5. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade | Totalmente |
| Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ARSA, I.P., apresentadas pelos trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral | Risco de não deteção de erros e irregularidades, por ineficácia das linhas de atuação seguidas ou por inexistência de dados suficientes | 3.12.6. Cruzamento dos dados disponíveis e análise exaustiva da informação recolhida | Parcialmente |

4. CONCLUSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO POR DEPARTAMENTO/UNIDADE

Neste ponto, apresenta-se a avaliação realizada por cada um dos Departamentos/Unidades, no que respeita às atividades realizadas durante os anos de 2019 e 2020, em função das medidas de prevenção identificadas para cada área.

Às medidas avaliadas foram atribuídos os seguintes pontos:

- Totalmente – 5 pontos;
- Parcialmente – 2,5 pontos;
- Não Implementado – 0 pontos.

Cada conjunto de medidas associadas a um risco com pontuação média de:

- Acima ou igual a 4,5 foi avaliada como “Excelente”;
- Entre 3,5 e 4,5 foi avaliada como “Bom”;
- Entre 2,5 e 3,49 foi avaliada como “Suficiente”;
- Entre 0,5 e 2,49 foi avaliada como “Insuficiente”;
- Abaixo 0,5 foi avaliada como “Nula”.

De notar que não foi avaliada a execução do PPRCIC no que respeita ao Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP), uma vez que a respetiva matriz de riscos e controlos se encontra a ser revista e em reformulação pelo DSPP.

Os resultados da Avaliação da Execução do Plano por Departamento/Unidade, constam no anexo e no quadro abaixo, encontram-se os resultados em termos globais:

| | Excelente | Bom | Suficiente | Insuficiente | Nula | Média da Avaliação do Departamento/Unidade |
|--|-----------|-----|------------|--------------|------|--|
| Departamento de Contratualização | X | | | | | 4,7 |
| Departamento de Gestão e Administração Geral | | X | | | | 4,1 |
| Gabinete de Instalações e Equipamentos | | X | | | | 4,3 |
| Gabinete Jurídico e do Cidadão | X | | | | | 4,6 |
| Unidade de Gestão de Recursos Humanos | | X | | | | 4,2 |
| Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências | | X | | | | 4,1 |
| Núcleo de Apoio Técnico na Área do Planeamento Investimentos e Estatística | | | X | | | 3,0 |
| Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação | X | | | | | 5,0 |
| Equipa Coordenadora Regional na Área dos Cuidados Continuados Integrados | | X | | | | 4,0 |
| Comunicação e Marketing | | X | | | | 3,8 |
| Auditoria e Controlo Interno | X | | | | | 4,6 |
| Avaliação Global do Plano | | | | | | 4,2 Bom |

De uma forma global, podemos concluir do presente relatório de execução do Plano de Gestão de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, que na generalidade as medidas se encontram implementadas, reconhecendo-se um esforço no sentido de cumprir as medidas planeadas para mitigação dos riscos identificados nas diferentes áreas.

Contudo, não poderemos deixar de referir que o ano de 2020 e o contexto pandémico, causado pela infeção SARS CoV_2, prejudicou, nalguns serviços, a execução de algumas medidas e, conseqüentemente, a elevação dos riscos de gestão. De facto, tratando-se a ARSA, I.P. de um serviço desconcentrado do Ministério da Saúde, com responsabilidades na prestação de cuidados de saúde aos utentes da Região Alentejo, todo o contexto pandémico presenciado despoletou uma adaptação célere dos vários serviços que a integram, para dar resposta às novas necessidades, tendo-se vivenciado momentos conturbados, os quais, de certa forma, acentuaram algumas fragilidades, mas também possibilitaram adquirir novas aprendizagens e desenvolver novas reflexões.

5. LIMITAÇÕES/CONDICIONANTES

Na sequência da avaliação do PPRCIC, considerámos como dificuldades/limitações a demora de resposta por parte de alguns Departamentos/Unidades, na disponibilização da informação necessária e em prestar os esclarecimentos solicitados durante a realização do relatório.

