



Conselho de Administração
Sessão N.º 691 Data 28/09/2023
Deliberação:



Alfonso
Be
Opue
28 SET. 2023

Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2021

(2ª Revisão)

Índice

Relação de Acrónimos e Siglas	3
1. Enquadramento	5
2. Caracterização da Entidade.....	8
3. Missão	9
4. Visão	9
5. Valores e Objetivos	9
6. Estrutura Organizacional.....	10
7. Controlo Interno e Sistema de Comunicação de Irregularidades.....	17
8. Gestão de Risco	23
Conceitos e enquadramento legal	23
Identificação e Controlo do Risco.....	25
Avaliação/Classificação do Risco	27
9. Plano de Gestão de Risco.....	27
Identificação das áreas de risco	27
Definição das medidas a implementar	28
Gestão de Conflitos de Interesse	30
Monitorização e acompanhamento da implementação do Plano	30
Revisão do Plano.....	31
Aprovação e Publicitação do Plano	32
10. Referências Bibliográficas.....	32
11. Anexos	34

Relação de Acrónimos e Siglas

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AD	Ajuste Direto
AGIT	Plataforma informática de Gestão do Transporte de doentes
AI	Auto Incapacidade
AP	Serviço de Aprovisionamento
AT	Assistentes Técnicos
CCP	Código dos Contratos Públicos
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRP	Constituição da República Portuguesa
DAG	Departamento Autónomo de Gestão
DAG MC	Departamento Autonomo de Gestão de Medicina Critica
DC	Departamento Cirurgia
DCE	Departamento de Consulta Externa
DD	Direcções Departamento
DGTF	Direção-Geral de Tesouro e Finanças
DMC	Departamento de Medicina Critica
DPO	Encarregado pela Protecção de Dados
DS	Diretores Serviço/Departamento
DUC	Documento Único de Cobrança
EPE	Entidade Pública Empresarial
GC	Gabinete de Comunicação
GCCI	Crupo Coordenador do sistema de Controlo Interno Integrado do Ministério da Saúde
GI	Gestão do Imobilizado
GJ	Gabinete Jurídico
GREI	Plataforma interna de Gestão de Requerimentos Eletrónicos de Injunção
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
IID	Identificação Inequivoca do Doente
LCPA	Lei dos Compromissos e Pagamentos em atraso

LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
Mcdt's	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PCG	Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão
PPR	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas
RAI	Responsável pelo Acesso à Informação
RGPD	Regime Geral de Protecção de Dados
RH	Serviço de Recursos Humanos
RNU	Registo Nacional de Utentes
SF	Serviços Farmacêuticos
SGF	Serviço de Gestão Financeira
SGRUEPS	Serviço de Gestão da Relação com os Utentes e Entidades Externas Prestadoras de Serviços
SGSIC	Serviço de Gestão de Sistemas de Informação
SHAG	Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNA	Serviço de Nutrição e Alimentação
SONHO	Sistema Integado de Informação Hospitalar
SS	Serviço Social
SSO-ST	Serviço de Saúde Ocupacional
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido
UCGTT	Unidade de Controlo e Gestão de Termos de Responsabilidade
UCGTT	Unidade de Controlo e Gestão de Termos de responsabilidade e Taxas Moderadores
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
USF	Unidade de Saúde Familiar

1. Enquadramento

A abordagem ao risco é hoje um elemento fundamental na gestão de qualquer organização, entendida como um processo transversal que consiste na análise e avaliação sistemática dos riscos inerentes às atividades, na prossecução das suas atribuições e competências. Seja na perspetiva da defesa e proteção de cada interveniente, ou de grupo, o objetivo é assegurar a salvaguarda do interesse coletivo. A fase principal da gestão do risco é a identificação de riscos inerentes a qualquer atividade, a sua classificação e as medidas de tratamento do mesmo, no sentido de aumentar a possibilidade de sucesso e de reduzir tanto a probabilidade de fracasso como a dúvida na execução de todos os objetivos globais de uma organização.

Na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) a gestão de risco, incluindo corrupção e infrações conexas, assume-se como um requisito essencial ao seu funcionamento, sendo fundamental nas relações que se estabelecem entre os cidadãos, os colaboradores e a Administração, no desenvolvimento da sua normal atividade. Ou seja, transpõe a estratégia em objetivos táticos e operacionais, atribuindo responsabilidades na gestão dos riscos por toda a organização, como parte integrante da respetiva descrição de funções e responsabilidades. Apenas e só com uma prática que sustenta a responsabilização, se assegura e promove a eficiência operacional em todos os níveis da organização, e assim se atinge a eficácia da mesma.

A Gestão e Controlo de Risco definido na ULSAM tem por base um conjunto de pressupostos legais que configuram a sua atuação, a referir:

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), criado pela Lei 54/2008, de 4 de setembro, é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas e tem como fim desenvolver, nos termos da lei, uma actividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infracções conexas.

No âmbito das suas atribuições e competências, o CPC emitiu várias recomendações:

- Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho - Determina a elaboração de PPR, como documento estrutural na prevenção da corrupção e das infracções conexas¹.
- No sentido de tornar mais transparente o acolhimento e aplicação dos PPR, emitiu, em 7 de Abril de 2010, nova Recomendação, determinando a sua publicitação nos sítios da internet da respectiva entidade.
- Em 7 de novembro de 2012, emitiu nova Recomendação, desta feita sobre a necessidade de criar e aplicar medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesse, revista em 8 de janeiro de 2020, por força das recentes alterações legislativas²;
- A 7 de janeiro de 2015, emitiu nova Recomendação no âmbito da prevenção de risco de corrupção na contratação pública, considerando a importância dos contratos públicos na economia, posteriormente revogada pela Recomendação de 2 de Outubro de 2019, pela necessidade de revisão, tendo em conta as alterações introduzidas pelo Código dos Contratos Públicos (CPC), na sequência das novas diretivas Europeias;
- Recomendação nº 3/2015, de 1 de julho, relativa à necessidade de se proceder ao aperfeiçoamento dos PPR, identificando de modo exaustivo os riscos de gestão, de todas as unidades da estrutura orgânica, e designando responsáveis pela sua execução, divulgação e monitorização;

¹ Nº 1.1 da Recomendação nº 1/2009 – “Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, contendo, nomeadamente, os seguintes elementos:

- a) Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infracções conexas;
- b) Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adoptadas que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstractos, designadamente na concessão de benefício públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de acções de formação adequada, etc.);
- c) Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direcção do órgão dirigente máximo;

² Recomendação de 8 janeiro 2020 do CPC – “Em 7 de novembro de 2012, o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) emitiu uma recomendação sobre conflitos de interesses no setor público, considerando a matéria dos conflitos de interesses de importância fundamental nas relações entre os cidadãos e as entidades públicas, e a necessidade da sua adequada prevenção e gestão para promoção da integridade e transparência.

