



Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Fevereiro de 2015

www.ARSLVT.min-saude.pt

Índice

1. Introdução.....	3
2. Caraterização da ARSLVT, I.P.....	3
2.1. Missão, Visão e Valores.....	3
2.2. Atribuições.....	4
2.3. Orgânica.....	5
2.4. Recursos.....	9
2.4.1. Recursos humanos.....	9
2.4.2. Recursos financeiros.....	10
2.5. Instrumentos de gestão.....	10
3. Identificação dos riscos.....	11
4. Acompanhamento, avaliação e atualização do plano.....	13
ANEXOS	
GLOSSÁRIO	

1. INTRODUÇÃO

Na sequência da RECOMENDAÇÃO n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção, criado pela Lei nº 54/2008, de 4 de setembro, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), apresentou o seu primeiro Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em 2010. Para a elaboração deste Plano terão concorrido todos os dirigentes dos Departamentos da ARSLVT e os Diretores Executivos dos, então 21 ACES.

No entanto, não foi efetuada uma avaliação deste Plano, e verificaram-se, desde então, alterações significativas na estrutura orgânica da ARSLVT, I.P., designadamente a reestruturação dos ACES, com aplicação da Portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro. A adoção do Manual de Controlo Interno da ARSLVT, aprovado por decisão do CD de 28 de julho 2013, e a criação do Gabinete de Auditoria Interna (GAI) por deliberação do mesmo Conselho de 11 de março 2014, são outros fatores que determinam uma revisão da versão de 2010 do mencionado plano.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ARSLVT

2.1. MISSÃO, VISÃO E VALORES

A ARSLVT, IP, nos termos do Decreto-Lei 22/2012, de 30 de janeiro, é uma pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e que tem como **MISSÃO** garantir à população da Região de Lisboa e Vale do Tejo o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção, conforme previsto no nº 1 do artigo 3º do citado Decreto-Lei.

A ARSLVT pretende ser reconhecida, por utentes, parceiros e colaboradores, como uma organização que assegura a prestação de um nível apropriado de serviços, e que procura a sua melhoria contínua, de forma a atingir as metas nacionais para a saúde e para as necessidades individuais. Tem como **VISÃO**: " Mais Saúde e Bem-Estar, para a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, atingindo os melhores indicadores de saúde do país."

A ARSLVT acaba de adequar o seu Código de Conduta Ética aos princípios enumerados no Despacho n.º 9456-C/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 138 de 21 de julho de 2014, definindo como **VALORES** fundamentais, na perspetiva da ética pessoal:

- A integridade e prossecução do interesse público;
- O respeito e boa-fé;
- A transparência;
- A confidencialidade.

Quanto à ética profissional:

- O respeito pela dignidade;
- O respeito pela vulnerabilidade;
- A eficiência e profissionalismo;
- A desburocratização;
- A competência e responsabilidade;
- O respeito pelo consentimento livre esclarecido.

O Código de Conduta Ética encontra-se no site da ARSLVT, no seguinte endereço: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/1418/Codigo_conduta_etica_ARSLVT.pdf

2.2. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da ARSLVT:

- a) Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;
- b) Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- c) Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;
- d) Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;
- e) Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;
- f) Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;
- g) Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;
- h) Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;
- i) Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou atuem no âmbito das áreas referidas nas alíneas e) e f);
- j) Celebrar, acompanhar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público -privadas, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e afetar os respetivos recursos financeiros;
- l) Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como nas áreas referidas nas alíneas e) e f);
- m) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;

- n) Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;
- o) Afetar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;
- p) Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;
- q) Emitir pareceres sobre planos diretores de unidades de saúde, bem como sobre a criação, modificação e fusão de serviços;
- r) Emitir pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instalações de prestadores de cuidados de saúde.
- s) Coordenar a nível regional a gestão da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, de acordo com as orientações definidas a nível nacional.

2.3.ORGÂNICA

A ARSLVT é constituída por serviços centrais- departamentos e unidades orgânicas - e serviços desconcentrados - agrupamentos de centros de saúde - nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 81/2009, de 2 de abril, 102/2009 de 11 de Maio, 248/2009, de 22 de setembro e republicado pelo Decreto-Lei nº 137/2013, de 7 de outubro.

São órgãos da ARSLVT:

- O Conselho Diretivo;
- O Fiscal Único;
- O Conselho Consultivo.

São os seguintes os membros do Conselho Diretivo:

O Presidente, Dr. Luís Manuel de Paiva Gomes Cunha Ribeiro, nomeado pelo Despacho nº 6283/2012, publicado no DR, 2ª Série, nº 93 de 14 de maio.

O Vice-presidente, Dr. Luís Augusto Coelho Pisco nomeado pelo Despacho nº 6283/2012, publicado no DR, 2ª Série, nº 93 de 14 de maio.

A Vogal, Dr.ª Célia Maria Ferreira Tavares Cravo, nomeada pelo Despacho 6873/2014, publicado no DR, 2ª Série, nº 100, de 26 de maio.

Pela Deliberação n.º 2147/2014, publicada no Diário da República, 2.ª série, nº 229 de 26 de novembro, o Conselho Diretivo procedeu à distribuição das responsabilidades de coordenação genérica e de gestão corrente das unidades orgânicas da ARSLVT, decorrentes da organização interna prevista na Portaria n.º 161/2012, de 22 de maio, conforme abaixo se apresenta:

Ao Presidente do Conselho Diretivo, Dr. Luís Manuel de Paiva Gomes Cunha Ribeiro, fica atribuída a responsabilidade de coordenação e gestão dos seguintes departamentos e áreas funcionais:

- a) Departamento de Planeamento e Contratualização na área hospitalar;
- b) Departamento de Instalações e Equipamentos;
- c) Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- d) Núcleo de Estudos e Planeamento;
- e) Área das Parcerias Público – Privadas;
- f) Unidade Orgânica Flexível de Farmácia;
- g) Gabinete de Auditoria Interna;
- h) Núcleo de Organização e Desenvolvimento.

Ao Vice-Presidente do Conselho Diretivo, Dr. Luís Augusto Coelho Pisco, fica atribuída a responsabilidade de coordenação e gestão dos seguintes departamentos e áreas funcionais:

- a) Cuidados de Saúde Primários;
- b) Departamento de Saúde Pública;
- c) Departamento de Planeamento e Contratualização na área dos Cuidados Primários;
- d) Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- e) Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados Equipa de Coordenação Regional;
- f) Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento para Reforma dos Cuidados de Saúde Primários;
- g) Núcleo de Qualidade e Formação.

