



arsalentejo

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Aprova-se

2024/02/23

Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP

Margarida da Silveira
Vogal do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP

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

Ano 2022

dezembro de 2023

Índice

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
FICHA TÉCNICA	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA.....	8
3. MONITORIZAÇÃO E GRAU DE CONCRETIZAÇÃO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO.....	9
4. CONCLUSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO POR DEPARTAMENTO/UNIDADE.....	48
5. LIMITAÇÕES/CONDICIONANTES.....	49
6. RECOMENDAÇÕES.....	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50

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, IP
ADR	Área Dedicada aos Doentes Respiratórios
ANCP	Agência Nacional de Compras Públicas, E.P.E.
ARSA, IP	Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
AT	Assistente Técnico
BI CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CCA	Conselho Coordenador de Avaliação
CCS	Conselho Clínico de Saúde
CD	Conselho Diretivo
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRI	Centro de Respostas Integradas
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DC	Departamento de Contratualização
DE	Diretora Executiva
DGAG	Departamento de Gestão e Administração Geral
DGO	Direção Geral do Orçamento
DGS	Direção Geral de Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DIM	Delegados de Informação Médica
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
DSPP	Departamento de Saúde Pública e Planeamento
ECR	Equipa Coordenadora Regional
ECRCCI	Equipa de Coordenação Regional de Cuidados Continuados Integrados
GCM	Gabinete de Comunicação e Marketing
GIE	Gabinete de Instalações e Equipamentos
GJC	Gabinete Jurídico e do Cidadão
HESE	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
IDG	Índice de Desempenho Global
IIA	Institute of Internal Auditors
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
JMI	Juntas médicas de incapacidade
LCPA	Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso
LSP	Laboratório de Saúde Pública
MARTA	Módulo Administrativo de Registo de Taxas e Atos
MIM@UF	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MGF	Medicina Geral e Familiar
N.a.	Não aplicável

NATAPIE	Núcleo de Apoio Técnico nas Áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística
NATASI	Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação
ORS	Observatório Regional de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
POCMS	Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
PORI	Plano Operacional de Respostas Integradas
PPRCIC	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas
PRS	Plano Regional de Saúde
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RAUF	Relatório de Atividades das Unidades Funcionais
RH	Recursos Humanos
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
ROC	Revisor Oficial de Contas
RRH	Rede de Referência Hospitalar
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SGREC	Sistema de Gestão de Reclamações
SGTD	Sistema de Gestão de Transporte de Doentes
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SIARS	Sistema de Informação das ARS
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICC	Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGO	Sistema de Informação de Gestão Orçamental
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SIRA	Sistema Informático de Registo de Abonos
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
SUB	Serviço de Urgência Básico
TDNU	Transporte de Doentes Não Urgentes
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
UF	Unidade Funcional
UGEFE	Unidade de Gestão Económico-Financeira
UGRH	Unidade de Gestão de Recursos Humanos
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
URGA	Unidade Regional de Gestão do Acesso
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

FICHA TÉCNICA

Identificação do responsável pela sua elaboração:	Auditoria e Controlo Interno (ACI)
Âmbito:	Elaboração do Relatório de Execução 2022, do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, Incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.
Ciclo de realização:	fevereiro de 2023 a dezembro de 2023
Aprovado pelo Conselho Diretivo:	Reunião de Conselho Diretivo de 23 de fevereiro de 2024

1. 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 25 de outubro de 2021, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARSA, IP), aprovou a primeira revisão da 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 ao ano de 2022, 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.

O presente documento encontra-se estruturado nos seguintes capítulos:

1 – Introdução

2 – Metodologia

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

3.1 – Atividades de carácter transversal;

3.2 – Conselho Diretivo;

3.3 – Departamento de Contratualização;

3.4 – Departamento de Gestão e Administração Geral;

3.5 – Gabinete de Instalações e Equipamentos;

3.6 – Gabinete Jurídico e do Cidadão;

3.7 – Unidade de Gestão de Recursos Humanos;

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

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

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

3.11 – Equipa de Coordenação Regional dos Cuidados Continuados Integrados;

3.12 – Gabinete de Comunicação e Marketing;

3.13 – Auditoria e Controlo Interno;

3.14 – Departamento de Saúde Pública e Planeamento;

3.15 – Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES AC).

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, IP.

2. METODOLOGIA

A 1.^a revisão da 2.^a 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 2022, 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 2022;

1.1. 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*;

1.2. Preenchimento do anexo C do PPRCIC, em caso de identificação de necessidades de revisão do respetivo *mapa de gestão e controlo do risco*, no que diz respeito quer à identificação de riscos (por exemplo, aditamento de novos riscos ou eliminação de riscos que tenham sido, entretanto, completamente mitigados), quer para efeitos de implementação de medidas preventivas (identificação de novas medidas ou reformulação de outras que evidenciem ser mais eficazes).

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 o ano de 2022:

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.

Riscos	Medidas Preventivas/Controlos Existentes	Grau de Implementação	Observações
Risco de ausência de integridade, responsabilidade, transparência, objetividade, imparcialidade e confidencialidade.	1. Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.	Totalmente Implementado	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovação e divulgação do Código de Conduta Ética da ARSA, IP a 21/05/2015. - Formação sobre “Ética nos serviços de saúde” (ano 2021). - Utilização integral do sistema de gestão documental na ARSA, IP, com definição de níveis de responsabilidade e controlo de acessos.
Risco de acesso a informação privilegiada e usufruto da mesma em proveito próprio.	2. Declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos e escusa.		
Risco de conflito de interesses.	3. Promoção de ações de formação a todos os trabalhadores sobre a temática de conflito de interesses.		
Risco de aceitação indevida de ofertas.	4. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA, IP.		
Risco de prestação de informação inadequada/mau atendimento.	5. Definição de níveis de responsabilidade e acompanhamento pelas chefias e reporte aos mesmos pelas matérias questionadas.		
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados.	6. Cumprimento dos normativos sobre proteção de dados.		

No que respeita à monitorização do Código de Conduta Ética, foi instaurado um processo de inquérito em 2022, no qual foi proposto formação sobre ética no serviço público e a difusão de boas práticas nas relações internas entre colegas e um processo disciplinar que se encontra suspenso pelo prazo de um ano.

Recomenda-se a continuidade de formação em matérias relacionadas com a ética e conflito de interesses, de forma a abranger o maior número possível de trabalhadores, bem como proporcionar formação transversal sobre gestão do risco.

3.2. CONSELHO DIRETIVO (CD)

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de parcialidade/falta de isenção na tomada de decisão.	1. Aprovação dos pareceres e informações dos serviços da ARS Alentejo, IP, em reuniões do conselho diretivo, com registo em ata da decisão.	Totalmente Implementado	
Risco de utilização das atribuições ou recursos da instituição para obtenção de vantagem indevida e/ou favorecimento ou prejuízo de terceiros.	2. Atribuição de acessos a sistemas de informação ao estritamente necessário.	Totalmente Implementado	
Risco de existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos.	3. Promoção de ações de formação a todos os trabalhadores sobre a temática de conflito de interesses, sobre o Código de Conduta Ética e PPRCIC.	Não Implementado	
	4. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente Implementado	
	5. Definição e aprovação da política de conflito de interesses da ARSA, IP, em cumprimento da Recomendação do CPC, de 8 de janeiro de 2020.	Não implementado	

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de falhas de uniformização de procedimentos na instituição ou de redução de qualidade dos serviços prestados.	6. Reuniões internas periódicas de planeamento e acompanhamento das atividades junto dos serviços.	Totalmente Implementado	
	7. Implementação e divulgação do regulamento de comunicação de irregularidades da ARSA, IP.	Parcialmente Implementado	
	8. Tramitação dos processos de decisão através de sistema de informação de gestão documental.	Totalmente Implementado	
	9. Disponibilização e atualização dos conteúdos no portal da ARSA, IP, numa ótica de transparência e de gestão participativa.	Parcialmente Totalmente	
Risco de baixa execução dos objetivos delineados no QUAR.	10. Identificação de riscos associados à execução dos vários instrumentos de gestão da ARSA, IP e respetivo acompanhamento nas várias fases de execução, nomeadamente através de:		
Risco de falhas no controlo da execução dos instrumentos de gestão, nomeadamente Plano de Atividades, Relatório de Atividades, Plano Estratégico, PPRCIC.	a) Definição de um calendário anual relativo à elaboração dos respetivos instrumentos de gestão e distribuição de responsabilidades pelos serviços competentes, após definição e aprovação do calendário por parte da tutela, nos casos aplicáveis;	Não implementado	
	b) Reuniões periódicas ou solicitação de informação atualizada sobre a execução dos instrumentos de gestão aos responsáveis pelos mesmos;	Parcialmente Implementado	
	c) Implementação de medidas corretivas, caso o acompanhamento efetuado demonstre uma fraca execução dos trabalhos ou risco de incumprimento dos prazos de execução.	Totalmente Implementado	

O Conselho Diretivo é o órgão de gestão da ARS Alentejo, IP constituído por um Presidente e 2 Vogais, nos termos do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, IP.

A constituição deste órgão, na ARS Alentejo, IP, foi alterada, em 2021, por término do mandato dos lugares de presidente e vogais. Assim, pelo Despacho n.º 11611/2021, publicado no DR n.º 228/2021, Série II, de 24 de novembro de 2021, de Sua Excelência a Ministra da Saúde, foi nomeada em regime de substituição a doutorada Maria Filomena Ferreira Mendes e a licenciada Margarida Fernanda Coelho Murta Rebelo da Silveira, respetivamente para os cargos de Presidente e Vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP, com efeitos a partir de 17 de novembro de 2021.

De notar, que a publicação do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro veio introduzir alterações orgânicas nas ARS, IP, com efeitos à entrada em vigor da Lei do Orçamento do Estado para 2023. Assim, a missão e as competências das ARS, IP foram profundamente modificadas, tendo algumas das suas atribuições sido transferidas para outros organismos públicos. A presente conjuntura e a incerteza sobre a sua continuidade, gerada pela reforma

estrutural em curso, tem reflexos na atividade, no entanto, tem procurado reajustar-se e trabalhar em prol da sua missão para a qual foi constituída.

Em termos globais, consideram-se implementadas, em 2022, as medidas preventivas constantes do PPRCIC, com exceção de três, nomeadamente, as medidas 3, 5 e 10. a).

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo órgão de gestão, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.3. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de favorecimento das unidades prestadoras de cuidados; violação dos princípios de equidade, isenção e imparcialidade.	1. Aplicação das metodologias de Contratualização da ACSS e racionais de metas inerentes.	Totalmente implementado	De acordo com Termos de Referência para a Contratualização e Operacionalização da Contratualização com os CSP.
	2. A instrução de pareceres é precedida de verificação do mapa de pessoal na Plataforma BI RH e submissão a decisão superior.	Totalmente implementado	Emissão de pareceres com base no formulário submetido pela Entidade e verificação de informação constante no BI RH (fonte primária de informação RHV).
Risco de enviesamento na tomada de decisão sobre a implementação de realidades organizacionais desadequadas à Região.	3. Aplicação da metodologia de Contratualização da ACSS, nomeadamente na parte da avaliação. Existência de relatórios de acompanhamento periódicos.	Totalmente implementado	Tableau de Bord mensal de acompanhamento (produção, acesso, económico-financeira).
	4. Análise/estudo dos modelos organizacionais e adequação dos mesmos às necessidades regionais.	Totalmente implementado	Em consequência de decisões do Ministério da Saúde/Direção Executiva do SNS ou Conselho Diretivo da ARS
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.	5. A informação tratada no âmbito da instrução dos processos ou pedido de esclarecimentos é formalizada por escrito.	Totalmente implementado	Qualquer pedido de esclarecimento/alteração à convenção é colocado por escrito e efetuado registo de entrada.
	6. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet.	Totalmente implementado	Informação revista regularmente, por forma a evitar erros. Publicada informação no portal da ARS relativa a todas as convenções ativas, por área de convenção.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	7. Apreciação/revisão do parecer técnico e demais informação produzida pelo superior hierárquico.	Totalmente implementado	Todos os pareceres submetidos a decisão do Conselho Diretivo, passam pela Diretora de Departamento, que os analisa, antes de remeter para decisão (processo realizado através do sistema de gestão documental).
Risco de conflito de interesses.	8. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.	Totalmente implementado	
Risco de incumprimento do Regulamento do SIGIC.	9. Acompanhamento e monitorização das situações pendentes pela URGA.	Totalmente implementado	Elaboração de relatórios mensais de acompanhamento.
Risco de não deteção das não conformidades, com repercussões na faturação do SIGIC.	10. Verificação dos episódios faturados, de acordo com o Manual de Procedimentos.	Totalmente implementado	
Risco de não cumprimento do clausulado da Convenção.	11. Realização de Visitas Técnicas de Acompanhamento junto das entidades com Convenção.	Totalmente implementado	Elaboração de Plano Anual de Visitas Técnicas.

O Departamento de Contratualização (adiante designado por DC) é dirigido por um dirigente intermédio de 1.º grau e tem como missão colaborar com as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Alentejo, promovendo a melhoria contínua da qualidade assistencial aos cidadãos, capaz de gerar verdadeiros ganhos em saúde, através do processo de contratualização de objetivos produtivos e económico-financeiros, monitorização e avaliação do desempenho dessas mesmas instituições, enquadrados nos princípios de equidade, acessibilidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

As competências do Departamento de Contratualização (DC) são as constantes no n.º 1 e n.º 2 do artigo 4.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, ao qual compete participar na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde, entre outras atribuições, não tendo sido identificados riscos elevados, no âmbito das suas atividades, aquando a última revisão do PPRCIC.

Em termos globais, consideram-se implementadas, em 2022, as medidas preventivas constantes do PPRCIC, destacando-se positivamente a retoma das visitas técnicas de acompanhamento às entidades com convenção, em 2022 (medida 11.), assim como a retoma da operacionalidade da plataforma BI RH, permitindo que a emissão de pareceres com base no formulário submetido pela entidade seja verificada com a informação que consta na plataforma (medida 2).