6. RECOMENDAÇÕES

Face às observações obtidas durante a realização do relatório e outras informações adicionais, propomos ao Conselho Diretivo as seguintes recomendações, tendo em vista a melhoria do processo de execução do Plano:

- a) Concretizar a revisão do Plano já em curso, considerando os aperfeiçoamentos, quer ao nível da sua estrutura, quer do seu conteúdo, nomeadamente:
 - No que concerne às alterações ocorridas em 2015, no órgão de gestão.
 - Prever a periodicidade de monitorização do PPRCIC, tal como recomendado no Relatório n.º 436/2015, do Processo n.º 7/2015-AP da IGAS, “... que o Plano fixe, expressamente, a periodicidade da respetiva monitorização, não bastando referir que cabe ao serviço de Auditoria e Controlo Interno promover regularmente a monitorização do Plano”.
 - Reformular as matrizes de risco anteriormente aprovadas, dotando-as dos ajustamentos necessários, com o envolvimento dos profissionais da ARSA, I.P.
 - Elaborar as matrizes de risco relativas ao órgão de gestão da ARSA, I.P. e ao ACES Alentejo Central, em consonância com a *Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção de 1 de julho de 2015*: “os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos”.
- b) A elaboração do Regulamento de Comunicação de Irregularidades da ARSA.
- c) Apostar na formação profissional sobre matérias atinentes às áreas de gestão de riscos, conduta ética e em outras complementares, como por exemplo, sobre

conflitos de interesse, em cumprimento da *Recomendação do CPC, de 08 de janeiro de 2020*, sobre “*Gestão de Conflitos de interesse no setor público*”.

- d) A publicação/divulgação do presente relatório na intranet e internet da ARS Alentejo, I.P., em cumprimento da *Recomendação do CPC n.º 1/2010, de 07 de abril*.
- e) O envio do presente relatório ao Ministério da Saúde e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, em cumprimento da *Recomendação do CPC n.º 1/2010, de 07 de abril*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme compromisso assumido no Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas da ARS Alentejo, I.P., o presente Relatório pretendeu aferir o grau de cumprimento das medidas preventivas, no que toca à eliminação ou mitigação dos riscos que, em tal Plano, foram identificados e que estão relacionados com o normal desenvolvimento das atividades dos Departamentos/ Unidades.

O que resulta do presente relatório é um grau significativo de atenção e de controlo dos riscos identificados no Plano. Face a todo o exposto, o novo balanço mantém-se positivo, tal como no biénio anterior, considerando-se essencial que os serviços mantenham o esforço de melhoria no acolhimento das medidas preventivas que ainda estão por implementar.

Manifestamente, o controlo e monitorização de um Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, bem como a sua afinação, através da experiência que vai sendo adquirida, são um constante processo de melhoria contínua, constituindo assim, por definição, um trabalho dinâmico, tornando-se importante que os responsáveis atuem quer na aplicação das diferentes medidas nele previstas, quer na gestão, decorrente do acompanhamento e avaliação das mesmas.

Por último, perante o quadro pandémico, causado pela infeção SARS CoV_2, que atravessamos, que se apresentou de um modo inesperado e excepcional, deverá ser dado cumprimento à ***Recomendação do CPC, de 06 de maio de 2020***, sobre “*Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19*”, onde, para além de outras recomendações, refere: “... ***todos os decisores e operadores no domínio da gestão pública mantenham os cuidados próprios de uma cultura promotora dos mais elevados índices de transparência, de ética e de***

integridade, mediante a adoção de medidas de prevenção e mitigação de riscos no âmbito das suas condutas, incluindo o reforço dos instrumentos de controlo interno.”