À Vogal do Conselho Diretivo, Dr.ª Célia Maria Ferreira Tavares Cravo, fica atribuída a responsabilidade de coordenação e gestão dos seguintes departamentos, unidades e áreas funcionais:

- a) Departamento de Gestão e Administração Geral ;
- b) Departamento de Recursos Humanos;
- c) Unidade de Administração Geral.

São **SERVIÇOS CENTRAIS** da ARSLVT:

- Departamento de Saúde Pública;
- Departamento de Planeamento e Contratualização;
- Departamento de Gestão e Administração Geral;
- Departamento de Recursos Humanos;
- Departamento de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete Jurídico e do Cidadão;
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

A ARSLVT possui ainda as seguintes áreas funcionais, para apoio à sua atividade global:

- Unidade Orgânica de Farmácia;
- Equipa de Parecerias Público-Privadas;
- Gabinete de Auditoria Interna;
- Núcleo de Estudos e Planeamento;

- Núcleo de Informática;
- Unidade de Qualidade e Formação;
- Unidade de Administração Geral;
- Núcleo de Organização e Desenvolvimento.

As respetivas competências encontram-se no portal da ARSLVT www.arslvt.min-saude.pt/pages/38

Integram ainda a ARSLVT, 15 agrupamentos de centros de saúde (ACES) - Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro. Os ACES constituem serviços desconcentrados da ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção. Possuem autonomia administrativa e são constituídos por vários centros de saúde, que agrupam um conjunto de unidades, e que têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de uma área geográfica específica.

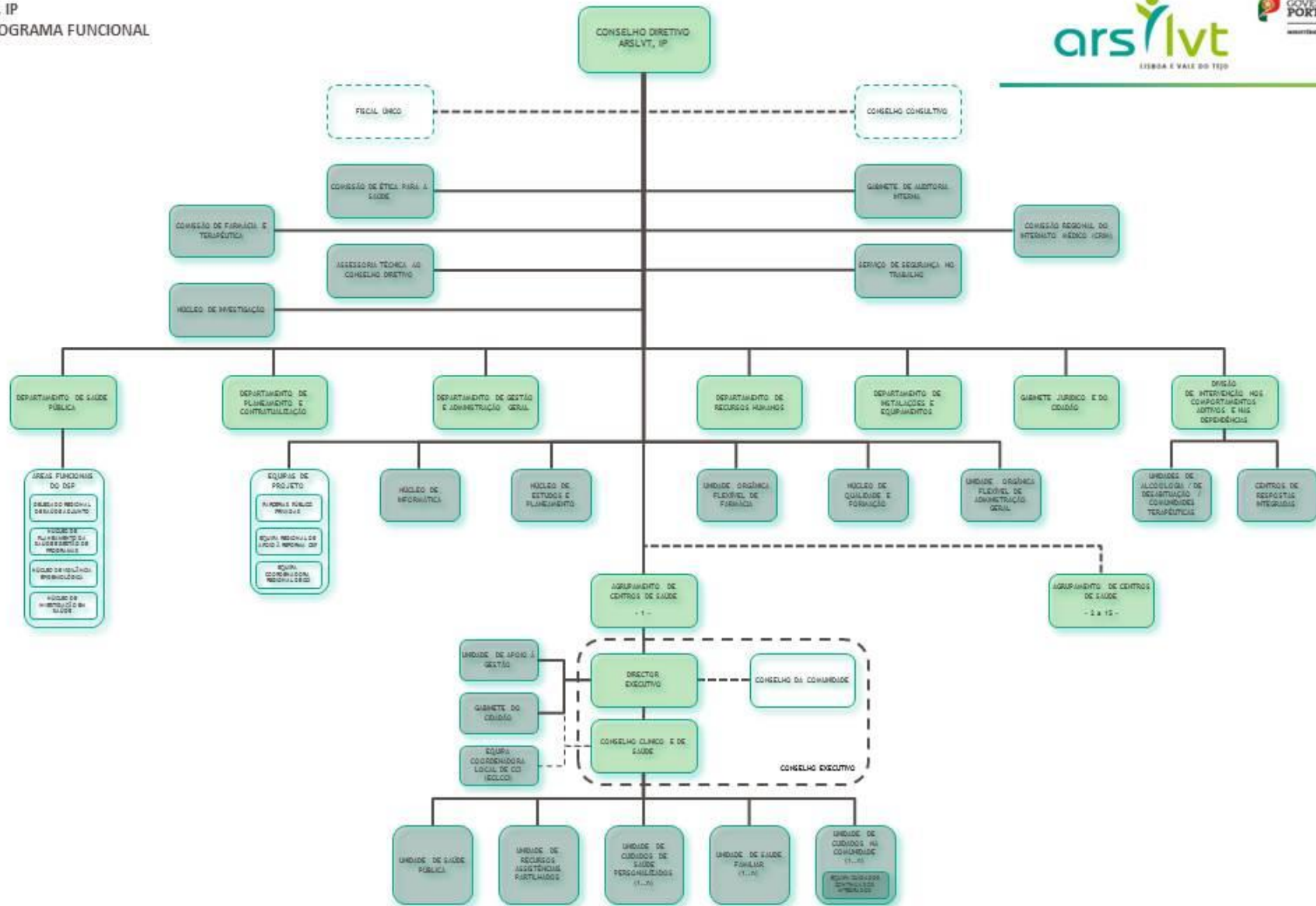
Os ACES são dirigidos por uma Comissão Executiva assim constituída:

	ACES	DIRECTOR EXECUTIVO	PRESIDENTE CONSELHO CLÍNICO E DA SAÚDE
I	Lisboa Norte	Dr.ªManuela Peleteiro	Dr.ª Mª Clara Pais
II	Lisboa Central	Dr.ªRosário Fonseca	Dr. Guilherme Frazão Ferreira
III	Lisboa Ocidental/Oeiras	Dr.ªFátima Nogueira	Dr. Rafic Nordin
IV	Cascais	Dr.ªHelena Costa	Dr.ª Isabel Pardal
V	Amadora	Dr.ªVanessa Gouveia	Dr. Jorge Alves Brandão
VI	Sintra	Engª Ana Andrade	Dr.ªHelena Costa Oliveira
VII	Loures/Odivelas	Dr.ªIleine Lopes	Dr.ª Mª Helena Morgado Canadá
VIII	Estuário do Tejo	Dr.Carlos Agostinho Sousa	Dr. Armando Almeida Braz
IX	Almada-Seixal	Dr.Luis Amaro	Dr.ª Mª Luz Santos Pereira
X	Arco Ribeirinho	Dr.Paulo Espiga	Dr.ª Mª João Branco Cercas
XI	Arrábida	Dr.Pedro Batista Lopes	Dr.ª Ana Fryxell
XII	Oeste Norte	Dr.ªAna Pisco	Dr.ªAna Pisco
XIII	Oeste sul	Dr.José André	Dr. Joaquim Silva Moura
XIV	Médio Tejo	Dr.ªSofia Theriaga	Dr. José Carreira Oliveira
XV	Lezíria	Dr.ªDiana Santos Leiria	Dr.ª Isabel Alves Costa

As competências delegadas nos Diretores Executivos, constam da Deliberação n.º 73/2015, exarada no Diário da República, 2.ª série, n.º 12 de 19 de janeiro.

A Comissão de Ética para a Saúde (CES), a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a Equipa Regional de Apoio à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (ERA) são ainda órgãos importantes na estrutura de decisão da ARSLVT, estando o seu regime jurídico e composição descritos na página da ARSLVT www.arslvt.min-saude.pt/pages/134/160

Na página seguinte encontra-se o organograma da ARSLVT reportado a dezembro de 2013.



2.4. RECURSOS

2.4.1 Recursos humanos

Identificam-se de seguida os Dirigentes Intermédios de cada um dos departamentos e os coordenadores de áreas funcionais da ARSLVT.

Órgãos da estrutura	Cargo	Titular
Departamento de Saúde Pública	Diretor	Prof. António Tavares
Departamento de Planeamento e Contratualização	Diretora	Dr.ª Sónia Bastos
Departamento de Gestão e Administração Geral	Diretor	Dr. Rui Vieira
Departamento de Recursos Humanos	Directora	Dr.ª Ana Alvarez
Departamento de Instalações e Equipamentos	Directora	Eng.º Tiago Pires
Gabinete Jurídico e do Cidadão	Coordenador	Dr.ª. Mónica Capristano
Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos	Coordenador	Dr. Joaquim Fonseca
Áreas funcionais		
Unidade Orgânica de Farmácia	Coordenadora	Dr.ª Nadine Ribeiro
Equipa de Parcerias Público-Privadas	Coordenador	Dr. João Matos
Gabinete de Auditoria Interna	Responsável	Dr.ª Margarida Theias
Núcleo de Estudos e Planeamento	Coordenadora	Dr.ª Fátima Cadoso
Núcleo de Informática	Coordenador	Eng.º Carlos Pires
Unidade de Qualidade e Formação	Coordenadora	
Unidade de Administração Geral	Coordenadora	Dr.ª Margarida B.Oliveira

Os recursos humanos da ARSLVT estão repartidos pelos Serviços Centrais e pelos 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Para a prossecução do Plano de Atividades de 2014 contava com um total de 8 251 efetivos, valor que engloba os Serviços Centrais e os Serviços Desconcentrados (ACES) -dados do Balanço Social 2013, 31/12/2013. Tendo em consideração o grupo profissional e o local de colocação, os recursos humanos encontravam-se distribuídos de acordo com o seguinte quadro:

Grupos profissionais	Serv. Centrais			ACES			Total ARSLVT		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Dirigentes /Diretores Executivos	6	7	13	6	9	15	12	16	28
Médicos	2	12	14	765	1.597	2.362	767	1.609	2.376
Técnicos Superiores	22	68	90	27	210	237	49	278	327
Técnicos Superiores de Saúde	1	16	17	25	122	147	26	138	164
Pessoal de Enfermagem		10	10	197	2.087	2.284	197	2.097	2.294
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	9	11	20	40	242	282	49	253	302
Pessoal Assistente Técnico	17	97	114	190	1.646	1.836	207	1.743	1.950
Pessoal Assistente Operacional	17	11	28	142	602	744	159	613	772
Pessoal Informático	9	0	9	23	6	29	32	6	38
Total	83	232	315	1.415	6.521	7.936	1.498	6.753	8.251

2.4.2. Recursos financeiros

No plano de atividades de 2014, a receita prevista corresponde à real previsão de cobrança, tendo em conta as verbas a receber por transferências do Orçamento do Estado (OE) e a previsão de cobranças de receitas próprias a realizar em 2014:

Recursos Financeiros	Previstos para 2014	Orçamento da Despesa	Previstos para 2014
Taxas, multas e Outras Penalidades	33.213.741 €	Despesas com pessoal	267.806.240 €
Rendimentos de Propriedade	36.432 €	Aquisição de Bens e Serviços	1.107.461.843 €
Transferências Correntes	1.328.846.034 €	Juros e Outros Encargos	7.866 €
Venda de bens e serviços correntes	19.488.170 €	Transferências Correntes	1.854.752 €
Outras receitas correntes	4.186.836 €	Outras Despesas Correntes	166.639 €
		TOTAL Correntes	1.377.297.070 €
		Aquisição de Bens de Capital	5.733.045 €
		Transferências de Capital	653.475 €
		TOTAL Capital	6.386.520 €
TOTAL RECEITA	1.385.771.213 €	TOTAL DESPESA	1.383.683.590 €

A previsão de despesa a liquidar enquadra-se nos limites da previsão das despesas autorizadas a inscrever, considerando o expresso na Circular n.º 1374 da DGO e a Circular n.º 12959/2013 da ACSS.

2.5. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

A ARSLVT atua com suporte nos vários instrumentos de gestão legalmente obrigatórios e termos do disposto no artigo 44º da Lei - Quadro dos Institutos Públicos (Lei 3/2004, de 15 de janeiro) e do n.º 5 do artigo 10º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro e Decreto-Lei nº 127/2012, de 21 de junho, disponibiliza-os na Internet em: www.arslvt.min-saude.pt/pages/51

São instrumentos de gestão da ARSLVT:

- Código de Conduta Ética
- Plano Estratégico;
- Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR);
- Plano de Atividades;
- Relatório de Atividades;
- Balanço Social;
- Documentos Previsionais;
- Documentos de Prestação de Contas;
- Nº Compromisso Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso (Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro);

- Dividas a Fornecedores;
- Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP)
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

3.METODOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

Com a finalidade de garantir comportamentos mais duradouros e interiorização dos princípios éticos, faz-se uma ampla divulgação dos valores por que se rege a ARSLVT. O aperfeiçoamento da conduta ética decorrerá, assim, da explicitação de regras claras de comportamento e do desenvolvimento de uma estratégia específica para a sua implementação. Todavia, é indispensável a prevenção.