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do DC, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.4. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de deficiente qualidade da informação financeira prestada a entidades externas e/ou incumprimento dos prazos estabelecidos.	1. Informação automaticamente gerada pelos sistemas de informação, devidamente conferida por colaborador; Elaboração de relatório mensal de controlo de gestão.	Totalmente implementado	
	2. Elaboração de cronograma de prazos de resposta a cumprir, visível a todos os colaboradores.	Totalmente implementado	

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de sub-orçamentação por deficiente previsão das necessidades orçamentais e/ou por determinação superior, em virtude de contenção orçamental.	3. Previsões efetuadas com base em custos históricos e com modelos de previsão de rigor técnico-científico reconhecido, tendo como referência as instruções e orientações da tutela.	Totalmente implementado	A suborçamentação é uma realidade grave, causada pela atribuição de plafond orçamental bastante inferior à realidade da atividade desenvolvida pela ARSA, IP.
Risco de realização de despesas não cabimentadas e/ou em incumprimento da LCPA.	4. Bloqueio do sistema informático quando se pretende emitir a nota de encomenda sem o n.º de cabimento e n.º de compromisso.	Não implementado	
	5. Bloqueio dos sistemas informáticos quando não é inserido o n.º de cabimento e o n.º de compromisso relativo à despesa.*	N.a.	
Risco de deficiente integração ou não integração de informação entre diferentes ficheiros e aplicações informáticas (ex: SIGO e SICC).	6. Aperfeiçoamento contínuo dos <i>interfaces</i> necessários à integração dos ficheiros informáticos.	Parcialmente implementado	Competência dos serviços informáticos da DGO e SPMS.
Risco de classificação inadequada da despesa ou de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	7. Conferência, em nível hierárquico superior, dos montantes e da classificação contabilística e dos documentos e registos efetuados no SICC, em conformidade com as normas contabilísticas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	Totalmente implementado	São executados dois níveis de conferência e controlo. O 1º por uma técnica superior do serviço de contabilidade e 2º pela coordenadora da UGRH.
Risco de existência de faturas por processar ou de registo duplicado de faturas.	8. Circularização periódica de saldos de terceiros.	Totalmente implementado	
	9. Bloqueio do sistema informático quando se pretende processar igual número de fatura.	Totalmente implementado	
	10. Anotação na fatura do seu processamento, com colocação de carimbo.	Totalmente implementado	
	11. Conferência dos registos efetuados por colaborador diferente; realização de reconciliações bancárias.	Totalmente implementado	
Risco de manipulação dos ficheiros de integração de documentos para processamento contabilístico.	12. Conferência do processamento, através do suporte em papel, efetuado por colaboradores distintos dos que realizam a integração dos ficheiros e acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente.	Parcialmente implementado	
	13. Revisão e aprovação da folha de caixa por superior hierárquico competente; análise diária/conferência dos pagamentos/recebimentos por colaborador diferente.	Totalmente implementado	
Risco de desvio de fundos ou omissão/lapso de introdução de ficheiros no homebanking e/ou deficiente integração dos ficheiros entre as aplicações informáticas.	14. Segregação de funções e definição clara dos diferentes níveis de responsabilidade no âmbito dos pagamentos e cobranças; Validação obrigatória dos pagamentos pelo Conselho Diretivo ou por quem este delegar.	Totalmente implementado	
	15. Controlos de segurança do homebanking (é obrigatório inserir o NIF do fornecedor/entidade; para NIB's inexistentes, o sistema bloqueia a transferência). Pedido obrigatório a todas as entidades/fornecedores de documento comprovativo do NIB emitido por instituição bancária.	Parcialmente implementado	Nem todos os documentos com os NIB's são emitidos por instituição bancária.
Risco de pagamento sem entrega do bem ou prestação de serviço.	16. Indicação na fatura de que o bem/serviço foi devidamente recebido/prestado, nos termos da adjudicação, pelo serviço que rececionou o bem/serviço.	Totalmente implementado	

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	No caso de pagamento adiantado, emissão de declaração de compromisso de entrega do bem ou prestação de serviço por parte do fornecedor.		
Risco de pagamento de despesas sem verificação da existência de certidão da situação tributária e contributiva do beneficiário do pagamento.	17. Consulta obrigatória da situação tributária de cada fornecedor e junção da respetiva certidão a cada documento de despesa emitido.	Totalmente implementado	
Risco de contratação de Transporte de Doentes não ajustada às necessidades dos utentes da ARSA, IP	18. Caracterização adequada das necessidades, através de reuniões com as entidades transportadoras.	Totalmente implementado	Não obstante, em certas fases do ano como a época de incêndios ou picos de pandemia por COVID, os transportadores excecionalmente podem apresentar dificuldades devido à falta de RH.
Risco de elevado número de transportes recusados pelas entidades transportadoras por capacidade insuficiente de Transporte de Doentes.			
Resposta desajustada aos pedidos de transporte imediatos dos SAP ou SUB para o SU do HESE.	19. Salvaguarda em contrato, de acordo com as necessidades e com a garantia de resposta imediata.	Totalmente implementado	Assegurado pela informatização do processo (SGTD).
Pedidos excessivos de transporte em ambulância, em detrimento do transporte em grupo.	20. Análise do mapa de prestações mensais e envio de email de alerta aos intervenientes respetivos quando são detetadas situações de transporte que poderiam ser agrupadas.	Totalmente implementado	
Risco de sobrefaturação (kms e/ou horas de espera em excesso).	21. Parametrização do SGTD para contagem dos kms dos percursos; horas de espera colocadas no SGTD ou emissão de declaração comprovativa pelas entidades prestadoras.	Totalmente implementado	
	22. Atribuição de logins de acesso ao SGTD nominais, sendo identificados os respetivos profissionais em qualquer registo efetuado na plataforma.	Totalmente implementado	
Risco de incumprimento do art.º 3º da Portaria n.º 142-B/2012 (Condições de isenção de encargos) e consequente aumento dos encargos financeiros.	23. Emissão de alerta pelo SGTD ao médico aprovador quando não estão reunidas todas as condições para isenção de transporte.	Totalmente implementado	Existe alerta mas permite que o processo continue.
Risco das demonstrações financeiras não refletirem o valor real do património da ARSA, IP, por inexistência de comunicação ao DGAG de factos que tenham produzido alterações patrimoniais relevantes.	24. Criação de circuito de comunicação ao DGAG de factos com relevância patrimonial e para efeitos de atualização do inventário.	Totalmente implementado	Existe circuito que parte desde os CS, passando pelo ACES até sede da ARSA, IP, (DGAG).
	25. Processo de regularização assegurado pelo Gabinete Jurídico.	Totalmente implementado	Regularização a ser realizada pelo Gabinete Jurídico.
Risco de ausência de etiquetagem de bens, facilitando o uso indevido ou a apropriação de bens.	26. Verificação por amostragem aleatória da existência de etiquetas nos bens móveis.	Não implementado	Executado anualmente pelo ROC, no entanto, em 2022 dada a inexistência de ROC este procedimento não foi realizado.
Risco de realização de abates de bens sem controlo, monitorização e autorização pelo Conselho Diretivo, podendo resultar na utilização indevida de bens abatidos.	27. Elaboração de propostas de abate de bens de imobilizado a apresentar ao CD para aprovação, precedida de uma adequada análise crítica das necessidades de abate.	Totalmente implementado	Não obstante, há profissionais que não cumprem os procedimentos instituídos.
Risco de as Unidades de Saúde não recolherem a documentação adequada à prestação de cuidados de saúde (p.e. Cartão Europeu de Saúde, inválido, caducado, ...) e consequente atraso na emissão da faturação, no caso dos cidadãos estrangeiros.	28. 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 implementado	Não obstante, há profissionais que não cumprem os procedimentos instituídos.
Risco de não reconhecimento do segurado pelo país competente.	29. Esclarecimento de dúvidas e prestação de apoio às Unidades de Saúde, de acordo com a legislação comunitária.	Totalmente implementado	

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de incumprimento das normas arquivísticas e de extravio ou deterioração de documentação.	30. Afetação de pessoal com formação na área de arquivo.	Não implementado	A Técnica Superior foi transferida para os RH e já saiu da ARSA, IP por mobilidade.
	31. Garantir as condições físicas e logísticas necessárias para assegurar a adequada segurança do arquivo da documentação.	Totalmente implementado	
Risco de deficiente avaliação das necessidades e da planificação da contratação pública.	32. Elaboração do plano anual de compras e análise crítica das necessidades informadas com periodicidade definida pelos Departamentos/Serviços e ACES.	Parcialmente implementado	É realizado levantamento de necessidades, no entanto devido à suborçamentação o planeamento anual e a sua execução fica prejudicada.
Risco de incumprimento da legislação em matéria de contratação pública e de realização de despesa e/ou ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na tramitação das fases dos procedimentos concursais.	33. Segregação de funções e definição clara dos diferentes níveis de responsabilidade; acompanhamento e supervisão direta pelo responsável hierárquico competente; Recurso à Plataforma eletrónica da contratação pública; registo na base GOV e plataforma da ANCP do resultado da adjudicação e de todos os procedimentos.	Totalmente implementado	
	34. Verificação da conformidade legal dos processos pelo Gabinete Jurídico.	Parcialmente implementado	Apenas nos casos mais complexos é solicitado apoio e validação do Gabinete Jurídico.
	35. Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto.	Totalmente implementado	
	36. Nos casos de recurso à consulta prévia ou ajuste direto, adotar procedimentos de controlo interno que assegurem o cumprimento dos limites à formulação de convites às mesmas entidades.	Totalmente implementado	
	37. Atualização periódica do Manual de Procedimentos de aquisição de bens e serviços	Totalmente implementado	
Risco de deficiente qualidade dos cadernos de encargos face às especificações técnicas e jurídicas, podendo resultar em contratação de fornecedor não habilitado e/ou bem/serviço desajustado às necessidades ou para benefício de terceiros.	38. Análise crítica ou emissão de parecer técnico e jurídico especializado sobre as especificações técnicas a incluir no caderno de encargos.	Totalmente implementado	Clausulas técnicas são realizadas sempre pelos especialistas de cada área.
Risco de falta de controlo no pagamento dos contratos.	39. Acompanhamento pelo gestor do contrato dos prazos contratuais em vigor e respetivos termos e análise crítica, mediante emissão de parecer técnico, da necessidade de prorrogação dos mesmos.	Totalmente implementado	
Risco de não inclusão de cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato com eficácia jurídica.	40. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico.	Totalmente implementado	
	41. Apresentação de memorandos e relatórios de acompanhamento pelo gestor do contrato e avaliação dos processos ao nível da aquisição, distribuição e logística.	Parcialmente implementado	
Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os concorrentes e os elementos do júri dos procedimentos concursais.	42. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.	Totalmente implementado	
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização das propostas na fase de avaliação, mediante a criação de metodologias de avaliação de	43. O colaborador que identifica a necessidade de aquisição, não pode fazer parte do júri de concurso.	Totalmente implementado	
	44. Explicitação de forma clara dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa.	Totalmente implementado	

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
propostas para favorecimento de concorrentes.	45. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes e disponibilização de toda a informação de natureza administrativa, em conformidade com a Lei do Acesso aos Documentos Administrativos.	Totalmente implementado	
Risco de excesso ou rutura de stocks.	46. Definição dos pontos de encomenda de forma criteriosa; Previsões efetuadas com base em consumos históricos e com base em previsões da atividade assistencial.	Totalmente implementado	
Risco de quebras, sinistros e perdas de valores ativos.	47. Cumprimento das boas práticas em matéria de segurança e acondicionamento dos bens armazenados (incluindo de organização, transporte e sistemas de leitura ótica dos bens).	Totalmente implementado	
	48. Verificação periódica do funcionamento da cadeia de frio; alarme de avaria.	Totalmente implementado	
	49. Cumprimento da Norma Interna n.º 1/2020, de 20/01 e Norma de Procedimento Interna sobre "armazenamento e distribuição de medicamentos termolábeis (entre 2.º a 8.º C)".	Totalmente implementado	
Risco de apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores dada a natureza das suas funções.	50. Adequada segregação de funções; registo informático das entradas e saídas de armazém por colaboradores diferentes de quem manuseia e prepara os pedidos efetuados.	Totalmente implementado	
	51. Armazenamento dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos em cofre e contagem de stocks periódica, em confronto com o registo de entradas e saídas através do Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 08/06.	Totalmente implementado	
Risco de entrega não atempada ou em falta dos bens solicitados pelos Centros de Saúde.	52. Registo atempado no sistema informático e no prazo estipulado pelo Armazém Central das movimentações de stocks nas UF; emissão de requisição atempada.	Parcialmente implementado	
	53. Controlo/contacto com os fornecedores que tenham encomendas em atraso.	Totalmente implementado	
Risco de contagem incorreta e/ou incompleta dos artigos em stock, por lapso ou intenção.	54. Promover a elaboração de inventário global no final do ano civil, e inventários parciais por amostragem ao longo do ano, a fim de se identificarem eventuais discrepâncias entre os registos contabilísticos e as contagens físicas. Emissão dos respetivos relatórios de inventário.	Totalmente implementado	Excecionalmente por inexistência de ROC no ano 2022 o inventário final não foi acompanhado pelo ROC.
Risco de manuseamento incorreto de resíduos e consequentes prejuízo para a saúde dos trabalhadores.	55. Cumprimento das regras de segurança de manuseamento e transporte de resíduos e das orientações do Grupo Coordenador Regional de Gestão de Resíduos Hospitalares da ARS Alentejo, IP.	Totalmente implementado	
Risco de falta de rigor e isenção no planeamento prévio da atribuição de viaturas aos colaboradores ou inexistência de autorização para o efeito, potenciando aumento de custos de deslocação de pessoal e transporte de mercadorias.	56. Requisição de transporte através da plataforma informática de requisição de viaturas.	Totalmente implementado	
Risco de utilização indevida de viaturas ou dos cartões de combustível, configurando eventual crime de peculato.	57. Preenchimento integral do boletim diário do veículo.	Totalmente implementado	
	58. Cumprimento do Regulamento de utilização de veículos, aprovado em julho de 2018.	Parcialmente implementado	
Risco de avaliação desajustada das necessidades de reparação, provocando despesas em excesso ou, no sentido inverso, avarias não corrigidas ou que não correspondam aos padrões de qualidade exigidos.	59. Solicitação de diferentes opiniões técnicas.	Totalmente implementado	
	60. Verificação da reparação efetuada, sempre que possível.	Totalmente implementado	

Nota: * A medida n.º 5 não foi avaliada, porque, por lapso, ficou em duplicado no PPRCIC.