Os pressupostos que presidiram à emissão daquela Recomendação mantêm a sua pertinência, carecendo, no entanto, a mesma de ser revisitada à luz das mais recentes alterações legislativas, designadamente as introduzidas pelo denominado “pacote da transparência” aprovado em 2019 e constituído pela Lei nº 52/2019, de 31 de julho (novo regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos), pela Lei nº 60/2019, de 13 de agosto (Estatuto dos Deputados), pela Lei Orgânica 4/2019, de 13 de setembro (cria a Entidade para a Transparência e aprova o seu Estatuto) e pela RAR nº 210/2019, de 20 de setembro (Código de conduta dos Deputados à Assembleia da República).”

- Recomendação da OCDE de 26 janeiro de 2017, sobre Integridade Pública³;
- Recomendação de 6 de maio de 2020 – Prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19.
- Recomendação da IGAS baseada no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro - Cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção.
- Recomendação da IGAS - Considerando o disposto no artigo 6.º do regime geral da prevenção da corrupção, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro – Estipula para as entidades públicas do setor da saúde que tenham em consideração, na elaboração do PPR, o seu âmbito, estrutura, conteúdo, controlo e avaliação e a comunicação.

Neste âmbito, a ULSAM elabora esta nova atualização do Plano de Prevenção do Risco de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infracções Conexas (PPR), atendendo também aos riscos recentemente identificados, para os quais importa intervir e implementar medidas de controlo e mitigação dos mesmos.

Desde a produção da primeira versão do Plano foi-se consolidando e aperfeiçoando o mesmo nas sucessivas atualizações, com o propósito de tornar este documento um verdadeiro instrumento de gestão, que potencie a eficácia, eficiência e a qualidade dos serviços prestados, previna comportamentos inadequados, contribua para a transparência e para a tomada de decisão segura, estimulando a participação individual e coletiva.

Nesse alinhamento, para a elaboração do PPR e privilegiando a transparência e o envolvimento de todos os profissionais, foi apresentada a metodologia de trabalho, com as orientações para sistematização dos Planos Sectoriais e elencadas as principais recomendações do CPC. Foram ainda analisados os principais fatores de risco na Gestão Pública, mapeados pelo CPC, onde, para além das principais áreas de risco identificados, foram agregados os factores de risco a partir das comunicações recebidas no CPC, onde se entende ser necessário reforçar as medidas preventivas.

³ Recomendação OCDE – “Integridade pública refere-se ao alinhamento consistente e à adesão de valores, princípios e normas éticas comuns para sustentar e priorizar o interesse público sobre os interesses privados no setor público.”

Dado que se concebe o PPR, como um instrumento fundamental para implementação de medidas preventivas de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e de infrações conexas, e tendo por base as recentes recomendações emanadas pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde, no âmbito do seu relatório do processo de Inspeção 0046/2022 – INS procedemos a uma nova revisão, do plano onde procurámos:

- *Atualizar a identificação dos riscos, e correspondentes medidas preventivas, para todas as funções, ações e os procedimentos realizados, conforme o organograma institucional;

- *Apresentar a matriz de risco elaborada por unidade orgânica com identificação da atividade, descrição dos riscos, a probabilidade de ocorrência, o impacto e as medidas preventivas;

- *Indicar as ações de divulgação, sensibilização, formação, reflexão esclarecimento sobre o Plano de Gestão de Riscos incluindo a área do conflito de interesses;

- *Identificar potenciais situações de conflito de interesses reais, aparentes ou potenciais e as respetivas medidas preventivas por área funcional envolvendo toda a estrutura da ULSAM;

- *Determinar mecanismos de auto-avaliação da política de gestão de conflito de interesses incluindo medidas de sancionamento do incumprimento das obrigações declarativas de interesses incompatibilidades e impedimentos;

- *Especificar instrumentos de planeamento para a contratação pública e procedimentos de controlo interno no sentido de garantir a transparência e a integridade na execução dos contratos públicos;

- *Instituir medidas que asseguram que os gestores dos contratos têm conhecimentos técnicos, para acompanhamento execução e cumprimento dos requisitos legais;

- *Estabelecer meios de alerta de irregularidades;

- *Promover Formação sobre contratação Pública;

2. Caracterização da Entidade

A ULSAM, criada pelo Decreto-Lei 183/2008 de 04 de Setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, é constituída por duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos em Ponte de Lima), 12 Centros de Saúde, distribuídos por todos os concelhos (Arcos de Valdevez, Barrocelas, Caminha, Darque, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira), que acolhem 6 USF Modelo B, 9 USF Modelo A, 10 UCSP, 12 Unidades de Cuidados

na Comunidade (UCC) e 1 Unidade de Saúde Pública. Dispõe ainda de duas unidades de convalescença, uma em Valença e outra em Ponte de Lima (a Unidade de Valença pertence à RNCCI).

A ULSAM é pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro.

3. Missão

A missão da ULSAM assume um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência.

4. Visão

A ULSAM EPE, tem como objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população em geral, diretamente ou através de entidades externas que com a ULSAM EPE, contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

Tem ainda como objeto o desenvolvimento de actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

5. Valores e Objetivos

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

- Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- Cultura da excelência técnica e do cuidar;