Efetivamente, somente com uma monitorização eficaz poderá a ARSLVT prevenir desvios contrários aos identificados pelo Código de Conduta Ética. Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas corretivas face a uma escala de risco (riscos mais críticos exigirão maior atenção), foram os serviços da ARSLVT chamados a identificar os principais riscos que derivam do exercício das respetivas atividades. Tais riscos foram caracterizados de acordo com a probabilidade de ocorrência, impacto e, finalmente, classificados, de acordo com a avaliação prévia.

Para classificar o risco segundo a probabilidade e gravidade na ocorrência, estabeleceram-se conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se conforme as consequências previstas sejam estratégicas ou operacionais. O nível de risco (gradação do risco) é, assim, uma combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência.

A cada risco identificado foi atribuída uma graduação em função da avaliação realizada da probabilidade e gravidade da ocorrência e, ainda, do respetivo impacto esperado - estratégico ou operacional. Eis os critérios utilizados pelos Dirigentes, para classificar o risco.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA (PO)	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Factores de graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o mitigar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar através de decisões e acções adicionais	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e acções adicionais essenciais
IMPACTO ESTIMADO (IE)	BAIXA	MÉDIA	ALTA
Factores de graduação	Dano na optimização do desempenho oragnizacional, exigindo a recalendarização das actividades ou projectos	Perda na gestão das operações requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficiência e desempenho na sua missão

Esta avaliação resulta na seguinte matriz:

MEDIDAS GRAUS	ACEITAR PREVENIR	TRANSFERIR PREVENIR	EVITAR TRANSFERIR
	BAIXA	MÉDIA	ALTA
PROBABILIDADE GRAVIDADE (CR)	BAIXA	MÉDIA	ALTA
ALTO	MÉDIO	ELEVADO	ELEVADO
MÉDIO	FRACO	MÉDIO	ELEVADO
BAIXO	FRACO	FRACO	MÉDIO

Cada Departamento/ACES apresentou a matriz de risco, processo que decorreu em várias fases:

1. Tendo como referencial o anterior Plano, procedeu-se em primeiro lugar a uma revisão dos riscos então identificados, de acordo com o conhecimento que obtivemos no decorrer do processo de revisão do Manual de Controlo Interno da ARSLVT;
2. Reanálise das situações potencialmente geradoras de riscos de corrupção e infrações gerais e transversais à ARSLVT, IP, sua classificação do risco, com base na matriz acima referida e atualização das medidas preventivas e de controlo, bem como, dos responsáveis pelo seu acompanhamento;

3. Em seguida, procedeu-se ao envio dos ficheiros base das matrizes de risco para os responsáveis de cada um dos Departamentos e Diretores Executivos, tendo-se considerado que os riscos das unidades dependentes fazem parte integrante dos Departamentos;
4. Tendo sido realizadas reuniões com os Diretores e Coordenadores dos Departamentos e Gabinetes, no sentido de ajudar a esclarecer e identificar potenciais riscos, para os quais deveriam estar mais atentos ou para os quais a sua experiência e conhecimento da área, indiciavam maior probabilidade de ocorrência de situações potenciadoras de riscos ou em que estes poderiam ter um impacto maior.
5. Após a receção de cada uma das matrizes de risco, procedeu-se à sua análise, consolidação e normalização, antes de sua integração no referido Plano.

4.ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ACTUALIZAÇÃO DO PLANO

Cabe ao Conselho Diretivo proceder à distribuição de responsabilidades de coordenação genérica e de gestão corrente das unidades orgânicas da ARSLVT, cabendo-lhe cuidar da revisão da arquitetura e dos critérios de gestão do risco, receber e comunicar os riscos, tomando medidas no âmbito das suas competências.

Os Dirigentes/Diretores Executivos (DEX) procedem ao controlo periódico do cumprimento das regras do Plano e seus efeitos práticos, e são os responsáveis pela eficácia das medidas de controlo do risco na sua área de atuação, designadamente pelo cumprimento dos procedimentos previstos no Manual de Controlo Interno da ARSLVT. Cabe ainda aos Dirigentes/DEX informar o Conselho Diretivo sempre que surjam novos riscos e/ou de grau elevado, que devam ser prevenidos.

O GAI prepara as questões, envia os formulários aos Dirigentes/DEX, recolhe e trata a informação assim obtida, e elabora um relatório no final de cada ano. Monitoriza a aplicação do plano utilizando inquéritos, e realizando ações específicas.