O Departamento de Gestão e Administração Geral (adiante designado por DGAG) é dirigido por um dirigente intermédio de 1.º grau e integra uma unidade flexível – a Unidade de Gestão Económico-Financeira (doravante designada de UGEF), coordenada por um dirigente intermédio de 2.º grau. O DGAG tem como missão adequar e gerir os recursos financeiros e patrimoniais disponíveis, arrecadar as receitas, efetuar os pagamentos e assegurar os bens materiais indispensáveis ao cumprimento da missão da ARSA, IP.

As competências do DGAG são as constantes no artigo 5.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, com exceção das alíneas a) a i) e v) a x), que se encontram acometidas, respetivamente à Unidade de Gestão de Recursos Humanos e ao Núcleo de Apoio Técnico na área dos Sistemas de Informação.

Da análise ao quadro supra e tendo em consideração o grau de implementação dos controlos e medidas preventivas definidas no Plano, continua a ser bastante preocupante a situação de suborçamentação da despesa que se tem verificado nos últimos anos, no entanto, esta é uma realidade que, sendo do conhecimento do órgão de gestão, tem sido acompanhada e suscitada junto das entidades competentes.

De uma forma global, as medidas e atividades de controlos encontram-se implementadas, com exceção de duas, nomeadamente ao nível do arquivo, que não tem recursos humanos devidamente qualificados para o efeito e ao nível da verificação por amostragem aleatória da existência de etiquetas nos bens móveis, pela inexistência do Revisor Oficial de Contas (ROC) no ano 2022.

Ainda assim, verificam-se algumas melhorias face ao ano anterior, nomeadamente a verificação da conformidade legal dos processos pelo Gabinete Jurídico.

Resulta, ainda, da avaliação efetuada, a necessidade de revisão de algumas medidas, no que se refere ao controlo das viaturas do parque automóvel da ARS Alentejo, IP, dada a informatização do processo. e sobre a gestão de resíduos hospitalares, devendo considerar-se os resíduos administrativos (toners e tinteiros) para além dos resíduos hospitalares.

3.5. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA E PLANEAMENTO (DSPP)

Áreas	Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Planeamento de Saúde	Risco de conflito de interesses.	1. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente implementado	
	Risco de elaboração de estudos com inadequado rigor técnico e/ou científico.	2. Afetação de pessoal qualificado na área.	Totalmente implementado	
	Risco de ausência de uma avaliação sistemática e de uma atuação adequada conforme os resultados apurados na monitorização dos planos e programas de saúde.	3. Elaboração de relatórios periódicos, com avaliação dos indicadores estabelecidos para cada programa/plano de saúde.	Parcialmente implementado	
		4. Realizar ações de formação/informação para os profissionais de saúde e demais instituições com competências nos vários programas de saúde.	Parcialmente implementado	
		5. Atualizar o Plano Anual de Saúde em alinhamento com o PNS/PRS.	Não implementado	Uma vez que as orientações da DGS para a elaboração do Plano Anual de Saúde de 2022 ainda não foram emitidas, foi dada continuidade ao Plano preconizado até ao ano de 2021.
		6. Atualizar o Perfil Regional de Saúde do Alentejo em articulação com as USP.	Não implementado	O perfil foi retomado em janeiro 2023, estando quase concluído.
Autoridade de Saúde	Risco de conflito de interesses.	7. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente implementado	
	Risco de emissão de pareceres técnicos enviesados, em troca de benefícios.	8. Monitorização regular/periódica dos processos, por amostra.	Totalmente implementado	
		9. Acompanhamento de eventuais reclamações relativas aos pareceres emitidos.	Totalmente implementado	
Laboratório de Saúde Pública Regional	Risco de perda da acreditação dos Laboratórios de Saúde Pública.	17. Cumprimento dos procedimentos internos instituídos e implementação das medidas corretivas identificadas pela entidade auditora.	Totalmente implementado	
	Riscos físicos, químicos e biológicos associados às atividades laboratoriais.	18. Afetação de pessoal devidamente qualificado na área.	Totalmente implementado	
		19. Aplicação de procedimentos de segurança em laboratório; manual de boas práticas.	Totalmente implementado	
	Risco de favorecimento de terceiros, através de subfaturação dos atos realizados.	20. Assegurar os registos completos nos sistemas de informação adequados.	Totalmente implementado	
	Risco de conflito de interesses.	21. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente implementado	

Áreas	Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Observatório Regional de Saúde	Risco de não obtenção de indicadores atempados para a tomada de decisão em saúde.	22. Realização de reuniões periódicas entre os observatórios regionais, para cálculo e definição de indicadores regionais.	Não implementado	Devido ao contexto pandémico, o ORS não exerceu atividade em 2022.
	Risco de inexistência de indicadores de saúde (mortalidade e morbilidade), sócio económicos e de educação comparáveis entre si, a nível regional e nacional.	23. Automatizar o cálculo dos indicadores regionais e locais através da utilização de ferramentas como o Power BI.	Não implementado	
Saúde Ambiental	Risco de saúde pública.	24. Identificar os fatores de risco inerentes à qualidade da água para consumo humano detetados nas ações de vigilância sanitária (DSPP/LSP/USP).	Totalmente implementado	
		25. Dar cumprimento às competências previstas pela DGS/outros no âmbito da qualidade do ar interior e contaminação ambiental de Legionella pneumophila (ARSA-DSPP, LSP/USP).	Totalmente implementado	
		26. Reforçar a articulação com entidades da área do Ambiente para promover a avaliação e gestão integrada da saúde ambiental (ARSA-DSPP/USP).	Totalmente implementado	Colaboração com o Ministério do Ambiente.
		27. Coordenar o Programa Regional de Vigilância de Vetores (DGS, INSA, ARSA-DSPP/USP).	Totalmente implementado	
		28. Reformular os procedimentos normalizados nas ações de vigilância sanitária de piscinas ao nível da região, dando cumprimento à Circular Normativa da DGS (ARSA-DSPP/LSP/USP).	Totalmente implementado	
		29. Realizar ações de formação/informação para os profissionais de saúde e demais instituições com competências na área da saúde ambiental (ARSA-DSPP/USP).	Parcialmente implementado	Falta de condições na sala de formação.
		30. Produzir e divulgar materiais pedagógicos, da área da saúde ambiental, dirigidos aos serviços de saúde e população em geral (ARSA-DSPP/USP).	Parcialmente implementado	Apenas ao nível da USP.

NOTA: Não foram avaliadas as medidas 10 a 16, referentes ao Programa de Intervenção Precoce na Infância.

O Departamento de Saúde Pública e Planeamento é dirigido por um dirigente intermédio de 1.º grau, que, simultaneamente, é o Delegado de Saúde Regional, nos termos do n.º 2, artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro.

Este Departamento contempla várias áreas funcionais, competindo-lhes assegurar as atividades constantes do n.º 1 e 2, do artigo 3.º, da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio,

com exceção das alíneas d), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), t) e w), cujas competências foram atribuídas ao NATAPIE.

No final do ano de 2022, aposentou-se a Diretora do Departamento de Saúde Pública e de Planeamento – Dr.^a Maria Leonor Murjal da Silva, pelo que as suas funções têm vindo a ser asseguradas pelo Dr. Mário Jorge Santos, Assistente Graduado da Carreira Especial Médica – área de saúde pública, nomeado por substituição a 12 de dezembro.

Em 2022 e dada a manutenção do estado de emergência de saúde pública, no que diz respeito à pandemia pela COVID-19, o normal funcionamento de algumas áreas funcionais, como o Observatório Regional de Saúde, continuou prejudicado. É neste contexto que, não foram implementadas algumas medidas preventivas, conforme resulta da análise do mapa acima exposto.

Ainda assim, verificam-se algumas melhorias face ao ano anterior, nomeadamente pela afetação de um engenheiro sanitário ao Departamento e pela retoma do acompanhamento/monitorização de alguns programas de saúde.

3.6. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de falta de rigor técnico e/ou científico ou inexistência de recursos humanos qualificados.	1. Afetação de pessoal qualificado na área e/ou subcontratação de serviços altamente qualificados.	Não implementado	Não houve reforço de pessoal. A falta de pessoal continua e cada vez é maior face a todas as solicitações.
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	2. Emissão de parecer técnico devidamente fundamentado e validado pelo superior hierárquico.	Totalmente implementado	
Risco de conflitos de interesses.	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.	Totalmente implementado	
Risco de deficiente avaliação/não deteção de falhas de segurança e/ou de funcionamento das instalações e equipamentos.	4. Levantamento regular de necessidades de intervenções/reparações em todas as instalações e equipamentos da ARSA, IP.	Totalmente implementado	
Risco de sub - orçamentação e/ou de realização de despesas imprevistas, dada a resolução de eventuais erros técnicos de conceção/instalação.	5. Afetação de pessoal qualificado na área e criação de equipa multidisciplinar.	Totalmente implementado	
Risco de deficiente estimativa de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos.	6. Revisão das estimativas de custo e especificações técnicas pela equipa multidisciplinar e respetivo Coordenador.	Totalmente implementado	
	7. Definição de cláusulas claras, objetivas, íntegras e não discriminatórias ou demasiado exigentes/restritivas que afastem potenciais concorrentes.	Totalmente implementado	

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
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.	8. Escolha do procedimento nos termos do Código da Contratação Pública.	Totalmente implementado	
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização das propostas na fase de avaliação.	9. Explicitação de forma clara, objetiva e quantificável dos critérios de adjudicação e indicadores de avaliação das propostas no convite/programa.	Totalmente implementado	
	10. Prestação atempada de esclarecimentos aos concorrentes e partilha dos mesmos a todos os interessados.	Totalmente implementado	
	11. Disponibilização atempada de toda a informação de natureza administrativa, em conformidade com a Lei do Acesso aos Documentos Administrativos.	Totalmente implementado	
Risco de deficiente qualidade da informação publicitada na plataforma eletrónica.	12. A publicitação do concurso deve obedecer ao imposto por lei e deve assegurar as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis.	Totalmente implementado	
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.	13. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS.	Totalmente implementado	
Risco de ineficácia das cláusulas de penalização em caso de incumprimento do contrato.	14. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico e orientações da ACSS.	Totalmente implementado	
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.	15. Acompanhamento e supervisão direta pela equipa multidisciplinar e/ou pelo Coordenador, atendendo aos prazos de execução da obra estabelecidos.	Totalmente implementado	
Risco de insuficiente ou incorreta fundamentação dos "trabalhos a mais".	16. Exigência de comprovação da estrita necessidade de realização dos trabalhos de natureza imprevista para conclusão da obra.	Totalmente implementado	
Risco de incapacidade financeira/insolvência das empresas adjudicadas.	17. Exigência de garantias bancárias nos termos da lei.	Totalmente implementado	
Risco de inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra.	18. O pagamento da fatura está pendente da elaboração do auto de medição dos trabalhos e de vistoria da obra.	Totalmente implementado	

O Gabinete de Instalações e Equipamentos (adiante designado por GIE) é coordenado por um dirigente intermédio de 2.º grau e tem como missão a execução e operacionalização de projetos, procedimentos (concursos públicos e outros), abertura de propostas e apreciação das mesmas, elaboração de contratos e fiscalização de empreitadas e fornecimentos.

As suas competências constam no artigo 6.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio. Sendo este um gabinete que, pela inerência das suas funções, está fortemente relacionado a riscos elevados de gestão, apesar da implementação da generalidade das medidas preventivas, consideramos manter a graduação do risco, conforme o mapa de gestão e controlo de riscos do GIE, aprovado na 1.ª revisão, da 2.ª edição do PPRCIC.

De igual forma, também não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do GIE, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.7. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)

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

O Gabinete Jurídico e do Cidadão (adiante designado por GJC) é coordenado por um dirigente intermédio de 2.º grau e tem como missão prestar assessoria jurídica ao Conselho Diretivo através da produção de informação jurídica e prestar apoio técnico-jurídico aos projetos e estudos desenvolvidos na ARSA, IP e a toda a respetiva atividade interna. Incube ainda propor as medidas de carácter normativo ou outras que se considerem adequadas, atuando de forma proactiva e preventiva, através da avaliação do risco jurídico no contexto da ARSA, IP.

As competências do GJC são as constantes no artigo 7.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio e, de acordo com as atividades desenvolvidas, o mapa de gestão e controlo de risco, que integra a 1.ª revisão, da 2.ª edição do PPRCIC, identifica um risco elevado, nomeadamente o de *prescrição ou caducidade do processo*.

Todas as medidas preventivas consideram-se implementadas, em 2022, com exceção da medida 6 (parcialmente implementada), por depender da complexidade dos processos e da remessa atempada dos mesmos ao GJC.