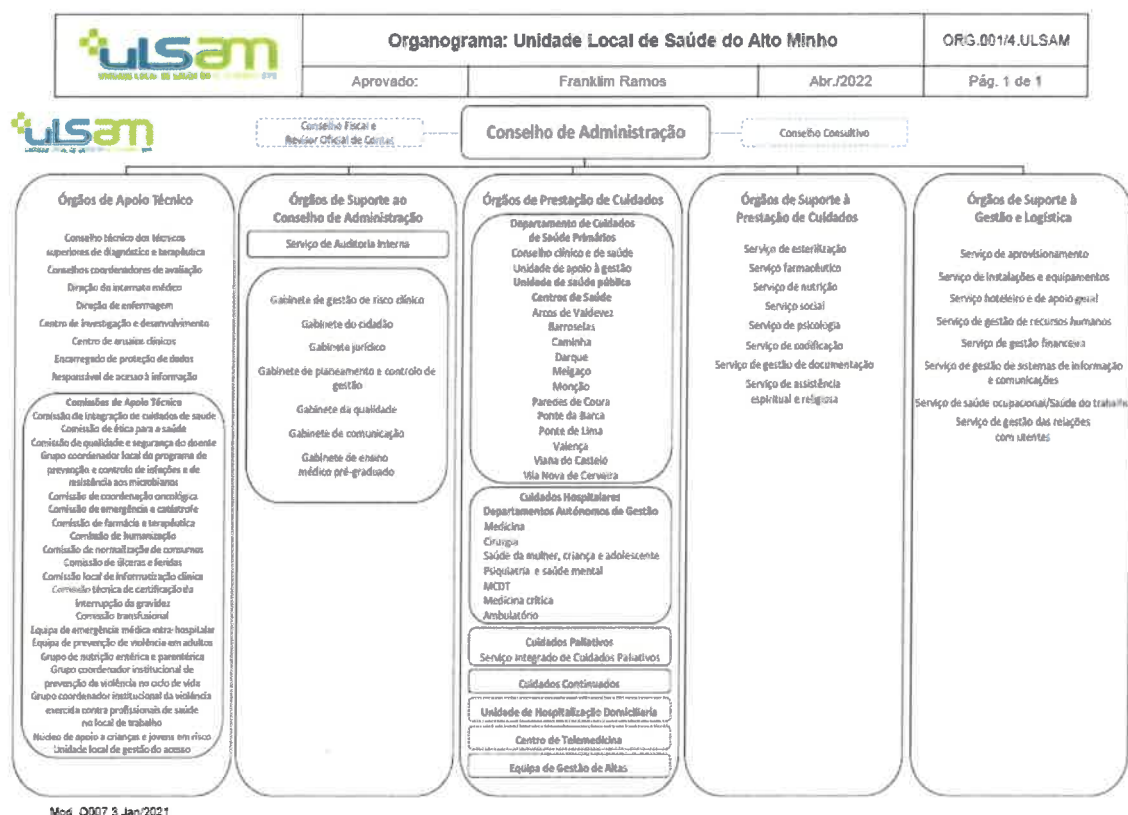
- Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

A ULSAM definiu como principais objetivos:

- Obter ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração dos vários níveis de cuidados;
- Prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Promover a eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Fomentar a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo ULS no contexto do SNS.

6. Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da ULSAM, é a que a seguir se apresenta:



São órgãos sociais da ULSAM, o Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

a. Conselho de Administração

O Conselho de Administração é composto pelo presidente e um máximo de cinco vogais, que exercem funções executivas, incluindo até dois diretores-clínicos e, um enfermeiro-diretor, sendo um dos vogais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, e outro pela Comunidade Intermunicipal do Alto Minho.

Na presente data, o Conselho de Administração é constituído pelos seguintes elementos:

- Dr. António Franklim Ribeiro Ramos (Presidente do Conselho Administração)
- Doutora Maria Cristina Brás Roque (Diretora Clínica)
- Dr^a Maria Manuela Mota Duarte (Vogal do Conselho Administração)
- Enf^a Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues de Barros (Enfermeira Diretora)

b. Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas

A fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas.

O Conselho Fiscal é constituído por três membros efetivos e por um suplente, sendo um deles o presidente do órgão.

Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

- a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
- b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
- c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
- d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
- e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;

- f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
- g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
- h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
- i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

- a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
- b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
- c) Confirmar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
- d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULSAM, conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

Com base nos relatórios trimestrais elaborados pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório sucinto que reflita os controlos efetuados e as eventuais anomalias detetadas, bem como os eventuais desvios verificados em relação aos orçamentos e a identificação das respetivas causas.

Com base na proposta de plano de atividades e orçamento apresentada pelo conselho de administração, o conselho fiscal e o revisor oficial de contas devem emitir um relatório e parecer ao mesmo.

a. Serviço de Auditoria Interna

A ULSAM dispõe de um Serviço de Auditoria Interna, a quem compete a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios

contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

- a) Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSAM, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução.

O Serviço de Auditoria Interna elabora, trimestralmente, o Relatório de Execução Financeira, com a análise dos resultados económico-financeiros, em respeito pelo Despacho nº 7709-B/2016, de 9 de junho, do Senhor Secretário de Estado da Saúde e da Circular Normativa nº 20/2016/ACSS, de 12 de outubro.

A direção do Serviço de Auditoria Interna compete a um auditor interno, tendo em junho do ano em curso, integrado este serviço mais um elemento.

O auditor interno e o seu recente colaborador, exercem as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.

No âmbito da sua atividade, o serviço de auditoria interna colabora com a ACSS, I. P., e a IGAS. O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, bem como ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC).

O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do Sr. Presidente do Conselho de Administração.

No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de auditoria interna tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULSAM, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

b. Órgãos de Apoio Técnico

A ULSAM dispõe de um conjunto de órgãos e de comissões de apoio técnico. As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

Órgãos de Apoio Técnico	Responsável
Conselhos Coordenadores de Avaliação	Dr. Franklim Ramos
Direcção do Internato Médico	Dr. Nelson Rodrigues; Dra.
Direcção de Enfermagem	Enfª Rosário Barros
Centro de Ensaios Clínicos	Doutora Cristina Roque
Encarregado de Protecção de Dados	Dr. José Faria Luciano
Responsável de Acesso à Informação	Dra. Sofia Crespo
Comissões de Apoio Técnico	
Comissão de Ética para a Saúde	Dr. Carlos Ribeiro
Grupo coordenado local do programa de prevenção e	Dra. Alda Valença
Comissão de coordenação oncológica	Dra. Luisa Azevedo
Comissão de Emergência e Catástrofe	Dr. José Caldeiro
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Dr. Alfredo Pinto
Comissão de Humanização	Dr. Franklim Ramos
Comissão de Normalização de Consumos	Dra. Joana Ramalhosa
Comissão de Úlceras e Feridas	Dra. Marília Cardoso
Comissão Local de Informatização clínica	Dra. Lucia Cerqueira
Comissão Técnica de certificação da interrupção da	Dra. Paula Pinheiro
Equipa de emergência médica intra-hospitalar	Dr. Rogério Corga
Grupo de nutrição entérica e parentérica	Dr. Pedro Moura / Aguarda Nomeação
Unidade local de Gestão do Acesso	Dr. Alfredo Pinto

c. Órgãos de Suporte ao Conselho de Administração

O Conselho de Administração dispõe de diversos órgãos de suporte, que têm como função colaborar nas matérias das suas competências, por iniciativa própria ou a pedido daqueles.