ANEXOS

Departamento de Contratualização

| Área | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------------|-----------------------------------|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Contratualização | 3.2.1 a 3.2.5 | Não implementado | 0 | 0 | 4,5 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | | Totalmente | 5 | 4 | | |
| Convenções | 3.2.6 a 3.2.9 | Não implementado | 0 | 0 | 5,0 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 4 | | |
| SIGIC | 3.2.10 a 3.2.16 | Não implementado | 0 | 0 | 4,6 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | | Totalmente | 5 | 6 | | |
| Outras | 3.2.17 a 3.2.18 | Não implementado | 0 | 0 | 5,0 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 1 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 4,7 | Excelente |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.2.18., por ser atividade que deixou de ser exercida pelo DC.

Departamento de Gestão e Administração Geral

| Área | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------|-----------|-------|-----------------------|
| Gestão Financeira | 3.3.1 a 3.3.13 | Não implementado | 0 | 0 | 5,0 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 13 | | |
| Contabilidade | 3.3.14 a 3.3.42 | Não implementado | 0 | 5 | 4,0 | Bom |
| | | Parcialmente | 2,5 | 2 | | |
| | | Totalmente | 5 | 22 | | |
| Tesouraria | 3.3.43 a 3.3.52 | Não implementado | 0 | 0 | 4,6 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | | Totalmente | 5 | 6 | | |
| Património | 3.3.53 a 3.3.64 | Não implementado | 0 | 5 | 2,3 | Insuficiente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 2 | | |
| | | Totalmente | 5 | 4 | | |
| Relações Internacionais | 3.3.65 a 3.3.66 | Não implementado | 0 | 0 | 5,0 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 2 | | |
| Arquivo | 3.3.67 a 3.3.68 | Não implementado | 0 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 1 | | |
| Aprovisionamento | 3.3.69 a 3.3.91 | Não implementado | 0 | 7 | 3,3 | Suficiente |

| | | | | | | |
|--|-------------------|------------------|-----|----|------------|------------|
| | | Parcialmente | 2,5 | 2 | | |
| | | Totalmente | 5 | 14 | | |
| Armazém | 3.3.92 a 3.3.105 | Não implementado | 0 | 0 | 4,8 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | | Totalmente | 5 | 13 | | |
| Receção e expediente | 3.3.106 a 3.3.114 | Não implementado | 0 | 0 | 4,3 | Bom |
| | | Parcialmente | 2,5 | 2 | | |
| | | Totalmente | 5 | 5 | | |
| Transportes | 3.3.115 a 3.3.125 | Não implementado | 0 | 1 | 4,3 | Bom |
| | | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | | Totalmente | 5 | 9 | | |
| Farmácia | 3.3.126 a 3.3.151 | Não implementado | 0 | 0 | 5,0 | Excelente |
| | | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | | Totalmente | 5 | 25 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 4,1 | Bom |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.3.45., 3.3.46., 3.3.47., 3.3.58., 3.3.109., 3.3.111., 3.3.138., por serem atividades não exercidas pelo DGAG.

Gabinete de Instalações e Equipamentos

| Áreas | Controlos/Medidas | Avaliação do Departamento/Unidade por controlo | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-------------------|--|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Planeamento/levantamento de necessidades | 3.4.1 | Não implementado | 0 | 1 | 3,3 | Suficiente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.4.3 | Totalmente | 5 | 2 | | |
| Procedimentos pré-contratuais | 3.4.4 | Não implementado | 0 | 1 | 4,6 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.4.15 | Totalmente | 5 | 11 | | |
| Celebração e execução contratual | 3.4.16 | Não implementado | 0 | 1 | 4,4 | Bom |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.4.24 | Totalmente | 5 | 8 | | |
| Outros | 3.4.25 | Não implementado | 0 | 1 | 4,0 | Bom |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.4.29 | Totalmente | 5 | 4 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 4,3 | Bom |

Gabinete Jurídico e do Cidadão

| Controlos/Medidas | Avaliação do Departamento/Unidade por Atividade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|---|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| 3.5.1. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.5.2. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.5.3. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.5.4. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.5.5. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.5.6. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.5.7. a 3.5.15 | Não aplicável | - | - | - | - |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | 4,6 | Excelente |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.5.7. a 3.5.15, por serem atividades que deixaram de ser exercidas pelo GJC.