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do GJC, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.8. UNIDADE DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS (UGRH)

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade.	1. Cumprimento da legislação em matéria de tramitação do procedimento concursal, legislação específica das carreiras especiais e sobre contratação de médicos aposentados e internato médico.	Totalmente Implementado	
Risco de favorecimento de candidatos e tráfico de influências; violação dos princípios de equidade.	2. Definição clara, objetiva e atempada dos critérios de seleção, bem como publicitação dos documentos, nomeadamente atas, do procedimento.	Totalmente Implementado	
	3. Rotatividade dos membros do júri de concurso, sempre que possível.	Totalmente Implementado	
Risco de conflito de interesses, incompatibilidades e impedimentos nos procedimentos de concurso.	4. Prestação de apoio técnico-jurídico aos membros do júri de concurso.	Totalmente Implementado	
	5. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.	Totalmente Implementado	
Risco de celebração de contratos em prestação de serviços sem que correspondam a uma efetiva necessidade/tráfico de influências.	6. Levantamento anual de necessidades de recursos humanos e fundamentação rigorosa e inequívoca das necessidades de CPS.	Totalmente Implementado	
	7. Submissão a parecer prévio vinculativo dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública.	Parcialmente Implementado	Submissão efetuada via ACSS.

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de prestação de informação incorreta, incompleta e/ou fora de prazo.	8. Conferência rigorosa da informação produzida, sempre que possível, por profissional diferente.	Totalmente Implementado	
	9. Implementação e manutenção do Manual Controlo Interno, bem como atualização permanente dos procedimentos internos.	Parcialmente Implementado	
Risco de acumulação de funções públicas e/ou privadas sem autorização e em violação da lei.	10. Cumprimento da legislação aplicável; Divulgação da Circular Informativa n.º 3/2020, de 01/10 e respetivos formulários para preenchimento, por todos os serviços e unidades de saúde.	Totalmente Implementado	
	11. Pedido anual de entrega de declaração de rendimentos anual e declarações de renúncia, dirigido aos médicos em dedicação exclusiva, nos termos da lei.	Não Implementado	Escassez de Recursos.
	12. Pedido anual a todos os profissionais de informação sobre acumulação de funções (constituição, alteração ou cessação de acumulação de funções) e seu registo em ficheiro de controlo e RHV.	Totalmente Implementado	
	13. Reforço do controlo interno nesta área, nomeadamente com recurso a sistemas de informação apropriados.	Parcialmente Implementado	
Risco de definição de objetivos (avaliação do desempenho) pouco claros e imensuráveis e/ou com incorreções por parte dos avaliadores.	14. Formação periódica dos avaliadores.	Não Implementado	O tempo que mediu entre a aprovação e o final do ano não foi suficiente para proceder à implementação.
Risco de não cumprimento dos prazos impostos por lei ou de não aplicação do SIADAP a todos os trabalhadores.	15. Cumprimento da legislação aplicável.	Parcialmente Implementado	
	16. Controlo e validação das propostas de avaliação pelo CCA e avaliação criteriosa das classificações de distinção, de forma a não serem afetos sempre aos mesmos avaliados como rotina, sem ter em conta o grau de exigência e relevância dos objetivos definidos.	Parcialmente Implementado	Está dependente das decisões do CCA.
	17. Informatização do processo de avaliação de desempenho.	Parcialmente Implementado	
Risco de inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	18. Elaboração e manutenção dos perfis de competências profissionais por posto de trabalho.	Totalmente Implementado	
	19. Afetação de RH aos serviços com postos de trabalho vagos, em respeito pelas competências e perfis profissionais definidas para os respetivos postos.	Totalmente Implementado	
	20. Afixação em placard e publicitação no site da ARSA, IP do mapa de pessoal, em cumprimento da lei.	Não Implementado	

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de favorecimento no processamento da assiduidade.	21. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA, IP.	Totalmente Implementado	
Risco de existência de registos de assiduidade fraudulentos, em especial no caso dos registos manuais.	22. Verificação e validação dos registos de assiduidade pelo superior hierárquico respetivo.	Totalmente Implementado	
	23. Redução de registos manuais, mediante a instalação de terminais de registo biométrico nas unidades em falta.	Não Implementado	Está pendente do software.
	24. Elaboração de um manual de procedimentos para os utilizadores do <i>innuxtime</i> , com definição das funções por perfil de acesso e limites de responsabilidade.	Não Implementado	O tempo que mediu entre a aprovação e o final do ano não foi suficiente para proceder à implementação.
Risco de perda/extravio de informação, por ação humana ou por causas naturais.	25. Definição de um procedimento interno para acautelar uma correta receção e circulação de documentos.	Parcialmente Implementado	O tempo que mediu entre a aprovação e o final do ano não foi suficiente para proceder à implementação a toda a documentação em circulação.
	26. Implementação de mecanismos de segurança para proteção do arquivo de documentação.	Totalmente Implementado	
Risco de inserção de dados incorretos e/ou incompletos quer no RHV quer nos processos individuais.	27. Verificação da documentação constante no processo individual, quer pelos profissionais, quer pelos respetivos trabalhadores e confrontação da mesma com o que consta no RHV.	Parcialmente Implementado	Não é feito regularmente.
	28. Formação sobre organização e gestão de arquivos.	Não Implementado	O tempo que mediu entre a aprovação e o final do ano não foi suficiente para proceder à implementação.
Risco de realização de pagamentos indevidos e favorecimento no processamento das remunerações, abonos e participações de despesas.	29. Conferência e controlo dos processamentos. Implementação do Sistema Informático de Registo de Abonos.	Totalmente Implementado	
	30. Implementação e manutenção do Manual Controlo Interno, bem como atualização permanente dos procedimentos internos.	Parcialmente Implementado	
Risco de falsificação de documentos, com prestação de falsas declarações.	31. Verificação e validação pelo superior hierárquico.	Totalmente Implementado	
Risco de favorecimento de grupos profissionais/Departamentos/Unidades na seleção das áreas formativas e público alvo (violação do princípio da equidade).	32. Efetuar diagnóstico anual de necessidades formativas, abrangendo todos os serviços.	Totalmente Implementado	
Risco de perda de motivação dos RH e consequente produtividade e qualidade do trabalho.	33. Fomentar uma política de atualização de conhecimentos transversais e específicos a cada carreira/grupo profissional.	Parcialmente Implementado	Suborçamentação da despesa.
	34. Fazer diagnóstico de avaliação sobre a satisfação dos profissionais e apresentação de oportunidades de melhoria.	Parcialmente Implementado	

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de perda de financiamento ou de necessidade de restituição de participações, no caso das ações de formação com apoio financeiro comunitário.	35. Controlo e acompanhamento da execução financeira dos programas comunitários.	Totalmente Implementado	
Risco de fuga de informação, violação de segredo ou utilização indevida de informações sigilosas.	36. Acesso ao arquivo condicionado ao uso de credenciais concedidas pelo superior hierárquico.	Totalmente Implementado	

A Unidade de Gestão de Recursos Humanos (adiante designada por UGRH) é coordenada por um dirigente intermédio de 2.º grau e tem como missão assegurar o planeamento e a gestão dos recursos humanos da ARS Alentejo, IP, bem como promover a sua qualificação e valorização profissional. As competências da UGRH são as constantes na alínea a) a i) do artigo 5.º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio.

O volume acrescido de trabalho e a instabilidade observada na manutenção da equipa de trabalho da UGRH não possibilitaram dar sequência e implementar algumas medidas preventivas em 2022, pelo que se mantém inalterada a graduação de risco, bem como todo o mapa de gestão e controlo de riscos, que integra a 1.ª revisão, da 2.ª edição do Plano. A crescer, regista-se também, no início do ano de 2022, a saída da Coordenadora da UGRH e a sua substituição, pelo Dr. Paulo Caraça que termina também as suas funções no final do ano de 2022, sendo substituído a 01 de janeiro de 2023, pela Dra. Liliana Duarte. Encontrando-se a Coordenadora da UGRH ciente da matéria em apreço e da sua responsabilidade enquanto gestora do risco da UGRH, não propõe, por enquanto, alterações ao modelo de risco, em vigor, justificando não ser possível dar sequência à implementação de algumas medidas, devido ao volume acrescido de trabalho e à mudança de profissionais nesta Unidade.

3.9. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS ENAS DEPENDÊNCIAS (DICAD)

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de ineficácia dos programas estruturados de intervenção local, financiados pelo SICAD (PORI).	1. Existência de um regulamento, que define as regras de candidatura e monitorização após aprovação.	Não implementado	Medida não aplicável, dada a inexistência no Alentejo de projetos financiados pelo SICAD.

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	2. Monitorização e reporte com periodicidade definida da execução dos programas de intervenção local, através do envio de indicadores mensais. Obrigatoriedade de apresentação de relatórios (um intermédio e um final, do foro técnico-financeiro), acompanhados de parecer dos coordenadores dos respetivos CRI's.	Não implementado	Medida não aplicável, dada a Inexistência no Alentejo de projetos financiados pelo SICAD.
Risco de deficiente articulação interinstitucional, tendo em vista a execução dos programas concretos (Prevenção e Intervenção Comunitária; Tratamento e Reinserção Social).	3. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade, no âmbito da intervenção comunitária/ discussão e partilha de conhecimentos pelos vários interlocutores, em torno de um objetivo concreto.	Totalmente implementado	
Risco de inexistência de um plano coordenado de avaliação e supervisão dos CRI's que proporcione um planeamento e uma gestão mais adequada e próxima a cada CRI.	4. Designação de um responsável regional por cada área de missão (Prevenção e Intervenção Comunitária e Tratamento), tendo como objetivo a coordenação e a uniformização de critérios e ações desenvolvidas.	Totalmente implementado	
	5. Realização de reuniões semanais/quinzenais para efeitos de monitorização da atividade desenvolvida.	Totalmente implementado	
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	6. Rotatividade de tarefas e adequada segregação de funções.	Totalmente implementado	
Risco de conflito de interesses.	7. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflitos de interesses.	Totalmente implementado	
Risco de deficiente ou inexistente conferência da faturação apresentada pelas unidades convencionadas.	8. Instituição de procedimento interno para a conferência da faturação.	Parcialmente implementado	
	9. Implementação de uma plataforma eletrónica para desmaterialização de toda a gestão processual, desde o internamento até à alta clínica.	Totalmente implementado	
Risco de furto de metadona e outros medicamentos/material consumo clínico utilizados no tratamento das toxicodependências.	10. Procedimentos gerais de segurança nos vários edifícios.	Parcialmente Implementado	
	11. Armazenamento dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos em cofre e contagem de stocks periódica, em confronto com o registo de entradas e saídas através do Anexo X da Portaria n.º 981/98, de 08/06 e definição do respetivo procedimento de controlo interno.	Totalmente implementado	

A Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (adiante designado por DICAD) é coordenada por um dirigente intermédio de 2.º grau e tem como missão a promoção da redução do consumo de substâncias psicoativas, prevenção dos comportamentos aditivos e diminuição das dependências.

As suas competências encontram-se definidas no artigo 8º, aditado à Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio, pelo artigo 2º da Portaria n.º 210/2013, de 27 de junho e resultam da extinção do anterior Instituto da Droga e da Toxicod dependência, IP, preconizada em 2012.

Todas as medidas preventivas consideram-se implementadas, em 2022, com exceção das medidas 8 e 10 (parcialmente implementadas), recomendando-se:

- A criação de um procedimento interno sobre a conferência de faturas (descrição de circuitos e respetivos responsáveis, documentos verificados, sistemas de informação utilizados, etc.);
- A elaboração de um regulamento, para conhecimento dos trabalhadores, sobre procedimentos de segurança a adotar, contra a apropriação indevida de cloridrato de metadona.

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do DICAD, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.10. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NA ÁREA DO PLANEAMENTO, INVESTIMENTOS E ESTATÍSTICA (NATAPIE)

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de desatualização/inexistência dos instrumentos de gestão.	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 Implementado	
Risco de deficiente monitorização dos objetivos definidos no QUAR.	2. Monitorização regular e periódica dos objetivos do QUAR e emissão de alertas aos serviços respetivos para o seu cumprimento.	Não Implementado	
Risco de fraca monitorização do Programa da Telesaúde e, conseqüente, perda de qualidade do mesmo, não obstante os recursos despendidos.	3. Certificação do Programa de Telesaúde; realização de reuniões periódicas e produção de indicadores de avaliação; promoção de auditorias internas ao Programa.	Totalmente Implementado	
Risco de produção de informação incompleta, desatualizada e/ou não fiável sobre a saúde da população e seus determinantes.	4. Cruzamento de dados obtidos a partir do SIARS.	Totalmente Implementado	
	5. Definição nacional dos indicadores estatísticos relevantes para as investigações em curso; realização de reuniões periódicas tendo em vista a obtenção dos inputs necessários.	Totalmente Implementado	

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	6. Afetação de pessoal qualificado e sistemas de informação adequados.	Não Implementado	
Risco de desajustamento da rede de referência às necessidades da população e aos recursos existentes nas estruturas hospitalares.	7. Levantamento exaustivo das necessidades da Região e apresentação de um documento estratégico regional ao CD.	Não Implementado	Através do Despacho n.º 7566/2022, de 17 de junho, a tutela determinou a constituição dos grupos técnicos para a elaboração das propostas de revisão das RRH, em diferentes especialidades, e para os quais solicitou os representantes da ARSA, IP. O NATAPIE não teve qualquer intervenção nesta área.
	8. Afetação de pessoal qualificado (assessoria clínica).	Não Implementado	
Risco de deficiente articulação intersectorial/interinstitucional.	9. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.	Totalmente Implementado	
Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	10. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição e declaração de inexistência de conflitos de interesses.	Totalmente Implementado	
Risco de conflito de interesses.			
Risco de inadequada monitorização dos investimentos em curso.	11. Acompanhamento regular da execução dos vários procedimentos; realização de reuniões periódicas com os vários interlocutores.	Totalmente Implementado	O acompanhamento é feito em estreita articulação com os diferentes interlocutores, privilegiando a comunicação via <i>mail</i> e contacto telefónico.
	12. Atualização regular e criteriosa dos mapas de acompanhamento da execução dos investimentos.	Totalmente Implementado	
Risco de incumprimento dos prazos de candidatura.	13. Acompanhamento e definição de prioridades, atendendo aos prazos de candidatura.	Totalmente Implementado	
Risco de não identificação de todas as necessidades em investimentos e/ou suborçamentação de necessidades, nomeadamente em algumas rubricas de despesa.	14. Definição de prioridades, acompanhamento e aprovação por parte do Conselho Diretivo.	Totalmente Implementado	
	15. Trabalho em equipa e de proximidade com os diferentes serviços.	Totalmente Implementado	
Risco de inexistência de arquivo nos dossiers de documentação relevante/dispersão de informação pelos diferentes serviços.	16. Conferência da informação prestada e arquivada, por colaborador diferente.	Não Implementado	A área dos investimentos é constituída apenas por uma técnica, pelo que não há essa possibilidade.