Órgãos de Suporte ao Conselho de Administração	Responsável
--	-------------

Serviço de Auditoria Interna	Dra. Irene Ramos
Gabinete Jurídico	Dr. Luis Ribeiro
Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão	Dr. Henrique Viana
Gabinete de Comunicação	Dra. Elizabete Moure
Gabinete de Gestão de Risco Clínico	Dr. Tiago Alpoim
Gabinete da Qualidade	Doutor Jorge Freixo

d. Órgãos de Prestação de Cuidados

No âmbito da prestação de cuidados, a ULSAM é constituída por unidades funcionais, serviços e departamentos de atividade clínica.

As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos que atuam em intercooperação com as demais entidades funcionais, podendo ser integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por serviços ou departamentos distintos.

Os serviços funcionam autonomamente ou integrados em departamentos.

Os departamentos são estruturas intermédias de gestão com um elevado nível de autonomia e responsabilidade.

Órgãos de Prestação de Cuidados	Responsável
Departamento Cuidados Saúde Primários	Dra. Ana Rego; Enf ^a Fernanda Meira
Departamento Medicina	Dra. Carmélia Rodrigues; Dr. Hugo Antas; Enf ^a Paula Araújo
Departamento Cirurgia	Dr. Alberto Midões; Dra. Lucia Marinho; Enf ^a Cristina Sales
Departamento Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente	Dra. Paula Pinheiro; Dra. Lucia Marinho; Enf ^a Beatriz Correia
Departamento Psiquiatria e Saúde Mental	Dra. Luisa Quintela; Enf ^a Dulce Pinto

Departamento Mcdt's	Dr. Miguel Jorreto; Eng ^o Tiago Rodrigues; Dra. Rosário Castel-Branco
Departamento Medicina Critica	Dr. José Caldeiro; Dra. Joana Valente; Enf ^o Cipriano Costa
Departamento Ambulatório (Consulta Externa)	Dra. Cristina Sousa; Dr. Henrique Viana; Enf ^a Ana Sá
Cuidados Paliativos	Dr. José Miguel Lopes
Cuidados Continuados	Dra. Helena Terleira
Unidade de Hospitalização Domiciliária	Dra. Diana Guerra
Centro de Telemedicina	Enf ^o João Silva
EGA	Enf ^a Conceição Fernandes

e. Órgãos de Suporte à Prestação de Cuidados

Os serviços de suporte à prestação de cuidados funcionam numa ótica partilhada, prestando serviços a clientes internos, nomeadamente aos diversos órgãos de prestação de cuidados, e a clientes externos ou utentes. Estes serviços podem organizar-se de forma centralizada ou descentralizada, mediante as necessidades dos seus clientes internos e externos e a capacidade de resposta dos serviços.

Órgãos de Suporte Prestação de Cuidados	Responsável
Serviço Esterilização	Enf ^a Céu Gomes
Serviço Farmacêutico	Dr. Rui Pires
Serviço Nutrição	Dra. Graça Ferro
Serviço Social	Dra. Cristina Costa
Serviço Psicologia	Dr. Nuno Magalhães
Serviço Codificação	Dra. Helena Guimarães
Serviço de Gestão de documentação (Arquivo)	Dr. Hugo Antas

f. Órgãos de Gestão e Logística

Os serviços de gestão e logística funcionam numa lógica de serviços partilhados, prestando serviços aos seus clientes internos, ou seja, a todos os órgãos da ULSAM. Estes serviços podem organizar-se de forma centralizada ou descentralizada, mediante as necessidades dos seus clientes internos e a sua capacidade de resposta.

Órgãos de Suporte à Gestão e Logística	Responsável
Serviço de Aprovisionamento	Dra. Joana Ramalhosa
Serviço de Instalações e Equipamento	Eng ^o António Vieira
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Dr. Bruno Fernandes
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Dra. Paula Pinho
Serviço de Gestão Financeira	Dra. Joana Vaz
Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicação	Dra. Lucia Cerqueira
Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalho	Dr. Tiago Brito
Serviço de Gestão das relações com utentes	Dra. Ana Isabel Cristino

7. Controlo Interno e Sistema de Comunicação de Irregularidades

Princípios de Bom Governo

A ULSAM cumpre com os princípios de bom governo estabelecidos na medida em que:

- Toda a sua atividade, funcionamento e organização é balizada pelo cumprimento de toda a legislação e regulamentação em vigor;
- A missão, objetivos e valores da ULSAM, logo que patentes no seu Regulamento Interno, são amplamente divulgados quer no *site*⁴ da internet quer na intranet e nos diferentes placares da Instituição;
- Os Relatórios & Contas e outros documentos/informações de interesse relevante são igualmente disponibilizados na internet / intranet e nos diferentes placares da Instituição;
- A ULSAM possui uma Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade que é do conhecimento de todos os colaboradores;

⁴ <http://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/instrumentos-de-gestao/>

- Enquadrada na Estratégia de Desenvolvimento e Melhoria da Qualidade, a ULSAM possui ainda uma Estratégia de Gestão de Risco, com objetivos estratégicos definidos:

- a) Implementar uma estrutura que permita o envolvimento de todo o pessoal com uma maior consciência para os perigos e responsabilidades de cada um, de forma articulada para que se desenvolva uma cultura de segurança;
- b) Promover a avaliação sistemática e documentada de todos os riscos, em todas as unidades orgânicas dos estabelecimentos de saúde da ULSAM;
- c) Adotar medidas preventivas e corretivas, de modo sistemático e documentado, com a finalidade de eliminar ou minimizar riscos;
- d) Definir e promover a implementação de políticas, procedimentos, métodos de trabalho, técnicas e instalações mais seguras, nomeadamente com recurso a sistemas mais aperfeiçoados de informação e formação.

- Dispõe de um Regulamento da Gestão do Risco que disciplina a resposta às questões de gestão do risco, quer para os trabalhadores da ULSAM, quer para os utentes e visitas;

- Criou o Comité de Risco e Segurança da Informação, com o objetivo de definir as estratégias, metodologias, medidas e procedimentos de cibersegurança em consonância com a segurança dos ecossistemas de informação;

- Todas as transações são efetuadas no âmbito do regulamento interno para aquisição de bens e serviços, e orientadas pelos princípios de equidade, igualdade de oportunidades, eficiência e economia;

- Todas as políticas de recursos humanos são definidas com base em critérios de respeito, integridade, equidade e igualdade, produtividade e eficiência, existindo também um plano para a igualdade e um código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho.