ANEXO

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E MEDIDAS PREVENTIVAS

COMUNS AOS DEPARTAMENTOS/UNIDADES/NÚCLEOS DA ARSLVT, I.P.		SEDE E ACES/US			MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	PO	IE	CR		
Exercício ético e profissional das funções	Risco de quebra dos deveres funcionais e valores, tais como prossecução do interesse público, isenção, imparcialidade, justiça, igualdade, respeito e boa-fé, integridade, verdade e humanismo (Despacho nº 9456-C/2014 do MS)	M	A	E	Acompanhamento e supervisão pelos dirigentes do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções Observância de orientações e mecanismos que garantam a prevenção e o cumprimento dos princípios e valores éticos Observância de medidas conducentes a prevenir a quebra de sigilo, designadamente no acesso às bases de dados Declaração ética sobre conflito de interesses e impedimentos Controlo regular e aleatório dos pedidos de acumulação de funções nos termos do artigo 23º da LGTFP, aprovado pela Lei nº35/2014 , de 20 de junho Preferência da colegialidade na realização das acções, com especial relevância nas de controlo Acompanhamento e supervisão dos técnicos e equipas de trabalho pelos dirigentes Rotatividade do pessoal Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	CD e Dirigentes
Controlo da qualidade	Risco de falha do controlo da qualidade nos procedimentos	M	A	E	Supervisão e adequação dos procedimentos adoptados Adopção das melhores práticas e conhecimentos Segregação de funções	CD e Dirigentes
Competências técnicas	Risco de inadequação do perfil técnico e comportamental no exercício de funções	M	A	E	Existência de sanções em caso de violação do dever de obediência e lealdade Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança. Existência de mecanismos legais para os trabalhadores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos em condutas corruptas. Intervenção no processo de avaliação no âmbito do SIADAP do conselho coordenador da avaliação, de secções autónomas do conselho coordenador da avaliação, comissões paritárias e do Presidente do Conselho Diretivo.	CD e Dirigentes
Dever de informação	Risco de não transparência na divulgação de informação	B	M	F	Publicação em Diário da República das delegações e subdelegações de competências Identificação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos corporativos. Disponibilização na intranet das delegações e subdelegações de competências	CD e Dirigentes
Dever de sigilo	Divulgação, fruto de relações interpessoais privilegiadas, de informações a ex-trabalhadores	M	A	E	Sujeição de todos os dirigentes, chefias e trabalhadores ao dever legal de sigilo. Existência de uma política de sanções em caso de violação dos regulamentos legais	CD e Dirigentes
	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objectivo de obtenção de vantagens pessoais	M	M	M	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação	
	Divulgação aos meios de comunicação social de informação susceptível de criar perturbação interna ou externa	B	A	M	Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos.	
Guarda e conservação de documentos e equipamento	Risco de extravio de documentos e dos equipamentos ou sua inutilização por acção humana ou causas naturais	A	M	E	Acções regulares de verificação do cumprimento das regras de manuseamento e utilização dos documentos e equipamentos	CD e Dirigentes
Articulação entre serviços	Risco de não articulação dos Departamentos/Áreas funcionais/ACES/US	M	M	M	Procedimentos articulados nos Serviços de Apoio no âmbito do plano de infra-estruturas tecnológicas	CD e Dirigentes

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Atendimento ao público e a entidades externas	Informação inadequada; quebra de sigilo; tráfico de influências; suborno.	Médio	Formação contínua e responsabilização dos profissionais; Acompanhamento e supervisão do trabalho; Estabelecimento de procedimentos de atuação.	DIRECTOR DSP
Guarda e conservação de documentação e equipamentos	Extravio de documentos e de equipamentos ou sua inutilização.	Fraco	Formação contínua e responsabilização dos profissionais; Acompanhamento e supervisão do trabalho; Atuação segundo procedimentos definidos no âmbito da gestão documental e patrimonial.	
Produção de informação técnico-científica de suporte à decisão; Emissão de pareceres de suporte à decisão	Produção de informação inadequada, insuficiente e/ou de reduzida qualidade para suporte à decisão.	Médio	Equipas com profissionais qualificados de várias áreas do conhecimento; Formação contínua e responsabilização dos profissionais; Acompanhamento e supervisão do trabalho.	
Informação para efeitos de gestão de recursos humanos (pareceres); Avaliação anual dos profissionais	Conflitos de interesses; tráfico de influências; Risco de quebra de deveres funcionais e valores, como integridade, independência, responsabilidade, transparência, objetividade, rigor, imparcialidade, confidencialidade.	Fraco	Atuação segundo procedimentos definidos pelo Departamento de Recursos Humanos e pelo órgão que emana orientação acerca da avaliação de desempenho. Emissão de pareceres fundamentados.	
Procedimentos concursais	Desconformidade com as regras dos procedimentos concursais; Risco de conflitos de interesses; parcialidade na apreciação dos candidatos; Tráfico de influências.	Médio	Nomeação de júris diferenciados segundo a tipologia dos concursos e instrução dos procedimentos previstos legalmente; Formação dos profissionais; Rotatividade dos membros dos Júris. Existência de guias de apoio relativos aos procedimentos processuais para os júris de concurso com formulários tipificados. Fundamentação de	
Emissão de pareceres para projetos financiados e/ou participação em visitas de acompanhamento a entidades alvo de projetos financiados	Conflitos de interesses; tráfico de influências; desconformidade nas regras de apreciação das candidaturas e parcialidade nos critérios aplicados. Risco de extravio de informação; Risco de favorecimento.	Médio	Explicitação dos critérios de apreciação e publicitação dos mesmos; Fundamentação de pareceres dos relatórios; Equipa de apreciação com vários profissionais e diferenciação da equipa de apreciação das candidaturas. Rotatividade das equipas integrantes. Existência de instrumentos de avaliação e de acompanhamento dos projetos com explicitação dos critérios. Declaração de conflitos de interesses.	
Participação em auditorias de serviços e elaboração de relatórios; Participação em estudos técnico-científicos	Conflitos de interesses; tráfico de influências; Risco de extravio de informação; Risco de favorecimento; Risco de suborno.	Médio	Fundamentação de pareceres dos relatórios; Equipa de auditoria com vários profissionais e diferenciação da equipa. Rotatividade das equipas. Existência de instrumentos de auditoria com explicitação dos critérios. Declaração de conflitos de interesses. Obedecer aos princípios éticos e da investigação humana. Exercício da conduta profissional segundo princípios de ética e deontológicos.	
Gestão de recursos técnicos incluindo tecnologias e sistemas de informação	Risco de quebra de sigilo e de confidencialidade; Risco de suborno.	Fraco	Formação dos profissionais; Implementação de auditorias. Segregação de funções com diferentes níveis de acesso.	
Articulação interserviços	Risco de não articulação entre serviços.	Fraco	Fomentar reuniões periódicas entre serviços de acompanhamento de processos e atividades com definição clara de responsabilidades. Promoção de medidas de	

DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO DA ARSLVT, I.P.				
	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Negociação de contratos/protocolos/cartas de compromisso	Falta de isenção na interpretação das regras definidas nos contratos/protocolos/cartas de compromisso	Médio	Recurso a consultoria externa especializada na interpretação dos contratos	Director DPC
Monitorização de contratos/protocolos/cartas de compromisso	Deficiências na recolha e tratamento de dados/fiabilidade dos sistemas de informação	Elevado	Instruções e formulários adequados/definição de prazos obrigatórios para a recolha de informação Realização de testes e cruzamento da informação	
	Pouca sustentabilidade técnica na selecção de indicadores a monitorizar	Fraco	Recurso a consultoria externa especializada na monitorização da actividade em saúde	
Avaliação de contratos/protocolos/cartas de compromisso	Não identificado	-	-	
Monitorização do CTH	Violação das regras definidas pela Portaria.....	Médio	Reforço dos mecanismos de controlo da actividade realizada pelas instituições e divulgação dos resultados	
Monitorização do SIGIC	Violação das regras definidas pela Portaria....., designadamente na aplicação de não conformidade	Médio	Reforço dos mecanismos de controlo da actividade realizada pelas instituições e divulgação dos resultados	