O Núcleo de Apoio Técnico para as áreas de Planeamento, Investimentos e Estatística (adiante designado por NATAPIE) funciona na dependência direta do Conselho Diretivo e tem a missão de prestar apoio direto à tomada de decisão em áreas estratégicas como são o planeamento, os investimentos e a estatística, de forma a habilitar o Conselho Diretivo da ARSA, IP, na tomada de decisões para a operacionalidade dos serviços, de acordo com os princípios que regem uma boa gestão.

As competências asseguradas pelo NATAPIE correspondem às alíneas d), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), t) e w), do n.º 1, artigo 3.º, da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio.

Em 2022, saíram 2 Técnicos Superiores do NATAPIE e até à data não foram substituídos. Assim, a taxa de execução das medidas é inferior, em relação ao ano anterior.

As medidas 7 e 8 não foram implementadas, uma vez que estão associadas a uma atividade não executada em 2022 e a medida 16, também não tem sido implementada, dada a inexistência de recursos humanos suficientes para o efeito, sendo que em 2022 foi aberto procedimento concursal para recrutamento de pessoal para esta área, não estando ainda concluído o mesmo.

Sobre o risco de desatualização/inexistência dos instrumentos de gestão, reconhece-se efetivamente a elaboração extemporânea de alguns dos instrumentos de gestão da ARSA, IP, o que decorre da saída de um Técnico Superior, com competências na área do planeamento.

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do NATAPIE, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.11. NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO NA ÁREA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (NATASI)

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Riscos inerentes à inexistência de um plano estratégico de TIC; risco de falta de orientações estratégicas, de planeamento e de enquadramento organizacional.	1. Desenvolvimento/elaboração de um plano estratégico de TIC, devidamente alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais definidos no QUAR da ARSA, IP.	Não Implementado	O Plano estratégico de TIC, plano de ação e QUAR do NATASI, são elaborados de acordo com as orientações superiores, vindas do Plano Estratégico da SPMS, do Plano de Atividades da ARSA, IP e do QUAR institucional. Estes instrumentos ainda não foram publicados pelo que o NATASI está a aguardar.
Risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	2. Rotatividade de tarefas.	Totalmente Implementado	

Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de conflito de interesses.	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente Implementado	
Risco de deficiente estimação de custos; risco de definição inadequada e/ou incompleta das especificações técnicas no caderno de encargos.	4. Revisão das estimativas de custo e das especificações técnicas pela equipa/núcleo.	Totalmente Implementado	
Risco de inexistência de uma política de segurança suficientemente eficaz, que previna situações de fuga de informação/uso e fornecimento de informação não autorizada a outrem.	5. Definição clara da cadeia de responsabilização para atribuição de acessos.	Totalmente Implementado	
	6. Possibilidade de consulta dos logs do sistema para todos os acessos concedidos.	Totalmente Implementado	
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados.	7. Encriptação de dados sensíveis nas base de dados geridas pelo NATASI.	Totalmente Implementado	
Risco de interrupção não planeada dos sistemas de informação, com prejuízo para os utilizadores e utentes.	8. Ligação remota e suporte técnico assegurado por entidades externas, nomeadamente SPMS e existência de contratos de manutenção para aplicações críticas.	Totalmente Implementado	
Risco de perda de controlo da localização dos recursos afetos/ desatualização dos inventários.	9. Atualização dos inventários de hardware/software e verificações aleatórias dos inventários.	Totalmente Implementado	
Risco de apropriação indevida de bens (hardware e software).	10. Documentação das entregas, cedências, devoluções e abates de equipamentos.	Totalmente Implementado	
Risco de inutilização/destruição de equipamento por inadequada manutenção/reparação ou guarda em locais impróprios ou perda de informação por ação humana involuntária ou causas naturais.	11. Assegurar as condições físicas e logísticas necessárias ao bom funcionamento dos equipamentos, incluindo o transporte de equipamentos para as Unidades Funcionais.	Totalmente Implementado	
	12. Existência de mais do que uma cópia de segurança e guarda das mesmas em diferentes locais.	Totalmente Implementado	
Risco de deficiente / insuficiente suporte técnico.	13. Acionamento das cláusulas contratuais de penalização em caso de incumprimento por parte das empresas contratadas.	Totalmente Implementado	
Risco de impossibilidade/dificuldade na conceção/construção de aplicações e programas informáticos que assegurem os objetivos pretendidos pelos serviços que manifestaram a sua necessidade.	14. Estreita articulação entre o NATASI e o serviço que usufruirá da aplicação/programa informático para o delineamento da mesma, segundo os objetivos pretendidos.	Totalmente Implementado	
Risco de realização de testes insuficientes ou não totalmente representativos para verificação do correto funcionamento das aplicações.	15. Assegurar a realização de testes em número suficiente para aferir o correto funcionamento dos programas e aplicações.	Totalmente Implementado	

O Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação (adiante designado por NATASI) funciona na dependência direta do Conselho Diretivo e tem a missão de assegurar a gestão e manutenção dos sistemas de informação e comunicação da ARSA, IP.

As competências do NATASI são as constantes das alíneas v) a x), do nº 1 do artigo 5º da Portaria n.º 157/2012, de 22 de maio.

Globalmente as medidas preventivas estão implementadas, no entanto, dada a natureza e a complexidade das funções exercidas e os riscos inerentes às mesmas, mantém-se a necessidade de implementação de um sistema de controlo interno bastante robusto e a avaliação dos riscos, de acordo com o mapa de gestão e controlo de riscos do NATASI, que integra a 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

A medida preventiva 1 não foi implementada, considerando que o Plano Estratégico de TIC, plano de ação e QUAR do NATASI, são elaborados de acordo com as orientações superiores, vindas do Plano Estratégico dos SPMS, do Plano de Atividades da ARSA, IP e do QUAR institucional, documentos estes que não foram publicados.

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco do NATASI, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.12 EQUIPA COORDENADORA REGIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECRCCI)

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de ineficácia das linhas de atuação definidas, tendo em vista a promoção da proatividade dos parceiros da Rede.	1. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional.	Totalmente Implementado	Reuniões da ECR periódicas; Comunicações internas; Pareceres técnicos.
Risco de existência de erros, omissões e ambiguidades não intencionais ou deliberadas na redação dos termos contratuais, com o fim de obtenção de vantagens indevidas ou de inexistência de cláusulas de penalização, em caso de incumprimento do acordo.	2. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade interinstitucional.	Totalmente Implementado	As minutas de contratos-programa/acordos aprovadas pelos Conselhos Diretivos da ACSS, IP, e ISS, IP, são disponibilizadas pela ACSS sempre que existem alterações.
	3. Apoio técnico concedido pelo Gabinete Jurídico.	Totalmente Implementado	Aplicável, de acordo com necessidade identificada/solicitação.
Risco de existência de favorecimento ilícito na hierarquização do acesso dos utentes à Rede.	4. Definição prévia dos critérios de natureza clínica e social para a referência e priorização do acesso dos utentes à Rede.	Totalmente Implementado	Existe manual de gestão de utentes, onde estão explicitados para além dos procedimentos inerentes a esta tarefa, os critérios de priorização na colocação de utentes.
	5. Avaliação das necessidades do utente segundo modelo padronizado e por uma equipa multidisciplinar, estabelecendo prioridades no acesso atendendo a um conjunto de critérios previamente definidos.	Totalmente Implementado	Assessoria para a área das feridas; Mapas de registo de informação das EGA; entre outros.

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
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 UCCL.	6. Elaboração de um plano anual de avaliações devidamente estruturado, com indicação das visitas técnicas de acompanhamento às UCCL.	Totalmente Implementado	Plano estabelecido em reunião da ECR.
Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento das diretrizes e orientações da ACSS em todas as unidades.	7. Existência de instrumentos consolidados de apoio à recolha e tratamento de dados e uniformização dos critérios de avaliação, mediante a criação de check-lists e outros.	Totalmente Implementado	Mapas agregados da OCDE Health data - Recursos Humanos RNCCI; Tableau de bord; Checklist adesão/continuidade prestadores RNCCI; entre outros.
Risco de elaboração de procedimentos incompletos, ambíguos e/ou incorretos perante as boas práticas distinguidas por instituições credenciadas ou de reconhecido mérito.	8. Discussão e partilha de conhecimentos pela equipa multidisciplinar.	Totalmente Implementado	Aplicável, de acordo com necessidade identificada/solicitação.
	9. Sensibilização das instituições e respetivos profissionais para a adoção de boas práticas e condutas profissionais adequadas.	Totalmente Implementado	Aplicável, de acordo com necessidade identificada/solicitação.
	10. Monitorização da aplicação dos procedimentos, tendo em vista avaliar a necessidade de revisão dos mesmos.	Parcialmente implementado	Aplicável, de acordo com necessidade identificada/solicitação.
Risco de inexistência de um plano de formação devidamente estruturado e alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais da Rede.	11. Envolvimento de profissionais de diferentes áreas e saberes na definição do plano de formação.	Totalmente Implementado	Assessoria para a área das feridas; Assessoria para a área do controlo de infeção; Profissionais prestadores domiciliários do SNS; Profissionais da ECR/perfil profissional da área social; entre outros.
Risco de não adesão das unidades e equipas de cuidados continuados integrados às indicações e ações técnicas na área do tratamento de feridas e da prevenção e controlo da infeção.	12. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.	Totalmente Implementado	Assessoria técnica presencial ou através de comunicação via email ou telefónica dos Assessores para a área das feridas e para a área da prevenção e controlo de infeção.
Risco de inexistência de monitorização das medidas recomendadas pelas entidades auditoras.	13. Acompanhamento próximo e preenchimento de grelha de monitorização periódica das medidas recomendadas.	Parcialmente Implementado	Acompanhamento e/ou monitorização pontual ou sistemática consoante pontos fracos identificados.
Risco de dilação no tempo da resposta aos utentes e/ou ausência de prestação de informação adequada aos utentes.	14. Controlo dos prazos de resposta/definição de prioridades face aos tempos decorridos e envolvimento de todos os interlocutores visados nas exposições/reclamações.	Totalmente Implementado	Tableau de bord; Relatório de atividades da RNCCI; entre outros.
Risco de inexistência de um plano de atividades devidamente estruturado e alinhado com os objetivos da Rede e da ARSA, IP.	15. Elaboração dos planos e relatórios de atividades nos termos da lei e de acordo com as orientações tutelares.	Totalmente Implementado	Planos de ação; Relatórios de atividades; Contributos para QUAR.
Risco de desatualização ou deficiente qualidade da informação registada no aplicativo.	16. Conferência e cruzamento periódico de dados com os registos efetuados no SI RNCCI: Aplicativo de monitorização da RNCCI.	Totalmente Implementado	Sempre que notificado/solicitados; Levantamento de informação no SI RNCCI para faturação no âmbito dos Regulamentos Comunitários.
Risco de insuficiente monitorização da despesa.	17. Reporte trimestral à ACSS da evolução da despesa, segundo modelo padronizado.	Totalmente Implementado	Reporte através de email.
Risco de não deteção de erros/falhas/não conformidades com a legislação vigente e/ou outras orientações referente à faturação de Transporte de Doentes.	18. Conferência da faturação respetiva pelo Sistema de Gestão de Transporte de Doentes, Registo Nacional de Utentes e SI RNCCI.	Totalmente Implementado	Processo sistemático que contempla a consulta do RNU e do SIS RNCCI.

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de conflitos de interesses.	19. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição.	Totalmente Implementado	
Risco de quebra de sigilo e de proteção de dados.	20. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA, IP.	Totalmente Implementado	

A Equipa Coordenadora Regional do Alentejo (doravante ECR Alentejo) é uma estrutura que funciona na dependência direta do Conselho Diretivo da ARS Alentejo, IP, em articulação com a coordenação aos níveis nacional e local da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (adiante designada por Rede), competindo-lhe assegurar o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, nos termos do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual.

Para o efeito, a ECR Alentejo conta com uma equipa multidisciplinar, cujo dinamismo tem permitido a implementação e o reforço da Rede na região do Alentejo, dispondo de vários instrumentos de apoio e de reporte à gestão. Salienta-se o trabalho, desencadeado pela ECR Alentejo, de acompanhamento da qualidade da prestação de cuidados de saúde, concretizado pela realização de visitas de acompanhamento às unidades de internamento que integram a Rede, no âmbito do processo de renovação dos contratos-programa/acordos, bem como na sequência de exposições/reclamações que tenham dado entrada. Neste sentido e tendo em vista a uniformização dos critérios de avaliação, a ECR Alentejo criou instrumentos consolidados de apoio à recolha de dados, aplicando às unidades visitadas uma *check-list*, elaborada para verificação do cumprimento das diretrizes e orientações em vigor.

Como resultado destas visitas de acompanhamento, a ECR Alentejo emite pareceres técnicos, bem como informações para conhecimento de entidades superiores. Contudo, o contexto pandémico vivido em 2020 e 2021 impossibilitou a realização destas visitas, mas no ano de 2022 já foi possível retomar, tendo este acompanhamento ocorrido de forma presencial às unidades da RNCCI na região Alentejo.

Em termos globais, consideram-se implementadas, em 2022, as medidas preventivas constantes do PPRCIC, dando cumprimento à recomendação referida no relatório de execução do PPRCIC do ano anterior, mais concretamente, a retoma das visitas técnicas presenciais às unidades (medida 6.).