- Dispõe de um plano de formação com vista à valorização profissional e pessoal de todos os colaboradores;

- O Plano de Atividades e o Orçamento Económico são elaborados com a participação dos diversos níveis de gestão intermédia e, para além de serem enviados para as diversas Entidades Tutelares, são igualmente divulgados pelos colaboradores da ULSAM;

- Trimestralmente é elaborado o Relatório de Execução Orçamental que é enviado, juntamente com o Relatório do Fiscal Único, para a DGTF;
- No final do exercício económico, é elaborado o Relatório & Contas, que depois de aprovado pelo Conselho de Administração, é enviado para as entidades tutelares e de fiscalização. O Fiscal Único procede igualmente á fiscalização do exercício emitindo o seu relatório e respetivo parecer.
- De três em três anos é elaborado o Plano Estratégico para o triénio em análise.
- Sempre que solicitado, a ULSAM presta as informações necessárias às Entidades Tutelares, de Supervisão e Fiscalização.

No âmbito da sua atividade de gestão, a ULSAM contratualiza objetivos e resultados a alcançar, contribuindo para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, responsável e transparente. Este processo de contratualização reforça a necessidades de se proceder à disseminação das boas práticas assistenciais e organizacionais que contribuam para assegurar o acesso, a qualidade e a eficiência, num clima de transparência e objetividade.

Tendo em consideração os objetivos da ULSAM, a eficácia e a eficiência das operações, a fiabilidade da informação em conformidade com a legislação aplicável e as recomendações da ACSS, do Tribunal de Contas e do CPC, as principais áreas de risco identificadas pelos profissionais são: Controlo Geral – Estrutura Organizacional; Controlo Geral – Gestão da Informação/comunicação; Gestão e Liderança; Gestão de Sistemas de Informação; Gestão Financeira; Gestão do Imobilizado; Gestão de Stocks; Gestão dos Recursos Humanos; Contratação Pública; Contratualização; Prestação de Cuidados de Saúde; Relação com os utentes; e Proteção de Dados.

A ULSAM assume como imprescindível para o desenvolvimento da sua atividade assistencial, a assunção de uma cultura de respeito pelos princípios éticos e deontológicos e pela observância das disposições legais e regulamentares que disciplinam a sua atividade, incluindo os normativos internos.

Nesse contexto, seguindo as determinações legais em vigor, dispõe de um sistema interno de comunicação de irregularidades, descrito num regulamento próprio que estabelece o sistema, as regras e os procedimentos internos para a comunicação, a receção, o registo e o tratamento

das comunicações de irregularidades recebidas, designadamente quanto à forma e canais de comunicação.

Existem ainda outros procedimentos Internos para a gestão de conflito de interesses para os processos considerados de maior risco, que estabelecem medidas de sancionamento do incumprimento das obrigações declarativas de interesses, incompatibilidades e impedimento.

Dispõe ainda de um canal de denúncias online, com regulamento aprovado, do conhecimento de todos os colaboradores, clientes internos e externos.

Estratégia de Gestão do Risco

Tem implementada uma estratégia de gestão do risco para toda a ULSAM, que engloba o risco clínico, o risco geral, risco de Gestão, incluindo corrupção e infrações conexas, risco de violência sobre os profissionais, Cibersegurança e Proteção de dados, facilitando assim, a implementação das estratégias no domínio da gestão do risco, bem como a articulação entre os diferentes níveis de intervenção.

A estratégia implementada está norteada pelos seguintes princípios orientadores:

- a) Alinhamento das estruturas internas de gestão do risco;
- b) Abordagem integrada e partilhada de gestão do risco;
- c) Envolvimento, informação e comunicação;

Esta estratégia tem objetivos definidos na gestão do Risco:

- a) Implementar uma estrutura que permita o envolvimento de todo o pessoal com uma maior consciência para os perigos e responsabilidades de cada um, de forma articulada para que se desenvolva uma cultura de segurança;
- b) Promover a avaliação sistemática e documentada de todos os riscos, em todas as unidades orgânicas, dos estabelecimentos de saúde da ULSAM;
- c) Adotar medidas, de modo sistemático e documentado, decorrentes da análise e tratamento de cada situação de risco identificada;
- d) Promover a implementação de políticas, procedimentos, métodos de trabalho, técnicas e instalações mais seguras, nomeadamente com recurso a sistemas mais aperfeiçoados de informação e formação.

Entre outras, os profissionais da ULSAM, regem-se pelas seguintes Normas de Funcionamento:

- A Constituição da República Portuguesa (CRP);
- O Código do Procedimento Administrativo (CPA);
- O Código de Ética da ULSAM;
- A visão, missão e valores da ULSAM, nomeadamente quanto a ética profissional e pessoal.
- O Regulamento Interno
- Políticas e procedimentos internos
- Manuais de Boas Práticas
- Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades
- Canal de denúncias
- Declarações de inexistência de conflitos de interesse

Princípios da Ética Profissional

Dado que a prevenção de riscos de gestão incluindo corrupção e infrações conexas requer o envolvimento e o compromisso de todos (dirigentes e colaboradores), reforçam-se aqui os princípios elementares de ética profissional:

Prossecução do interesse público, os colaboradores da ULSAM, devem prosseguir o interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, prevalecendo sempre o interesse público sobre os interesses particulares ou de grupo;

Competência e responsabilidade: os colaboradores da ULSAM, devem executar as suas funções e/ou tarefas, com um pensamento baseado em risco, de forma responsável e competente dedicada, com rigor, zelo e espírito crítico construtivo, empenhando-se na sua valorização profissional;

Profissionalismo e eficiência: a atividade dos colaboradores e dos diversos órgãos da ULSAM devem reger-se por critérios de eficiência, economicidade e celeridade, devendo este instituto público estar organizado de modo a aproximar os serviços dos cidadãos e de forma não burocratizada;

Isenção e imparcialidade: os colaboradores da ULSAM devem tratar de forma imparcial todos aqueles que se relacionam com eles, tendo em conta a objetividade e os interesses relevantes no contexto decisório e adotando as soluções organizativas e procedimentais indispensáveis à isenção administrativa e à confiança nessa isenção;

Justiça e igualdade: nas suas relações com os particulares, os colaboradores e os órgãos da ULSAM devem reger-se pelo princípio da igualdade, não podendo privilegiar, beneficiar, prejudicar, privar de qualquer direito ou isentar de qualquer dever ninguém em razão da ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

Transparência: todas as pessoas têm o direito de acesso aos arquivos e registos administrativos, mesmo quando nenhum procedimento que lhes diga diretamente respeito esteja em curso, sem prejuízo do disposto na lei;

Respeito e boa-fé: no exercício da atividade administrativa e em todas as suas formas e fases, os colaboradores da ULSAM e os seus órgãos devem agir e relacionar-se de acordo com as regras da boa-fé e do respeito mútuo;

Colaboração e participação: os colaboradores da ULSAM e os seus órgãos devem atuar em estreita colaboração com os particulares, prestando as informações e os esclarecimentos de que careçam, apoiar e estimular as suas iniciativas e receber as suas sugestões e informações;

Lealdade e integridade: os colaboradores da ULSAM têm deveres de lealdade e de integridade para com o cidadão, os órgãos e colaboradores da ULSAM e quaisquer entidades públicas e privadas, assentes na Recomendação da OCDE, sobre Integridade Pública;

Qualidade e Boas praticas:

Os colaboradores da ULSAM devem atuar de acordo com as exigências da sua atividade e em obediência às regras das boas práticas dos serviços públicos.