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Cobrança e Pagamentos	Divergências nas Contas Correntes de Clientes e Fornecedores existentes na Contabilidade da ARSLVT e nos	Fraco	Conferências mensal das correntes no âmbito dos pagamentos e recebimentos Circularização de Contas Correntes anual prevencionalmente de base total	Dirigente e Responsável do Serviço
	Desvios de fundos do cofre	Fraco	Balanço e Controlo à tesouraria mensal	
	Cobranças não depositadas	Fraco	Conferência diária dos montantes depositados (registos contabilísticos vs extracto bancário)	
	Pagamentos	Desvio de fundos: a) o NIB não corresponder à instituição correcta; b) transferência de valor/pagamento diferente do autorizado	Fraco	
Utilização de palavras-passe pessoais e intrasmissíveis para acesso aos sistemas informáticos				
Segregação de funções entre quem processa e quem paga				
Conferência das cobranças e pagamentos pelos profissionais da Tesouraria, com reconciliação bancária realizada por outra equipa, garantindo-se a segregação efectiva entre quem processa a facturação, quem paga e quem reconcilia				
Gestão de património	Falhas no registo das fichas dos bens, preenchimento das taxas de amortização, valores de reavaliação e alterações de localização	Fraco	Reconciliações bancárias diárias, sendo concluídas no momento do encerramento mensal da contabilidade	
			Segregação de funções entre o registo das fichas dos bens, etiquetagem e manuseamento físico dos bens	
			Controlo regular do cadastro dos bens e auditorias aleatórias e conciliação sucessiva da informação	
	Abates sem autorização/abates não refletidos no inventário	Fraco	Cumprimento das normas definidas no Manual de Procedimentos	
			Verificação de autos de abate	
			Cumprimento das normas definidas no Manual de Procedimentos	

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Praticar todos os actos preparatórios relativos ao apuramento e selecção de pessoal	Ausência ou deficiente fundamentação dos actos e da selecção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação	Fraco	Definição objectiva dos critérios de avaliação, de modo a simplificar a fundamentação das decisões de contratação e aprovação prévia dos mesmos	Director DRH
	Favorecimento por parte do júri (quebra de deveres éticos no decorrer dos procedimentos concursais)	Médio	Publicitação dos critérios de selecção dos candidatos previamente ao lançamento dos procedimentos concursais Rotatividade dos membros que compõem os juris de concursos Nomeação de uma pessoa independente da ARSLVT nos juris dos concursos de dirigentes, respeitando a legislação em vigor Obrigação dos membros dos juris declararem impedimento ou escusa, nos termos do CPA, preenchendo a declaração de inexistência de conflitos de interesses	
Gestão de recursos humanos	Assiduidade	Fraco	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal	
	Processamento de vencimentos sem aderência à assiduidade dos colaboradores e/ou seu índice remuneratório	Médio	Conferência da informação retirada das aplicações de processamento de vencimentos, registos de assiduidade e cadastro do pessoal	
	Utilização excessiva do recurso a trabalho extraordinário	Médio	Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis	
	Processamento de outros abonos ao pessoal sem correspondência com efectiva prestação de trabalho	Fraco	Conferência dos processamentos de salários com os respectivos documentos de suporte dos abonos ou horas extra	
	Utilização de contratos a termo ou prestação de serviços como mecanismo para satisfação de necessidades de	Médio	Levantamento das necessidades de pessoal de carácter permanente Recurso aos instrumentos legais de contratação	
	Utilização de mecanismos excepcionais de promoção na carreira	n.d.	Promoção baseada em critérios aprovados superiormente, tendo em conta a lei vigente	
Planeamento de formação ao pessoal *	Favorecimento de candidatos e abuso de poder	Fraco	Subscrição de todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções de declaração actualizada em que assume de forma inequívoca que as funções acumuladas não entram em conflito com a imparcialidade necessária ao exercício das funções públicas	
	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação dos colaboradores	Médio	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna)	
	Desadequação do programa de formação relativamente às necessidades formativas adequadas ao exercício de funções	Médio	Envolvimento de todas as unidades no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação	

* Unidade autónoma (Núcleo da Qualidade e Formação)

DEPARTAMENTO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS DA ARSLVT, I.P.				
	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Promoção da aplicação de normas, especificações e requisitos técnicos a instalações e equipamentos das US	Pressões para favorecimento na avaliação das situações e consequente emissão de parecer	Fraco	Constituição de equipas de vários elementos e rotatividade dos profissionais	Director DIE
			Cumprimento dos procedimentos previstos no Código dos Contratos Públicos (CCP)	
Elaboração de programas funcionais e projetos-tipo para estabelecimentos de saúde	Priviligiado materiais, produtos ou sistemas	Fraco	Constituição de equipas multidisciplinares	
			Cumprimento dos procedimentos previstos no CCP	
			Consulta a peritos das áreas para validação dos documentos produzidos	
Atualização e monitorização da base de dados das instalações e equipamentos	Informação dispersa e não sistematizada sobre a rede de instalações e equipamentos existente, podendo beneficiar terceiros por incapacidade de confirmação das necessidades	Médio	Desenvolvimento de projectos de suporte à actividade da DIE, em articulação com o Património e os ACES, designadamente o levantamento em curso, que se prevê estar terminado em Janeiro 2015	
Emissão de pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifício e projetos das instituições	Pressões para favorecimento na avaliação dos terrenos	Fraco	Tarefa não concentrada num único elemento	
			Consulta a outras entidades no âmbito da avaliação (CM, ACES, ...)	
Elaboração de cadernos de encargos	Priviligiado materiais, produtos ou sistemas	Fraco	Constituição de equipas multidisciplinares	
			Formação contínua na utilização dos procedimentos previstos no CCP	
			Consulta a peritos das áreas para validação dos documentos produzidos	
Acompanhamento e fiscalização de empreitadas e fornecimentos de equipamentos.	Pressões para favorecimento na execução das empreitadas	Fraco	Recurso a peritos externos	
Elaboração de propostas de emissão de licenças de funcionamento das US (DICAD e Sector Social)	Deficiente informação, subjectividade, interpretação incorrecta das condições para a atribuição de licença	Fraco	Utilização de grelha objectiva prévia de valorização dos elementos a considerar	

UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO GERAL DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens, serviços e obras	Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição, material de consumo e equipamentos	Baixo*	Elaboração obrigatória de informação que expresse a necessidade da aquisição, tal como previsto no MCI da ARSLVT, no qual se refere: - necessidade de contratação; - o reforço /novas exigências; - que as quantidades propostas e/ou objecto do contrato são as mais adequadas às necessidades e/ou não existem alternativas dentro da ARSLVT	Departamentos/ Aces
	Aquisição não prevista no Orçamento anual do departamento/ACES	Baixo		Coordenadora UAG
	Averiguação insuficiente de soluções internas como alternativa à contratação, material de consumo e equipamentos	Baixo*		UAG
	Desdobramento de contratos para possibilitar o procedimento por ajuste directo, podendo privilegiar fornecedores	Baixo		Coordenadora UAG
	Favorecimento de candidatos e abuso de poder (especificações/cadernos de encargos pouco específicos e incompletos; incumprimento das regras contratuais;avaliação das propostas com critérios	Baixo		
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos verificado	Baixo		
	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	Baixo		
	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens/serviços/empreitadas foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	Baixo		

* A UAG desenvolve os procedimentos de acordo com a expressão de necessidades dos Departamentos/ACES não lhe competindo aferir as incorreções na avaliação inicial e averiguar a existência de soluções internas no que diz respeito à contratação de prestação de Serviços

DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E TOXICODEPENDÊNCIAS DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Identificação de necessidades nas áreas de intervenção - Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção	Não avaliação correta das necessidades nas diferentes áreas	Médio	Criação de um sistema estruturado de avaliação das necessidades(1)	SICAD em articulação com as ARS, através das respetivas DICAD
Acompanhamento de programas/projetos dos CAD	Lapsos técnicos do modelo de monitorização	Médio	Criação de um modelo estruturado de acompanhamento dos projetos/programas, definição de indicadores	SICAD em articulação com as ARS, IP, através das respetivas DICAD
Avaliação da execução de programas/projetos nos CAD	Extemporaneidade e eventuais lapsos técnicos na avaliação	Médio	Criação de um modelo estruturado de avaliação de resultados dos projetos/programas	SICAD em articulação com as ARS, IP, através das respetivas DICAD
Emissão de pareceres técnicos no âmbito das diferentes áreas de intervenção	Extemporaneidade e eventuais lapsos técnicos nos conteúdos disponibilizados	Médio	Dupla revisão do trabalho, recurso a peritos externos	No caso de projetos financiados: SICAD em articulação com as ARS, através das respetivas DICAD
Financiamento de projetos de entidades externas	Consideração/valorização de elementos inapropriados que possibilitem/acelerem a aprovação de financiamento. Favorecimento de entidades	Médio	Aplicação dos requisitos incluídos no regulamento aprovado pela Portaria nº 27/2013 de 24 de janeiro (condições de financiamento público de projetos no âmbito dos PRI)	SICAD em articulação com as ARS, IP, através das respetivas DICAD
Participar em eventos realizando rastreios de alcoolemia e distribuição de material	Insuficiente quantidade de material para realizar os rastreios entendidos necessários. Ausência de registos relativos a material distribuído e rastreios efetuados	Fraco	Decisão sobre quais os festivais a intervir Revisão de material de rastreio suficiente para cada evento Avaliação e monitorização	DICAD - equipa de coordenação
Intervenção preventiva multicomponente (componente informativa, desenvolvimento de competências e reguladoras/ambientais) em contexto escolar, comunitário ou outro contexto	Insuficiência de capacidade de resposta face às necessidades identificadas/pedidos solicitados; Insuficiência das competências técnicas por parte dos profissionais responsáveis por esta intervenção	Fraco	Controlo de entrada de pedidos de intervenção preventiva ; Definição de critérios de prioridade de intervenção; Disponibilidade recursos humanos e logísticos adequados.	DICAD
Elaboração de documentos (normas, e outros)	Extemporaneidade e eventuais lapsos técnicos na avaliação	Fraco	Dupla revisão técnica do trabalho, recurso a peritos externos, adopção das medidas comuns a todos os serviços	DICAD
Vistorias a unidades licenciadas	Consideração/valorização de elementos inapropriados que possibilitem/acelerem a aprovação de financiamento. Favorecimento de entidades	Médio	Preenchimento do Auto de Vistoria das Comunidades Terapêuticas pela comissão de Vistoria/Manutenção(2)	NEP/DSP/DIE/DICAD
Ações formativas	Desadequação do programa de formação face às necessidades formativas para o exercício de funções	Médio	Envolvimento de todas as unidades, designadamente as locais, no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação	DICAD
Coordenar e gerir ações com a finalidade de racionalizar a rede de serviços disponíveis	Informação dispersa e não sistematizada sobre a rede de recursos podendo beneficiar terceiros pela incapacidade de confirmar as necessidades reais	Médio	Desenvolvimento de projectos de apoio à actividade do DICAD, que prevejam a caracterização correta e real das capacidade instalada, incluindo de entidades externas, com as quais exista acordo	DICAD

(1) Existe um sistema estruturado de avaliação das necessidades: PORI (Portaria nº 27/2013, de 24 de Janeiro)

(2) Os DL n.º162/2014 e 127/2014 de 22 de Agosto passaram as competências em matéria de licenciamento e monitorização para a Entidade Reguladora da Saúde, processo que decorreu durante o ano 2014.

GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO DA ARSLVT, I.P.				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Emissão de pareceres jurídicos; Emissão de projectos de diplomas.	Risco de parcialidade/favorecimento	Fraco	Controlo e monitorização dos pareceres e informações	Coordenador GJC
Instrução de processos administrativos e judiciais; Representação da ARSLVT nos Tribunais.	Risco de incumprimento na tramitação processual e de incumprimento dos prazos Risco de não comparência em Juízo	Médio	Controlo e adequação dos procedimentos adoptados Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos através de aplicação informática Controlo das marcações em aplicação informática	
Elaboração de minutas de Protocolos, Contratos e Contratos-Programa com entidades públicas e privadas	Discrecionariedade na condução dos processos, favorecimento das entidades	Médio	Controlo e monitorização das minutas e documentos existentes nos processos	
Emissão de propostas para entrega de arrendados aos proprietários	Discrecionariedade na condução dos processos, favorecimento das entidades	Médio	Controlo e monitorização das propostas e documentos existentes nos processos	
Instrução de processos disciplinares e de inquérito	Risco de não cumprimento dos prazos com prescrição dos processos;	Médio	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos através de aplicação informática	
	Risco de favorecimento dos arguidos ou visados em face das relações interpessoais privilegiadas	Fraco	Controlo da instrução do procedimento e das propostas de arquivamento ou aplicação de sanções	
	Risco de quebra dos deveres funcionais de isenção, imparcialidade, justiça.	Fraco		
Analisar, registar e tratar as exposições apresentadas pelos utentes utilizadores das instituições de saúde do SNS	Não tratamento em tempo útil	Fraco	Fixação de prazos para proceder ao tratamento	Coordenador GJC (Responsável Cidadão)
Monitorização sistemática ao processo de tratamento das exposições inseridas no S.G.S.R.	Não tratamento em tempo útil	Fraco	Verificação semanal do Plano de Trabalho	

FACTORES DE RISCO COMUNS AOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE/UNIDADES DE SAÚDE DA ARSLVT, I.P. *				
ACTIVIDADES	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	CR	MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLO	RESPONSÁVEIS
Executar os procedimentos administrativos relativos à modificação e extinção da relação de emprego público	Incumprimento de prazos de prestação de informação a entidades oficiais relativamente aos processos de aposentação	Médio	Verificação e actualização dos processos do pessoal, cumprimento dos prazos (início de funções, mobilidades, saída por aposentação / rescisão)	Diretores Executivos e Responsáveis de Unidades nos ACES Coordenadores das Unidades de Saúde
Acompanhar a execução de todos os contratos de prestação de serviços, incluindo os de recursos humanos	Planeamento adequado das necessidades em materiais/investimentos	Médio	Controlo sistemático dos consumos e previsão adequada da atividade assistencial	
	Incumprimento de prazos em matéria de gestão de contratos de pessoal	Fraco	Verificação sistemática da situação dos prestadores de serviço face aos termos do contrato de trabalho	
	Falhas na prestação de serviços aos utentes, aumento do número de reclamações	Médio	Recurso ao recrutamentos através de Centro de Emprego	
Assegurar o tratamento do processo de arrecadação da receita das TM e garantir os procedimentos de gestão corrente de tesouraria	Recebimentos incorrectos, não registados	Médio	Verificação diária da cobrança de receitas, e da folha diária de caixa	
	Movimentação incorrecta da conta bancária	Médio	Elaboração da reconciliação bancária quinzenal	
	Dotação incorreta de fundo de manei	Médio	Introdução de mecanismos de duplo controle, verificação periódica das despesas realizadas, controlo diário do saldo de caixa	
	Introdução de informação incorreta no portal SAP Expresso	Médio	Conferência da receita obtida pela consulta ao movimento assistencial registado no dia	
Assegurar o tratamento correto do processo de despesa, desde a autorização até à	Determinação incorreta das necessidades	Médio	Planeamento adequado das necessidades	
	Despesas e pagamentos não autorizados	Médio	Introdução de mecanismos de duplo controle	
	Pagamento de despesas não registado	Médio	Duplo controle	
Assegurar que os procedimentos relativos à gestão de stocks são os corretos	Movimentação inexistente, incorreta, não registada, não autorizada de existências	Médio	Validação dos relatórios de consumos, análise dos desvios, designadamente face à evolução do movimento assistencial	
	Contagens físicas incorretas de existências	Médio	Procedimentos corretos de contagem, designadamente uma composição adequada das equipas de contagem, posterior análise das diferenças encontradas nos mapas de reconciliação	
Manter atualizado o cadastro, e inventário de bens do património afeto, incluindo a frota automóvel	Falhas na gestão de ativos, aquisições, transferências e abates	Elevado	Cumprir os procedimentos do Manual de Procedimentos de Imobilizações Corpóreas	
Atenção ao estado de manutenção e conservação das instalações e equipamentos, incluindo da rede e equipamento informático	Falhas na prestação de serviços aos utentes, aumento do número de reclamações	Médio	Monitorização sistemática e regular do estado de uso dos equipamentos, assegurar uma comunicação célere com a Sede	

* Cada ACES elaborou a sua própria matriz de risco. Esta matriz resulta de uma identificação de riscos comuns.

GLOSSÁRIO

Risco

Evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência negativa na consecução dos objetivos de uma unidade organizacional.

Aceitação de risco

Decisão que deve acarretar as consequências no caso de o cenário de risco se materializar, significando que apesar de o risco não ser eliminado a sua existência e magnitude são conhecidas, toleradas e esperadas sem medidas específicas de mitigação.

Comunicação do risco

Toda a informação e dados necessários para a gestão do risco dirigida a quem tem poder de decisão ou a outros atores relevantes.

Categoria de risco

Uma pontuação usada para classificar a magnitude do risco que é uma combinação das pontuações dadas à probabilidade da ocorrência e à gravidade da consequência.

Gestão do risco

A sistemática e iterativa otimização dos recursos à disposição do Diretor ou gestor tendo em consideração a manutenção dos riscos presentes a cada momento dentro dos limites fixados.

Plano de Gestão do Risco

Documento que contém elementos específicos de orientação e planos de implementação aplicáveis aos Serviços, incluindo organização, critérios e calendarização.

Processo de gestão do risco

O conjunto estruturado de todas as atividades (do projeto) relacionadas com a identificação, avaliação, redução, aceitação e feedback dos riscos.

Risco global

Risco resultante da avaliação da combinação dos riscos individuais, e impacto sobre os outros, no contexto de um Departamento, ACES ou Unidade de Saúde.

Prevenção para a Minimização do risco

Implementação de medidas que conduzem à redução da probabilidade ou da gravidade das consequências dos riscos.

Risco resolvido

Risco que foi tornado aceitável.

Risco não resolvido

Risco para o qual as tentativas de redução do risco não são viáveis, não se podem verificar, ou provaram ser mal sucedidas ou um risco que permanece inaceitável.

Risco institucional

Indicação genérica para riscos que podem ter consequências em vários Serviços da Instituição e são originados na atividade de um Departamento/Unidade que exerce funções de apoio. Citam-se como exemplos os riscos de Infraestruturas, Tecnologia e qualidade, Recursos Humanos ou Finanças, ou atividades legais. Estes riscos são geridos pelos Serviços que lhes deram origem.