Por último, não foi indicada a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo Responsável pela Gestão do Risco da ECR Alentejo, mantendo-se inalterada a avaliação dos riscos e a implementação das medidas preventivas, nos termos da 1.ª revisão, da 2.ª edição, do PPRCIC, em vigor.

3.13. GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING (GCM)

Riscos Identificados	Medidas preventivas/ atividades de controlo	Grau de implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Risco de inexistência de um plano de marketing devidamente estruturado e alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais da ARSA, IP.	1. Desenvolvimento/elaboração de um plano anual a ser apresentado ao CD, devidamente alinhado com os objetivos estratégicos e operacionais definidos no QUAR da ARSA, IP.	Parcialmente Implementado	
Risco de ineficácia das linhas de atuação junto do público alvo, não obstante os recursos despendidos.	2. Adequação das campanhas promocionais e de comunicação ao perfil do público alvo e aos objetivos pretendidos.	Totalmente Implementado	
Risco de desatualização e/ou incorreção dos conteúdos web e/ou perda de informação relevante.	3. Atualização e revisão periódica dos conteúdos divulgados na internet e na intranet.	Totalmente Implementado	
Risco de promoção inadequada da imagem da instituição e de ausência de informação cuidada.	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 Implementado	
Risco de violação dos deveres de isenção e de imparcialidade.	5. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição.	Totalmente Implementado	
Risco de conflito de interesses.			

O Gabinete de Comunicação e Marketing (adiante designado por GCM) é uma assessoria de apoio, que funciona na dependência direta do Conselho Diretivo e tem por missão participar criativamente e ativamente no desenvolvimento e planeamento de estratégias de marketing e na estruturação e operacionalização das ações comunicacionais da organização, quer na vertente externa, quer como parte integrante do marketing-mix privilegiando a ótica comunicacional.

Durante o ano de 2022, a atividade do GCM permitiu retomar a realização de eventos e das campanhas promocionais e de comunicação presenciais, considerando-se implementada a medida preventiva constante no PPRCIC.

Na 1.ª revisão, da 2.ª edição do PPRCIC, não foram identificados riscos de graduação elevada, no âmbito das atividades desenvolvidas pelo GCM, nem o Responsável pela Gestão

do Risco indicou a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo que se mantém inalterado o referido mapa em vigor.

3.14. AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (ACI)

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

A Auditoria e Controlo Interno (adiante designada por ACI) é uma assessoria que funciona na dependência direta do Conselho Diretivo e tem por missão contribuir, com autonomia e independência, para a prossecução dos objetivos da ARS Alentejo, IP, designadamente na avaliação do cumprimento das políticas e procedimentos de controlo interno, no acompanhamento das medidas preventivas e corretivas dos sistemas de controlo e na colaboração/interligação com organismos externos de natureza inspetiva e fiscalizadora.

Em 2022, com a publicação do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro iniciaram-se profundas alterações orgânicas nas ARS, IP, com efeitos à entrada em vigor da Lei do

Orçamento do Estado para 2023, que resultaram em revogação e transferência de competências para outros organismos públicos. À data, a Auditoria e Controlo Interno, continua a figurar como uma assessoria, não integrando a estrutura nuclear ou os serviços centrais da ARSA, IP, nem constituindo uma unidade orgânica flexível.

A presente conjuntura e a incerteza sobre a sua continuidade, gerada pela reforma estrutural em curso, tem reflexos na atividade da ACI, no entanto, esta assessoria procurou reajustar-se e trabalhar em prol da missão para a qual foi constituída. Assim, privilegiou-se, em 2022, a implementação do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, tendo trabalhado na revisão do Código de Ética da ARSA, IP, na implementação do canal de denúncias interno, na solicitação de formação profissional para os colaboradores da ARSA, IP, sobre as matérias relacionadas com a corrupção, gestão de riscos e ética.

Na 1.ª revisão, da 2.ª edição do PPRCIC, não foram identificados riscos de graduação elevada, no âmbito das atividades desenvolvidas pela ACI, nem se afigura necessário desencadear uma revisão do mapa de gestão e controlo de riscos, pelo que se mantém inalterado o referido mapa em vigor.

3.15. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL (ACES AC)

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Direção Executiva	Risco de inexistência de instrumentos de gestão (art.º 38.º do DL 28/2008, de 22/02).	1. Elaboração e manutenção dos instrumentos de gestão (regulamento interno, manual de articulação, ...).	Parcialmente Implementado	O ACES apresenta manual de articulação e regulamento interno, que necessitam de atualização. O Manual de Acolhimento encontra-se em construção.
	Risco de permeabilidade e influência de entidades externas.	2. Decisão baseadas em pareceres técnicos devidamente fundamentados.	Totalmente Implementado	A Diretora Executiva decide com base em pareceres dos coordenadores, pareceres/informações técnicas (Recursos Humanos, Aprovisionamento, Contratualização e Responsável de UAG); pareceres jurídicos e pareceres do CD.
	Risco de existência de conflito de interesses.	3. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente Implementado	Preenchida Declaração de Inexistência de Incompatibilidades -Não existe qualquer incompatibilidade.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controle	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	Risco de pagamentos indevidos e/ou sem competência para o efeito.	4. Cumprimento da Deliberação do Conselho Diretivo, nas competências que lhe foram atribuídas.	Totalmente Implementado	A Diretora Executiva rege-se pela Circular Informativa n.º 7/2015, bem como pela Deliberação n.º 901/2021, 30/08, para pagamento de ajudas de custo e transporte, apenas são pagas horas suplementares que estão inseridas na aplicação SIRA, aprovadas primeiramente pelo Coordenador da UF, com saldo de horas positivo, e autorizadas posteriormente pela Diretora Executiva, tal como se encontra descrito no Manual de Articulação. A autorização de pagamentos com Fundo de Maneio é acompanhada de justificação elaborada pelo serviço, seguindo as normas do regulamento de fundo de manei.
Conselho Clínico e de Saúde	Risco de aumento descontrolado dos custos (medicamentos e MCDT).	5. Promoção de reuniões nas Unidades e entre o ACES e as UF e/ou os médicos das UF identificados como prescritores acima da média do ACES para disponibilização de informação sobre prescrição e faturação de medicamentos e MCDTs.	Parcialmente Implementado	Durante o último semestre do ano de 2022, foram implementadas reuniões de acompanhamento das UF do ACES AC, onde foi dado feedback às equipas, sobre os maiores prescritores do ACES, presentes nessas UF. Esta atividade pretende-se manter durante o ano de 2023.
	Risco de incumprimento das orientações tutelares (DGS, ACSS, ...).	6. Discussão das várias orientações tutelares em CCS e registo das decisões em ata.	Parcialmente Implementado	Foram realizadas, durante o ano de 2022, reuniões do CCS, tendo sido lavradas atas com os temas abordados e principais decisões tomadas. Desde janeiro/2023, por ausência do Diretor Executivo do ACES, e necessidade de representação em diversas atividades, o CCS não tem conseguido reunir como previa, uma vez que por inerência, quem substitui o Diretor Executivo é a Presidente do CCS.
	Risco de favorecimento/detrimento de UF em sede de contratualização interna.	7. Estabelecer critérios objetivos e baseados em princípios quantificáveis para a negociação.	Totalmente Implementado	Previamente às reuniões de contratualização interna realizadas, durante os anos de 2022 e 2023, reuniu o CCS e a UAG definindo linhas orientadoras para a contratualização de todas as equipas e informações que pretendiam transmitir às equipas. O Presidente do CCS convocou o Coordenador e Conselho Técnico das UF para as reuniões de contratualização, emitindo a ordem de trabalhos, bem como as linhas orientadoras definidas previamente, acompanhadas dos respetivos documentos que suportavam a informação da convocatória. Elaboração de atas de todas as reuniões de contratualização interna, lidas e assinadas por todos os presentes.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	Risco de conflito de interesses.	8. Aplicação do Código do Procedimento Administrativo em casos de escusa e suspeição; Declaração de inexistência de conflito de interesses.	Totalmente Implementado	Preenchida Declaração de Inexistência de Incompatibilidades - Não existe qualquer incompatibilidade.
Unidade de Apoio à Gestão	Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento dos contratos-programa celebrados entre o ACES AC e o Conselho Diretivo da ARS Alentejo, I.P..	9. Promoção do trabalho em equipa e de proximidade.	Parcialmente Implementado	O Plano de Desempenho do ACES é elaborado, segundo orientações do Departamento de Contratualização e do documento de Operacionalização para a Contratualização e, posteriormente, negociado em reunião de contratualização externa, sendo ajustadas as atividades, problemas e valores de IDG, conforme o negociado e no fim do ano é carregado o relatório de acompanhamento do ACES, para posterior validação do DC da ARSA, IP. Durante o ano, o responsável pela Contratualização dos CSP do DC ARSA, IP e a responsável pela Contratualização do ACES AC, articulam com regularidade.
	Risco de inexistência de uma avaliação sistemática e uniforme sobre o cumprimento dos Planos de Ação das UF contratualizados com o ACES AC.	10. Controlo e análise periódica dos resultados dos indicadores contratualizados, através da plataforma BI-CSP.	Totalmente Implementado	Ao longo do ano, é realizada uma análise do desempenho das UF, através da plataforma BI CSP e SIARS.
		11. Realização de reuniões intercalares para acompanhamento e monitorização das cartas de compromisso.	Parcialmente Implementado	Durante o ano são realizadas reuniões de acompanhamento, tendo sido realizadas 4 reuniões em 2022. Atualmente, terminou-se o processo de contratualização interna com as UF do ACES.
	Risco de desatualização dos conteúdos web/documentos relativos à contratualização e informação relativa ao funcionamento das UF, em incumprimento dos normativos legais.	12. Atualização e verificação periódica dos conteúdos web, relativos à documentação de contratualização interna.	Parcialmente Implementado	O RAUF é preenchido anualmente pelas UF, com as evidências necessárias, para que o CCS valide a informação. Atualmente, já é possível as UF carregarem a informação trimestralmente e o CCS consultar.
	Risco de não uniformização de procedimentos internos nas Unidades Funcionais do ACES.	13. Revisão/atualização do Manual de Articulação entre o ACES AC e as UF.	Parcialmente Implementado	A última revisão do Manual de Articulação foi em 2019, está em atualização. No entanto, atualmente, deu-se prioridade à elaboração do Manual de Acolhimento aos profissionais do ACES, uma vez que ainda não existia.
	Risco de inexistência de controlo sobre o fundo de maneio das UF.	14. Verificação periódica das despesas realizadas e do cumprimento do Regulamento de Fundo de Maneio.	Totalmente Implementado	É realizado um controlo mensal, através da dotação anual e dos registos mensais de reposição, de acordo com o Regulamento do Fundo de Maneio.
15. Controlo diário do saldo de caixa.		Parcialmente Implementado	Atualmente, não existem movimentos diários na UAG do ACES, pelo que o controlo do saldo de caixa é realizado mensalmente.	

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	Risco de deficiente avaliação das necessidades e da planificação da contratação pública.	16. Elaboração do plano anual de compras e análise crítica das necessidades informadas pelas UF.	Parcialmente Implementado	Anualmente é solicitado às UF o levantamento de necessidades, por vezes mais que uma vez, por solicitações do DGAG. O ACES, não tem autonomia financeira, pelo que avalia e realiza uma análise crítica do plano de necessidades, tendo em consideração as prioridades, orientações do DGAG e orçamento disponível, no entanto não elabora o plano anual de compras. Realizada reunião com o serviço de aprovisionamento da ARSA, IP, para esclarecimento e melhoria de circuitos, em 2022. Criado mapa de controlo sobre os pedidos efetuados e satisfeitos, com o n.º de inventário, quantidades e data de entrega.
	Risco de classificação inadequada da despesa ou de falhas na aplicação de normas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	17. Conferência, em nível hierárquico superior, dos montantes e da classificação contabilística e dos documentos e registos efetuados no SICC, em conformidade com as normas contabilísticas, procedimentos e regulamentos de natureza financeira.	Totalmente Implementado	É realizada a conferência dos documentos contabilístico, segundo o POCMS, pelo serviço de Gestão Financeira do ACES e, posteriormente, conferido superiormente pela Unidade de Gestão Económico-Financeira da ARSA, IP.
	Risco de conflito de interesses; risco de existência de situações de conluio entre os profissionais e os fornecedores.	18. Aplicação do regime jurídico das incompatibilidades e emissão de declaração de inexistência de conflito de interesses em cumprimento da recomendação do CPC, de 08/01/2020.	Não Implementado	O ACES não elabora procedimentos que exigem o cumprimento da recomendação do CPC, porque não tem autonomia financeira.
	Risco de existência de faturas por processar ou de registo duplicado de faturas.	19. Bloqueio do sistema informático quando se pretende processar igual número de fatura.	Totalmente Implementado	O SICC apresenta função de bloqueio automático.
20. Anotação na fatura do seu processamento, com colocação de carimbo.		Totalmente Implementado	Todas as faturas processadas, são carimbadas com classificação contabilística.	
21. Conferência dos registos efetuados por colaborador diferente.		Totalmente Implementado	Atualmente, 3 profissionais processam e conferem os dados contabilísticos, posteriormente é conferido por uma Técnica Superior.	
	Risco de desvio de fundos.	22. Privilegiar pagamentos por transferência bancária.	Totalmente Implementado	Atualmente, todos os pagamentos são realizados por transferência bancária, com exceção de compras de baixo valor.
23. Revisão e aprovação da folha de caixa por superior hierárquico competente; análise diária/conferência dos pagamentos/recebimentos por colaborador diferente.		Totalmente Implementado	É realizada a conferência dos documentos contabilístico, segundo o POCMS, pelo serviço de Gestão Financeira do ACES e, posteriormente, conferido superiormente pela Unidade de Gestão Económico-Financeira da ARSA, IP. A análise apenas é realizada quando existem movimentos, uma vez que o fluxo não é diário.	