8. Gestão de Risco

Conceitos e enquadramento legal

Os riscos de gestão, corrupção e infrações conexas referem-se genericamente ao modo como as decisões são tomadas, envolvendo a definição de políticas, procedimentos e responsabilidades, enquadrando a forma como são definidas as suas diretrizes e objetivos, coordenadas as pessoas, os processos e as tecnologias, no estrito respeito dos princípios de boa gestão dos recursos públicos, do cumprimento dos requisitos legais, tendo por base a eficiência, eficácia, qualidade, transparência e equidade nas decisões tomadas no estrito cumprimento de toda a regulamentação vigente.

Para efeitos de elaboração do presente Plano, foram considerados os seguintes conceitos:

Risco - corresponde ao facto, acontecimento, situação ou circunstância suscetível de gerar corrupção ou infração conexa e que pode ser graduado em função da probabilidade de ocorrência e gravidade da sua consequência.

Corrupção - consiste no facto, acontecimento, situação ou circunstância que pressupõe uma relação de vantagem obtida pelo agente público e a realização de um ato que esteja abrangido pelas suas funções e pode ser classificada consoante se trate:

- Recebimento indevido de vantagem⁵
- Corrupção passiva⁶
- Corrupção ativa⁷

⁵ Artigo 372.º do Código Penal (Recebimento indevido de vantagem)

“1 - O funcionário que, no exercício das suas funções ou por causa delas, por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida, é punido com pena de prisão até cinco anos ou com pena de multa até 600 dias.

2 - Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação ou conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida, no exercício das suas funções ou por causa delas, é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa até 360 dias.

3 - Excluem-se dos números anteriores as condutas socialmente adequadas e conformes aos usos e costumes.”

⁶ Artigo 373.º do Código Penal (Corrupção passiva)

“1 - O funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para a prática de um qualquer acto ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação, é punido com pena de prisão de um a oito anos.”

⁷ Artigo 374.º do Código Penal (Corrupção activa)

Peculato – consiste na apropriação, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel ou imóvel ou animal, públicos ou particulares, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

- Peculato de uso⁸
- Participação económica em negócio⁹

Abuso de autoridade – consiste num comportamento igualmente prejudicial na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e que tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do primeiro.

- Concussão¹⁰
- Abuso de poder¹¹

“1 - Quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação ou com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial com o fim indicado no n.º 1 do artigo 373.º, é punido com pena de prisão de um a cinco anos.”

⁸ Artigo 376 do Código Penal - “O funcionário que fizer uso ou permitir que outra pessoa faça uso, para fins alheios àqueles a que se destinem, de coisa imóvel, de veículos, de outras coisas móveis ou de animais de valor apreciável, públicos ou particulares, que lhe forem entregues, estiverem na sua posse ou lhe forem acessíveis em razão das suas funções, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias.”

⁹ Artigo 377.º do Código Penal (Participação económica em negócio)

“1 - O funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar, é punido com pena de prisão até 5 anos.

2 - O funcionário que, por qualquer forma, receber, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial por efeito de acto jurídico-civil relativo a interesses de que tinha, por força das suas funções, no momento do acto, total ou parcialmente, a disposição, administração ou fiscalização, ainda que sem os lesar, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.

3 - A pena prevista no número anterior é também aplicável ao funcionário que receber, para si ou para terceiro, por qualquer forma, vantagem patrimonial por efeito de cobrança, arrecadação, liquidação ou pagamento que, por força das suas funções, total ou parcialmente, esteja encarregado de ordenar ou fazer, posto que não se verifique prejuízo para a Fazenda Pública ou para os interesses que lhe estão confiados.”

¹⁰ Artigo 379.º do Código Penal (Concussão)

“1 - O funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2 - Se o facto for praticado por meio de violência ou ameaça com mal importante, o agente é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.”

¹¹ Artigo 382.º do Código Penal (Abuso de poder)

“O funcionário que, fora dos casos previstos nos artigos anteriores, abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.”

Violação de segredo por funcionário – consiste na revelação, não autorizada, de segredo a que teve acesso no âmbito das suas funções¹².

Conflito de interesses - Numa outra vertente de risco identificada, o conflito de interesses foi alvo de Recomendação do CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção - que, em 07 de novembro de 2012, revogada posteriormente, por força das alterações legislativas, pela Recomendação de 8 de janeiro de 2020, estabeleceu que todas as entidades com natureza pública, ainda que constituídas sob a forma de direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses.

De acordo com a Recomendação do CPC, o conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação, real, aparente ou potencial, de sobreposição de interesses privados sobre os interesses públicos que os titulares de cargos públicos, políticos e administrativos, estão obrigados a defender, quer durante o exercício do mandato ou funções, quer mesmo em momento anterior ao exercício do mandato ou funções, quer mesmo após a sua cessação.

A OCDE definiu os três tipos de conflitos de interesse, do seguinte modo:

Real – Conflito entre os deveres públicos e os interesses privados de um funcionário público, em que o funcionário tenha interesses da sua esfera pessoal que possam influenciar indevidamente o exercício das suas funções e responsabilidades oficiais.

Aparente – Quando parece que os interesses privados de um funcionário público podem influenciar indevidamente o exercício das suas funções, mas tal não acontece na realidade.

Potencial – Quando o funcionário público tem interesses privados que podem gerar um conflito de interesse se o funcionário tiver de assumir responsabilidades oficiais incompatíveis no futuro.

Identificação e Controlo do Risco

No âmbito da sua atividade de gestão, a ULSAM contratualiza objetivos e resultados a alcançar, contribuindo para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, responsável e transparente.

¹² Nº 1 do Artigo 383º do Código Penal – “O funcionário que, sem estar devidamente autorizado, revelar segredo de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado no exercício das suas funções, ou cujo conhecimento lhe tenha sido facilitado pelo cargo que exerce, com intenção de obter, para si ou para outra pessoa, benefício, ou com a consciência de causar prejuízo ao interesse público ou a terceiros, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.”