Unidade de Gestão de Recursos Humanos

| Áreas | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade por Atividade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação qualitativa por área |
|--|-----------|---|----------------------|-----------|------------|--------------------------------|
| Planeamento e gestão de recursos humanos | 3.6.1. | Não implementado | 0 | 0 | 4,0 | Bom |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 7 | | |
| | 3.6.20 | Totalmente | 5 | 11 | | |
| Formação | 3.6.21 | Não implementado | 0 | 0 | 4,6 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 1 | | |
| | 3.6.27 | Totalmente | 5 | 5 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 4,2 | Bom |

NOTA: Não foram considerados os controlos 3.6.6., 3.6.12. e 3.6.25., por serem atividades que deixaram de ser exercidas pela UGRH.

Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

| Controlos/Medidas | Avaliação do Departamento/Unidade por controlo | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|--|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| 3.7.1. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.2. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.3. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.7.4. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.7.5. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.6. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.7.7. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.7.8. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.9. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.10. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.7.11 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.12 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.13 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.14 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.15 | Totalmente | 0 | 1 | 0 | Nula |
| 3.7.16 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.17 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.18 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.7.19 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | 4,1 | Bom |

Núcleo de Apoio Técnico na Área do Planeamento, Investimentos e Estatística

| Áreas | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade por controlos | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------|---|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Planeamento e Estatística | 3.8.1. | Não implementado | 0 | 2 | 2,8 | Suficiente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 4 | | |
| | 3.8.9 | Totalmente | 5 | 3 | | |
| Investimentos | 3.8.10 | Não implementado | 0 | 3 | 3,1 | Suficiente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 3 | | |
| | 3.8.21 | Totalmente | 5 | 6 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 3,0 | Suficiente |

Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação

| Áreas | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade por controlo | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------|--|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Gestão e arquitetura de SI | 3.9.1 | Não implementado | 0 | 0 | 5 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.9.5 | Totalmente | 5 | 5 | | |
| Infra - estruturas tecnológicas | 3.9.6 | Não implementado | 0 | 0 | 5 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.9.15 | Totalmente | 5 | 10 | | |
| Engenharia de software | 3.9.16 | Não implementado | 0 | 0 | 5 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.9.19 | Totalmente | 5 | 4 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 5,0 | Excelente |

Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados

| Área | Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------|-----------------------------------|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| Coordenação regional e articulação interinstitucional | 3.10.1. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| | 3.10.2. | Totalmente | 5 | 1 | | |
| Prestação de cuidados de saúde e garantia de qualidade | 3.10.3. | Não implementado | 0 | 0 | 3,59 | Bom |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 9 | | |
| | 3.10.18 | Totalmente | 5 | 7 | | |
| Gestão e referência de utentes | 3.10.19 | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| | 3.10.20 | Totalmente | 5 | 1 | | |
| Execução contratual | 3.10.21 | Não implementado | 0 | 0 | 5 | Excelente |
| | a | Parcialmente | 2,5 | 0 | | |
| | 3.10.23 | Totalmente | 5 | 3 | | |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | | 4,0 | Bom |

Comunicação e Marketing

| Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------------------------------|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| 3.11.1. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.11.2. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.11.3. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.11.4. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| 3.11.5. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.11.6. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | 3,8 | Bom |

Auditoria e Controlo Interno

| Controlos | Avaliação do Departamento/Unidade | Classificação de 0-5 | N.º Vezes | Média | Avaliação Qualitativa |
|--|-----------------------------------|----------------------|-----------|------------|-----------------------|
| 3.12.1. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.12.2. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.12.3. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.12.4. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.12.5. | Totalmente | 5 | 1 | 5 | Excelente |
| 3.12.6. | Parcialmente | 2,5 | 1 | 2,5 | Suficiente |
| AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE | | | | 4,6 | Excelente |