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	Risco de inexistência de controlo interno sobre o pagamento da faturação emitida e, conseqüente, atraso no recebimento dos montantes em dívida.	24. Elaboração de procedimento interno relativamente ao controlo da faturação emitida no ACES.	Totalmente Implementado	Elaborado procedimento interno.
	Risco de incumprimento de prazos de prestação de informação à sede-ARSA, IP.	25. Verificação e atualização dos processos do pessoal; controlo interno sobre os prazos determinados para prestação de informação (início de funções, mobilidades, saída por aposentação/rescisão).	Totalmente Implementado	Retira-se do RHV mapa de pessoal, a fim de identificar os erros de registo em RHV, e correção dos mesmos pela UGRH. Também é retirado do RHV, um mapa de idades dos profissionais, de forma a prever aposentações, e consulta-se o separador Aposentações do BI-Selfservice. Foi também elaborado um mapa de mobilidades internas pelos RH, a fim de controlar os pedidos de mobilidade interna, um mapa em excel de controlo do SIADAP, a fim de controlar o processo, e elaborado um mapa excel, por mês, onde constam as entradas, saídas e alterações de situação para facilitar a atualização dos mapas de pessoal.
	Risco de inserção de registos de assiduidade ou outros que não correspondam à prestação efetiva de trabalho, com vista à obtenção de vantagens económicas.	26. Atribuição de diferentes perfis de acesso ao webtime e innuxtime (sistemas informáticos de gestão da assiduidade); conferência da assiduidade e acompanhamento/autorização pelos superiores hierárquicos.	Totalmente Implementado	Todas as semanas os RH retiram uma lista da aplicação innux time, com as faltas injustificadas, e alertam os gestores da aplicação em cada UF, a fim de evitar que a correção dos erros se concentre no final do mês. No final do mês, voltam a conferir e verificar a assiduidade de todos os profissionais do ACES, bem como erros de Innux. Com vista à melhoria contínua, em 2021 e 2022, implementaram-se 3 medidas: 1) criação de um perfil de visualização para os gestores de Innux de cada UF conseguirem visualizar as horas extraordinárias do SIRA dos profissionais e conferir com as picagens de Innux; 2) formação conjunta entre a UGRH e RH ACES aos gestores de Innux, de forma a minimizar os erros de registo e assiduidade; e 3) Diretora Executiva enviou mail, a 04/05/2022, para todos ACES a reforçar algumas orientações, estando neste momento implementado em todo o ACES.
		27. Obrigatoriedade de juntar comprovativo do serviço externo realizado, sempre que se aplicar essa possibilidade, para efeitos de pagamento de ajudas de custos e deslocações (Circular Informativa n.º 7/2015).	Totalmente Implementado	Nenhum serviço externo, para efeitos de ajudas de custo, é autorizado pela Diretora Executiva, sem o comprovativo anexo, segundo a circular informativa n.º 7/2015. Foi implementada em 2022, em todas as UF do ACES, uma aplicação informática para pedir viatura de serviço, em caso de necessidade de efetuar serviço externo, a fim de evitar o uso do carro próprio quando existem carros de serviço disponíveis.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
		28. Integração automática da informação do registo biométrico no RHV.	Não Implementado	O ACES não tem perfil de edição no RHV, apenas a UGRH.
		29. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA, IP.	Totalmente Implementado	Os RH verificam semanalmente as faltas injustificadas de cada UF, e no início do mês seguinte verificam novamente a assiduidade através do Innux Time.
	Risco de incumprimento dos horários de trabalho pelos profissionais.	30. Homologação dos horários de trabalho pela DE e introdução destes horários no registo biométrico.	Parcialmente Implementado	Após as reuniões de contratualização, realizadas no início de 2023, os horários dos profissionais deverão ser atualizados e enviados para homologação da DE.
	Risco de processamento de trabalho suplementar e extraordinário indevido.	31. Rotatividade dos profissionais que conferem os dados.	Parcialmente Implementado	Os profissionais dos RH são responsáveis por determinados concelhos, com o objetivo de existir um elemento de referência e articulação entre RH e UF (gestor de Innux), no entanto, na ausência de um dos profissionais, a atividade é assegurada pelos restantes colegas.
		32. Utilização do SIRA.	Totalmente Implementado	Apenas são pagas horas suplementares que estão inseridas na aplicação SIRA, que são aprovadas pelo Coordenador, com saldo de horas positivo, e autorizadas pela Diretora Executiva, tal como se encontra descrito no Manual de Articulação.
Gabinete do Cidadão	Risco de dilação no tempo da resposta aos utentes e/ou ausência de prestação de informação adequada aos utentes.	33. Controlo dos prazos de resposta através do /definição de prioridades face aos tempos decorridos e envolvimento de todos os interlocutores visados nas reclamações/sugestões e elogios.	Totalmente Implementado	De modo geral os prazos de resposta são cumpridos, à exceção de reclamações que carecem de uma análise mais aprofundada. Caso os interlocutores visados não cumpram o prazo estipulado (5 dias úteis) é reforçado, via email, esse pedido.
	Risco de ausência deliberada de independência, integridade e objetividade; risco de violação dos deveres de isenção e imparcialidade.	34. Implementação de procedimentos que visem controlar e assegurar o cumprimento das disposições legais sobre incompatibilidades e impedimentos/aplicação do CPA em casos de escusa e suspeição.	Totalmente Implementado	
	Risco de não implementação das medidas propostas ou de ineficácia das mesmas.	35. Monitorização e reporte à Direção Executiva do ACES sobre a execução das medidas propostas.	Não Implementado	
	Risco de deficiente qualidade da informação prestada.	36. Recolha, tratamento e reporte da informação segundo modelos padronizados.	Totalmente Implementado	Pedido de audição interna e ofício de reposta ao utente.
		37. Garantir a execução de relatórios e outros documentos.	Totalmente Implementado	Elaboração de relatórios semestrais.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controle	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
Unidades Funcionais (USF, UCSP, UCC, URAP, USP)	Risco de fraude na prescrição médica e, consequente, pagamento indevido de participações de medicamentos, MCDT e outros.	38. Análise dos indicadores disponíveis sobre a prescrição médica entre a Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSA, IP e o Conselho Clínico e os Coordenadores das UF ou médicos prescritores, através de reuniões periódicas, com registro em ata/memorando.	Não Implementado	
	Risco de tentativa de influência na prescrição médica através da atribuição de ofertas.	39. Sensibilizar as UF para o cumprimento do regulamento do DIM.	Parcialmente Implementado	Periodicamente a Diretora Executiva envia e-mail a sensibilizar os profissionais sobre esta medida. Foram sendo alteradas as condições de presença dos DIM nas UF, com redução de número e definição de locais e horários específicos de atendimento.
	Risco de inexistência de registros relativos à atividade assistencial nos vários sistemas de informação.	40. Elaboração e ampla divulgação de procedimentos internos para o atendimento, tendo em vista a uniformização de procedimentos.	Parcialmente Implementado	Durante o ano de 2022, foi incluído um objetivo obrigatório para os profissionais que realizam atendimento ao público, através do grau de satisfação dos utentes. O AT da área dos sistemas de informação do ACES partilha com as UF todas as alterações e atualizações dos sistemas de informação, de forma a uniformizar procedimentos. Existe um separador no Manual de Articulação do ACES, sobre sistemas de informação.
	Risco de deficiente atendimento de utentes.	41. Análise periódica das reclamações pelo Coordenador da UF.	Totalmente Implementado	O Gabinete Cidadão recebe e trata a reclamação, sendo um dos procedimentos o pedido de audição interna ao Coordenador, de cada reclamação da UF, permitindo assim ao Coordenador analisar sempre as reclamações existentes.
	Risco de prestação ou omissão de cuidados de saúde negligentes.	42. Adoção de boas práticas clínicas que sejam emanadas pelo CCS ou entidades de reconhecido mérito.	Totalmente Implementado	Foram aplicadas e divulgadas todas as Normas e Orientações emanadas por entidades de referência.
	Risco de inexistência dos instrumentos de gestão das UF (p.e. Regulamento Interno).	43. Elaboração e aprovação dos Regulamentos Internos de todas as UF.	Totalmente Implementado	Todas as Unidades Funcionais têm Regulamento Interno. Foram homologados todos os regulamentos internos das UF no ano de 2022 e início de 2023.
	Risco de apropriação de valores do Fundo Maneio.	44. Guarda de valores em local seguro.	Totalmente Implementado	Todas as UF apresentam um local seguro para guardar o fundo de maneio.
	Risco de atribuição indevida de Transporte de Doentes Não Urgentes.	45. Cumprimento dos normativos legais sobre TDNU.	Parcialmente Implementado	Divulgação pelas Unidades da legislação em vigor (Portaria 142-B/2012, 15 de maio). Periodicamente, é enviada informação a alertar para o cumprimento da legislação em vigor às UF.
	Risco de adulteração ou registo indevido de dados para manipulação dos indicadores de produção assistencial.	46. Acompanhamento da contratualização anual pelo Conselho Clínico de Saúde.	Parcialmente Implementado.	Durante o ano de 2022, além das reuniões de contratualização interna realizadas com cada UF, de forma individual, realizaram-se ainda 4 reuniões de acompanhamento.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controle	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
		47. Cruzamento dos dados registados no SINUS e no Scilnico, por amostragem aleatória, por parte do CCS.	Parcialmente Implementado	Em casos específicos, foram avaliados os dados de diferentes plataformas, considerando vários critérios (consultas, tipo de contato), com dados MIM@UF, SINUS, SIARS
	Risco de conflito de interesses.	48. Garantir a inexistência de conflitos de interesses na tomada de decisão, mediante a análise cuidada, isenta e objetiva dos elementos disponíveis sobre o pedido de acumulação de funções; cumprimento da Circular Informativa n.º 3/2020.	Parcialmente Implementado.	o ACES não consegue controlar se os profissionais exercem funções em outras instituições. No entanto, periodicamente, através de e-mail, reforçamos a necessidade dos profissionais pedirem acumulação de funções e é avaliado se cumprem os requisitos da lei.
		49. Cumprimento do Código de Conduta Ética da ARSA, IP.	Totalmente Implementado	
	Risco de desvio de stocks em proveito individual.	50. Contagem física periódica dos inventários e confrontação com os registos informáticos.	Totalmente Implementado	Anualmente, é realizado um inventário anual pelos gestores de stock de armazém de cada UF.
		51. Definição de um responsável em cada armazém avançado.	Totalmente Implementado	Com frequência é realizada a atualização da lista de gestores de stock de armazém.
	Risco de incumprimento do dever de assiduidade e pontualidade.	52. Cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA, IP.	Parcialmente Implementado	Os Coordenadores validam a assiduidade no webtime até dia 06 do mês seguinte. Os gestores de Innux fazem a conferência do registo de assiduidade, ao longo do mês, de forma a minimizar inconformidades. Os RH do ACES extraem o mapa de inconformidades, no início do mês seguinte, para verificação das inconformidades.
	Risco de desvio de taxas sanitárias e taxas cobradas nas juntas médicas de incapacidade.	53. Eliminação total dos recibos manuais com a sua introdução através de sistema informático.	Totalmente Implementado	Atualmente, apenas existem recibos para as taxas sanitárias, que são emitidos através da aplicação MARTA (Módulo Administrativo de Registo de taxas e Atos).
		54. Conferência das taxas cobradas na UAG do ACES.	Totalmente Implementado	A USP cobra as taxas através do sistema informático MARTA, solicita talão de depósito ao serviço de Gestão Financeira da UAG do Aces, deposita os valores no Banco e entrega os talões de depósito devidamente carimbados pelo Banco na UAG. Posteriormente a profissional da UAG confere os valores registados na aplicação MARTA (tirando os mapas por profissional) com os extratos bancários e contabiliza.

Áreas	Riscos Identificados	Medidas Preventivas/ Atividades de Controlo	Grau de Implementação (Totalmente Implementado, Parcialmente Implementado, Não Implementado)	Observações
	Risco de favorecimento na atribuição de incapacidade dos utentes.	55. Rotatividade das equipas que realizam as juntas médicas.	Totalmente Implementado	As Equipas de JMI são nomeadas pelo CD da ARSA, IP (Deliberação), atualmente existem 3 equipas, 2 de MGF e 1 de USP. Prevê-se o alargamento da sua realização durante o ano de 2023.

O Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (adiante designado por ACES AC) é um serviço desconcentrado da ARS Alentejo, IP, sujeito ao seu poder de direção e é constituído por várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. Nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, o ACES AC tem autonomia administrativa e tem como órgãos de gestão o Diretor Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade¹.

São Unidades Funcionais do ACES AC as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (9), as Unidades de Saúde Familiar (13), as Unidades de Cuidados à Comunidade (13), a Unidade de Saúde Pública (1) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (1).

A inclusão dos riscos referentes ao ACES AC apenas foi efetuada na 1.ª revisão da 2.ª edição do PPRCIC, aprovada pelo Conselho Diretivo a 25 de outubro de 2021, pelo que esta é a segunda avaliação do cumprimento/implementação das medidas preventivas, que constam no mapa de gestão de riscos e controlos do ACES AC.

De uma forma global, as medidas preventivas estão implementadas, verificando-se algumas melhorias face ao ano anterior, nomeadamente:

- a elaboração de procedimento interno relativamente ao controlo da faturação emitida no ACES AC (medida 24);
- a elaboração e aprovação dos Regulamentos Internos de todas as UF, com a respetiva homologação (medida 43);
- o cumprimento do Regulamento interno de registo biométrico de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores da ARSA, IP (medida 29), melhorando o procedimento de controlo interno à assiduidade e pontualidade.

¹ O ACES AC não tem Conselho da Comunidade constituído.