Este processo de contratualização reforça a necessidade de se proceder à disseminação das boas práticas assistenciais e organizacionais que contribuam para assegurar o acesso, a qualidade e a eficiência, num clima de transparência e objetividade.

Para fortalecer a concretização dos objetivos traçados, são identificados os riscos que ameaçam o seu cumprimento e elencadas as medidas preventivas conducentes a minimizá-los ou mesmo erradicá-los.

De salientar que, a ULSAM entende a gestão dos riscos como fator determinante para o sucesso da organização, incorporando no seu Plano de Formação Anual¹³ ações baseadas nos princípios de análise e prevenção de riscos, de melhoria das condições de trabalho, de segurança e da qualidade assistencial, incluindo formação nas áreas de gestão e liderança e de apoio à decisão, de acordo com as necessidades manifestadas pelos profissionais e as prioridades estabelecidas internamente.

Desta forma consideramos sempre a atualização e a identificação dos riscos, as correspondentes medidas preventivas para todas as funções, ações e procedimentos realizados tendo por base o organigrama institucional. Cada unidade orgânica, avalia de acordo com a sua área de atividade os riscos associados, considerando a probabilidade da sua ocorrência, o seu impacto, bem como as medidas preventivas

A ULSAM privilegia ações de sensibilização, divulgação e formação sobre o plano de gestão de riscos com relevância na vertente do conflito de interesses, identificando situações reais, aparentes ou potenciais, não descorando as respetivas medidas preventivas por área funcional, de forma transversal em toda a organização, bem como as respetivas medidas de sancionamento, em situações de incumprimento no que respeita à declaração de interesses, incompatibilidades e impedimentos.

¹³ Exemplos de ações de formação incluídas no Plano de Formação “Técnicas de apoio à decisão”; “Introdução ao enquadramento jurídico da segurança do doente”; “Metodologias Lean – para melhoria contínua em saúde”; “Líderes fortes; Equipas fortes”; “Gestão do tempo, melhoria dos processos de trabalho”; “Ferramentas de coaching aplicadas à comunicação e à gestão de equipas”; “Gestão construtiva de conflitos”

Avaliação/Classificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento, na adoção de medidas corretivas face a uma hierarquia de risco (riscos mais críticos exigirão maior atenção), procede-se à caracterização dos riscos identificados por probabilidade de ocorrência, impacto e classificação global do risco.

Para graduação dos riscos considerou-se a seguinte matriz:

Probabilidade de Ocorrência

- Alta (Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais)
- Média (Possibilidade de ocorrência, mas com hipótese de obviar o evento através de decisões e ações adicionais)
- Baixa (Possibilidade de ocorrência, mas com hipótese de obviar o evento com o controlo existente para o tratar)

Impacto

- Alta (Prejuízo na imagem e reputação institucional, ou impacto significativo sobre a estratégia, o desempenho e atividades operacionais)
- Média (Impacto moderado na imagem institucional ou sobre o desempenho e atividades operacionais requerendo reorganização de processos ou recursos)
- Baixa (Afetação da otimização do desempenho ou das atividades operacionais, requerendo revisão de procedimentos ou de calendarizações)

Do cruzamento das variáveis probabilidade e gravidade resulta a seguinte matriz:

	Impacto		
	Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
	3	6	9
	2	4	6
Probabilidade	1	2	3
	1	2	3

Legenda:

- 1-2 baixo risco
- 3-4 médio risco
- 6-9 alto risco

9. Plano de Gestão de Risco

Identificação das áreas de risco

Tendo em consideração os objetivos da ULSAM, o nível eficácia e de eficiência das operações e da sua conformidade legal e as recomendações da IGAS, as principais áreas/domínios, no âmbito da Gestão de Risco, são: contabilístico; financeiro; operacional; informático e de recursos humanos.

Para o efeito, foram chamados ao processo todos os serviços/departamentos¹⁴ da ULSAM, que apresentaram os seus planos de gestão do risco aqui agregados.

Posteriormente efetuar-se-á uma agregação por actividades e riscos, para se assegurar a transversalidade das medidas a implementar.

Definição das medidas a implementar

Tendo em conta que as estratégias de prevenção e gestão do risco requerem o envolvimento e o compromisso de todos os dirigentes e profissionais da ULSAM, serão realizadas várias reuniões multidisciplinares de análise e discussão das situações de risco identificadas e das medidas a implementar.

A ULSAM, já implementou mecanismos, que permitem a deteção, avaliação e mitigação do risco de gestão, incluindo de corrupção, infrações conexas e de conflitos de interesses, dos quais destacamos:

- Regulamento Interno
- Políticas e procedimentos Internos
- Código de Ética
- Serviço de Auditoria Interna
- Manuais de Boas Práticas
- Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades
- Canal de Denúncias
- Declaração de Incompatibilidades
- Plano de prevenção de riscos

¹⁴ Serviço de Gestão Financeira, Serviço de Gestão de Recursos Humanos; Serviço de Aporovisionamento; Serviços Farmacêuticos; Serviço Social; Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral; Serviço de Gestão da Relação com os utentes e Entidades Externas Prestadoras de Serviços; Serviço de Gestão de Sistemas de Informação; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Nutrição e Alimentação; Serviço de Saúde Ocupacional; Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão; Gabinete Jurídico; Responsável pelo Acesso à Infoirmação; Arquivo Clinico; Gabinete de Comunicação Serviço de Auditoria; Departamento Cirurgia; Departamento de Medicina; Departamento de Medicina Crítica; Departamento de Consulta Externa; Deparamento de Mcdt's; Departamento do ACES; Departamento da Mulher e da Criança; Departamento de Psiquiatria;

- Plano de Formação elaborado com o intuito de promover atitudes, comportamentos e competências dos colaboradores, conformes com as políticas de sustentabilidade, qualidade e segurança da ULSAM

As medidas preventivas a adotar encontram-se elencadas nos quadros agregados em anexo, apresentadas por cada uma das áreas/domínios/serviços e foram estabelecidas em função do grau de risco apurado, com o objetivo de o prevenir ou mesmo eliminar.