Não obstante os esforços desenvolvidos na implementação das medidas enumeradas no mapa de gestão de riscos e controlos do ACES AC, salientam-se algumas situações para as quais é necessária uma especial atenção:

- No que toca ao risco de fraude na prescrição clínica, os instrumentos existentes e que estejam ao alcance do ACES AC, para identificar algumas situações de alarme, necessitam de ser fortemente potenciados (ver medida 38.);
- O risco elevado de processamento de trabalho suplementar indevido também está dependente, de um rigoroso trabalho de conferência, executado em diferentes níveis, que, atualmente, conta a ajuda do Sistema de Informação de Registo de Abonos (SIRA). Todavia, a implementação deste sistema não impede, por si só, o processamento indevido, pelo que se mantém a necessidade de um robusto mecanismo de controlo interno;
- Quanto ao risco de desvio de stocks, não obstante a realização do inventário anual pelos gestores de stocks de armazém de cada UF, recomenda-se a realização, com periodicidade mais frequente, de contagens aleatórias aos stocks e respetivo confronto com os registos nos sistemas de informação;
- Sobre a acumulação de funções, recomenda-se ao ACES AC, em articulação com a UGRH, por um lado, solicitar periodicamente aos profissionais com pedidos de acumulação de funções autorizados, os elementos necessários para proceder à reavaliação dos processos e, a partir dos novos dados fornecidos, aferir sobre eventuais conflitos de interesses, e, por outro lado, incitar à comunicação de situações de acumulação de funções, ainda não apreciadas e autorizadas superiormente, tal como refere já proceder, tendo especial atenção a eventuais sinais de alerta que possam surgir, por exemplo, em reclamações ou exposições de utentes.

Por último, da avaliação efetuada, resulta a necessidade de revisão do mapa de gestão e controlo de riscos do ACES AC, no sentido de adaptar algumas questões identificadas no mapa, permitindo melhorar a identificação de fatores de risco e medidas preventivas.

4. CONCLUSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO POR DEPARTAMENTO/UNIDADE

Neste ponto, apresenta-se a avaliação realizada por cada um dos Departamentos/Unidades dos serviços centrais da ARSA, IP e ACES AC, no que respeita às atividades realizadas durante o ano de 2022, 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”.

Os resultados da avaliação da execução do Plano por Departamento/Unidade, constam no anexo e no quadro abaixo, respetivamente:

Avaliação do Plano por Departamento/Unidade	Excelente	Bom	Suficiente	Insuficiente	Nula	Média da Avaliação do Departamento/Unidade
Conselho Diretivo			X			3,13
Departamento de Contratualização	X					5,00
Departamento de Gestão e Administração Geral		X				4,41
Departamento de Saúde Pública e Planeamento		X				3,70
Gabinete de Instalações e Equipamentos	X					4,72
Gabinete Jurídico e do Cidadão	X					4,64
Unidade de Gestão de Recursos Humanos			X			3,40
Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências		X				3,64
Núcleo de Apoio Técnico na Área do Planeamento Investimentos e Estatística			X			3,28
Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação	X					4,67
Equipa Coordenadora Regional na Área dos Cuidados Continuados Integrados	X					4,75
Gabinete de Comunicação e Marketing		X				4,00
Auditoria e Controlo Interno	X					4,50
Agrupamento de Centro de Saúde do Alentejo Central		X				3,82
Avaliação Global do Plano						4,06 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, o contexto pandémico vivido em 2020 e 2021 prejudicou, nalguns serviços, a execução de algumas medidas e, conseqüentemente a elevação dos riscos de gestão, mas no ano de 2022 já foi possível retomar atividade, melhorando a execução de algumas medidas.

5. LIMITAÇÕES/CONDICIONANTES

A avaliação do PPRCIC pressupõe um esforço de cooperação, comunicação e partilha de informação/conhecimento entre os vários responsáveis de risco e a ACI, serviço que tem a responsabilidade de elaboração do presente relatório. Requer, ainda, que essa partilha ou comunicação de informação seja efetuada com regularidade, retidão e acuidade, de forma a evitar ou, pelo menos, a minimizar a ocorrência dos riscos, mediante uma atuação o mais célere possível.

Todavia, 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, tendo ficado prejudicado o cumprimento do prazo (abril) definido na alínea b), do n.º 4, artigo 6.º, no anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, para a elaboração do presente documento.

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) Efetuar uma revisão do Plano, nomeadamente:
 - Após a reestruturação prevista da ARSA, IP, (de acordo com a publicação da nova orgânica da Direção Executiva do SNS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, a orgânica das ARS, IP foi sujeita à sua terceira

alteração, nomeadamente ao nível da missão e das competências. Face ao que antecede, a prossecução das atividades e das competências da Auditoria e Controlo Interno está dependente do processo de reestruturação em curso).

- b) Dar continuidade à recomendação do relatório anterior (ano de 2021), mais concretamente, proporcionar 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"*.
- c) A publicação/divulgação do presente relatório na intranet e internet da ARS Alentejo, IP, em cumprimento da *Recomendação do CPC n.º 1/2010, de 07 de abril*.
- d) 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

O presente relatório pretendeu aferir o grau de implementação das medidas preventivas que foram previstas no Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas da ARS Alentejo, IP (PPRCIC), dando cumprimento ao compromisso assumido no próprio Plano, tendo em consideração as recomendações do CPC.

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 ano anterior, considerando-se essencial que os serviços mantenham o esforço de melhoria no acolhimento das medidas preventivas que ainda estão por implementar.

Face a todo o exposto, considera-se que 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, sendo 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, salienta-se que nenhum Serviço/Departamento, incluindo ACES AC, apresentou novos riscos e medidas extraplano, no entanto e de acordo com a reestruturação prevista da ARSA, IP, resulta a necessidade de um novo PPRCIC com a identificação de fatores de risco e medidas preventivas de risco a implementar.

ANEXOS

Conselho Diretivo

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Não Implementado	0	1	0	Nula
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Não Implementado	0	1	0	Nula
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
10.a)	Não Implementado	0	1	0	Nula
10.b)	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
10.c)	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,13	Suficiente

Departamento de Contratualização

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				5,00	Excelente

Departamento de Gestão e Administração Geral

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Não Implementado	0	1	0	Nula
5.					
6.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
12.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
13.	Totalmente	5	1	5	Excelente
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
16.	Totalmente	5	1	5	Excelente
17.	Totalmente	5	1	5	Excelente
18.	Totalmente	5	1	5	Excelente
19.	Totalmente	5	1	5	Excelente
20.	Totalmente	5	1	5	Excelente
21.	Totalmente	5	1	5	Excelente
22.	Totalmente	5	1	5	Excelente
23.	Totalmente	5	1	5	Excelente
24.	Totalmente	5	1	5	Excelente
25.	Totalmente	5	1	5	Excelente
26.	Não Implementado	0	1	0	Nula
27.	Totalmente	5	1	5	Excelente
28.	Totalmente	5	1	5	Excelente
29.	Totalmente	5	1	5	Excelente
30.	Não Implementado	0	1	0	Nula
31.	Totalmente	5	1	5	Excelente
32.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
33.	Totalmente	5	1	5	Excelente
34.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
35.	Totalmente	5	1	5	Excelente
36.	Totalmente	5	1	5	Excelente
37.	Totalmente	5	1	5	Excelente
38.	Totalmente	5	1	5	Excelente
39.	Totalmente	5	1	5	Excelente

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
40.	Totalmente	5	1	5	Excelente
41.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
42.	Totalmente	5	1	5	Excelente
43.	Totalmente	5	1	5	Excelente
44.	Totalmente	5	1	5	Excelente
45.	Totalmente	5	1	5	Excelente
46.	Totalmente	5	1	5	Excelente
47.	Totalmente	5	1	5	Excelente
48.	Totalmente	5	1	5	Excelente
49.	Totalmente	5	1	5	Excelente
50.	Totalmente	5	1	5	Excelente
51.	Totalmente	5	1	5	Excelente
52.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
53.	Totalmente	5	1	5	Excelente
54.	Totalmente	5	1	5	Excelente
55.	Totalmente	5	1	5	Excelente
56.	Totalmente	5	1	5	Excelente
57.	Totalmente	5	1	5	Excelente
58.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
59.	Totalmente	5	1	5	Excelente
60.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,41	Bom

Nota: * A medida n.º 5 não foi avaliada, porque, por lapso, ficou em duplicado no PPRCIC.

Departamento de Saúde Pública e Planeamento

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
4.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
5.	Não Implementado	0	1	0	Nula
6.	Não Implementado	0	1	0	Nula
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
17	Totalmente	5	1	5	Excelente

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
18.	Totalmente	5	1	5	Excelente
19.	Totalmente	5	1	5	Excelente
20.	Totalmente	5	1	5	Excelente
21.	Totalmente	5	1	5	Excelente
22.	Não Implementado	0	1	0	Nula
23.	Não Implementado	0	1	0	Nula
24.	Totalmente	5	1	5	Excelente
25.	Totalmente	5	1	5	Excelente
26.	Totalmente	5	1	5	Excelente
27.	Totalmente	5	1	5	Excelente
28.	Totalmente	5	1	5	Excelente
29.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
30.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,70	Bom

* Não foram avaliadas as medidas 10 a 16, referentes à Intervenção Precoce.

Gabinete de Instalações e Equipamentos

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Não Implementado	0	1	0	Nula
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
12.	Totalmente	5	1	5	Excelente
13.	Totalmente	5	1	5	Excelente
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Totalmente	5	1	5	Excelente
16.	Totalmente	5	1	5	Excelente
17.	Totalmente	5	1	5	Excelente
18.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,72	Excelente

Gabinete Jurídico e do Cidadão

Controlos/ Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,64	Excelente

Unidade de Gestão de Recursos Humanos

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Não Implementado	0	1	0	Nula
12.	Totalmente	5	1	5	Excelente
13.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
14.	Não Implementado	0	1	0	Nula
15.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
16.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
17.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
18.	Totalmente	5	1	5	Excelente
19.	Totalmente	5	1	5	Excelente
20.	Não Implementado	0	1	0	Nula
21.	Totalmente	5	1	5	Excelente
22.	Totalmente	5	1	5	Excelente
23.	Não Implementado	0	1	0	Nula
24.	Não Implementado	0	1	0	Nula

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
25.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
26.	Totalmente	5	1	5	Excelente
27.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
28.	Não Implementado	0	1	0	Nula
29.	Totalmente	5	1	5	Excelente
30.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
31.	Totalmente	5	1	5	Excelente
32.	Totalmente	5	1	5	Excelente
33.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
34.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
35.	Totalmente	5	1	5	Excelente
36.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,40	Suficiente

Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Controlos/ Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Não Implementado	0	1	0	Nula
2.	Não Implementado	0	1	0	Nula
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,64	Bom

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

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
2.	Não Implementado	0	1	0	Nula
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Não Implementado	0	1	0	Nula
7.	Não Implementado	0	1	0	Nula
8.	Não Implementado	0	1	0	Nula
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
12.	Totalmente	5	1	5	Excelente
13.	Totalmente	5	1	5	Excelente
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Totalmente	5	1	5	Excelente
16.	Não Implementado	0	1	0	Nula
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,28	Suficiente

Núcleo de Apoio Técnico na Área dos Sistemas de Informação

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Não implementado	0	1	0	Nula
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
12.	Totalmente	5	1	5	Excelente
13.	Totalmente	5	1	5	Excelente

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,67	Excelente

Equipa Coordenadora Regional de Cuidados Continuados Integrados

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
11.	Totalmente	5	1	5	Excelente
12.	Totalmente	5	1	5	Excelente
13.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Totalmente	5	1	5	Excelente
16.	Totalmente	5	1	5	Excelente
17.	Totalmente	5	1	5	Excelente
18.	Totalmente	5	1	5	Excelente
19.	Totalmente	5	1	5	Excelente
20.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,75	Excelente

Gabinete de Comunicação e Marketing

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,00	Bom

Auditoria e Controlo interno

Controlos/ Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Totalmente	5	1	5	Excelente
2.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Totalmente	5	1	5	Excelente
6.	Totalmente	5	1	5	Excelente
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Totalmente	5	1	5	Excelente
10.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				4,50	Excelente

Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
1.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
2.	Totalmente	5	1	5	Excelente
3.	Totalmente	5	1	5	Excelente
4.	Totalmente	5	1	5	Excelente
5.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
6.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
7.	Totalmente	5	1	5	Excelente
8.	Totalmente	5	1	5	Excelente
9.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
10.	Totalmente	5	1	5	Excelente
11.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
12.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
13.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
14.	Totalmente	5	1	5	Excelente
15.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
16.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
17.	Totalmente	5	1	5	Excelente
18.	Não Implementado	0	1	0	Nula
19.	Totalmente	5	1	5	Excelente
20.	Totalmente	5	1	5	Excelente
21.	Totalmente	5	1	5	Excelente
22.	Totalmente	5	1	5	Excelente
23.	Totalmente	5	1	5	Excelente
24.	Totalmente	5	1	5	Excelente
25.	Totalmente	5	1	5	Excelente
26.	Totalmente	5	1	5	Excelente
27.	Totalmente	5	1	5	Excelente
28.	Não Implementado	0	1	0	Nula
29.	Totalmente	5	1	5	Excelente
30.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
31.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
32.	Totalmente	5	1	5	Excelente
33.	Totalmente	5	1	5	Excelente
34.	Totalmente	5	1	5	Excelente
35.	Não Implementado	0	1	0	Nula
36.	Totalmente	5	1	5	Excelente
37.	Totalmente	5	1	5	Excelente
38.	Não Implementado	0	1	0	Nula
39.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
40.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
41.	Totalmente	5	1	5	Excelente
42.	Totalmente	5	1	5	Excelente
43.	Totalmente	5	1	5	Excelente
44.	Totalmente	5	1	5	Excelente
45.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
46.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente

Controlos/Medidas	Avaliação do Departamento/Unidade	Classificação de 0-5	N.º Vezes	Média	Avaliação Qualitativa
47.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
48.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
49.	Totalmente	5	1	5	Excelente
50.	Totalmente	5	1	5	Excelente
51.	Totalmente	5	1	5	Excelente
52.	Parcialmente	2,5	1	2,5	Suficiente
53.	Totalmente	5	1	5	Excelente
54.	Totalmente	5	1	5	Excelente
55.	Totalmente	5	1	5	Excelente
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO/UNIDADE				3,82	Bom