De salientar o alinhamento deste Plano com as Linhas de Atuação definidas no Plano de Controlo Integrado do Ministério da Saúde:

Melhorar a qualidade da despesa pública

- Redução do desperdício
- Análises custo benefício (value-for-money)

Melhorar a governação no SNS

- Novos modelos de organização
- Autonomia e responsabilização da gestão
- Monitorização regular dos processos por parte das direções de serviço/departamento/unidade

Prevenir a fraude e a corrupção

- Normas e procedimentos de controlo interno
- Promoção de políticas de ética e transparência
- Evolução na cultura organizacional em ordem á inexistência de conflito de interesses
- Progressão na contratação pública eficiente, eficaz, transparente e profissional
- Adoção de melhores práticas de controlo das situações de vulnerabilidade
- Estabelecer meios de alerta de irregularidades

Aumentar a eficiência e produtividade

- Planeamento Integrado
- Avaliação da capacidade instalada
- Desmaterialização dos processos

Gestão de Conflitos de Interesse

No sentido de salvaguardar a inexistência de conflitos de interesse e reduzir a vulnerabilidade das instituições à sua ocorrência, em respeito pelo determinado na recente recomendação do CPC, de 8 de janeiro de 2020, considera-se fundamental para a implementação de um sistema de governação robusto, baseado nos valores da integridade, transparência e responsabilidade, que o mesmo esteja suportado, primeiramente, nas declarações de interesses e na verificação de incompatibilidades e impedimentos dos seus profissionais.

Nessa medida, torna-se imprescindível a adopção das melhores práticas de gestão e controlo das situações de vulnerabilidade e a promoção de uma cultura organizacional em ordem à inexistência de situações de conflitos de interesses, reforçada regularmente por uma reflexão/autoavaliação da segurança que imprime a política interna sobre esta matéria.

Importa ainda desenvolver ações de formação profissional de sensibilização sobre esta temática, alargadas a todos os profissionais, encontrando-se neste momento, já planeada uma ação em formato E-learning para todos os colaboradores.

Monitorização e acompanhamento da implementação do Plano

Para que o Plano cumpra a sua função torna-se necessário o seu acompanhamento de forma dinâmica e a supervisão constante das atividades desenvolvidas na ULSAM.

Assim, importa definir claramente as funções e responsabilidades, de cada um dos interlocutores, para a concretização de uma rigorosa execução do presente Plano.

Desta forma, de acordo com as recomendações do CPC a distribuição das funções e responsabilidades é a seguinte:

- Conselho de Administração – como órgão máximo dirigente da instituição, e de acordo com as Recomendações do CPC, é responsável pela execução e acompanhamento do PPR;
- Serviço de Auditoria Interna – Elabora o PPR de acordo com as informações recolhidas/fornecidas pelos responsáveis dos serviços/gabinetes/departamentos; elabora o relatório anual de execução do PPR, que resulta da compilação dos diversos relatórios de execução remetidos pelos responsáveis de cada uma das áreas e submete-o à aprovação do CA.

Na ausência ou impedimento do Serviço de Auditoria, cabe ao Diretor do Gabinete Jurídico, a elaboração, do relatório anual de execução do PPR, que apresentará ao Conselho de Administração para ser remetido às entidades competentes;

- Dirigentes dos vários Departamentos/Serviços/Unidades desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção das situações de risco, sendo responsáveis pela implementação, acompanhamento e boa execução do PPR, das suas áreas de intervenção, cabendo-lhes ainda sensibilizar ativamente os seus colaboradores sobre a temática da “gestão de risco”.

O PPR será objeto de acompanhamento periódico. Neste sentido, ora se institui que, com periodicidade semestral, os diretores dos serviços com áreas de risco identificados neste plano, serão responsáveis por efetuar o ponto da situação da implementação das medidas preventivas, remetendo essa informação ao Auditor Interno ou na sua ausência ao Gabinete Jurídico, que acompanhará a execução do Plano.

Numa análise abrangente e transversal das competências exercidas pela ULSAM, todas as áreas de atividade efetuaram o mapa de riscos, que pela sua natureza intrínseca, apresentam vulnerabilidades, que podem consubstanciar risco de gestão e de corrupção ou de infrações conexas. Exclui-se o plano do “Grupo de Nutrição entérica e parentérica, por se encontrar a aguardar nomeação.

Para uma gestão de riscos eficaz necessitamos de uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e avaliados de forma eficaz e que os controlos e respostas são adequadamente implementados.

Para o efeito, pretende-se avançar para a informatização de todo o processo, como forma de flexibilizar e assegurar o controlo mais eficaz das medidas de gestão de risco implementadas.

Revisão do Plano

Sempre que surjam novos riscos que, pela sua importância ou impacto na organização, impliquem uma revisão e/ou atualização deste Plano, deverão os mesmos ser comunicados superiormente, possibilitando que sejam tomadas as medidas necessárias.

Aprovação e Publicitação do Plano

O Plano atualizado, depois de aprovado, deverá ser remetido às entidades referidas no ponto 1.2. da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2009, ao Mecanismo Nacional Anticorrupção e simultaneamente disponibilizado *online* no *site* da ULSAM.

Considerações Finais

O presente plano enquanto instrumento de gestão, é dinâmico e será acompanhado na sua implementação e atualizado sempre que se identifiquem novos fatores de risco. A sua monitorização será baseada na análise das respostas dos Departamentos e Serviços envolvidos tendo como objetivo avaliar e promover a implementação dos mecanismos de controlo adequados para as diferentes áreas de atividade. Adicionalmente à periodicidade das revisões e atualizações referidas anteriormente, os Diretores e outros responsáveis devem informar sempre que surjam riscos novos ou elevados a gerir.

Como já referido procedeu-se a um levantamento detalhado dos planos por unidade orgânica, em toda a ULSAM, recolhendo - se a necessidade da constituição e respetiva nomeação de escassas comissões de apoio.

O Serviço de auditoria Interna elabora o Relatório Anual de Execução do Plano e recomenda a atualização do plano sempre que tal se revele necessário, tendo em consideração as revisões e validações comunicadas.

10. Referências Bibliográficas

- Plano Estratégico 2021-2023 do GCCI
- PCIIMS
- Instrução nº 3/2020 do GCCI - PCIIMS
- Recomendação do Conselho da OCDE sobre integridade pública
- Guia Prático, da Comissão Europeia, para gestores – Identificação de conflitos de interesses em processos de adjudicação de contratos públicos no âmbito de ações estruturais, no âmbito da prevenção da fraude
- Código do Procedimento Administrativo
- Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro

- Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro
- Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024
- Mecanismo Nacional Anticorrupção
- Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do CPC
- Recomendação de 1 de julho de 2015, do CPC
- Recomendação nº 3/2015, de 1 de julho
- Recomendação de 2 de outubro de 2019, do CPC
- Recomendação de 8 de janeiro de 2020, do CPC
- Recomendação de 6 maio de 2020, do CPC
- Regime Geral de Prevenção da Corrupção (Anexo único do Decreto-Lei-nº109-E/2021 de 09 de dezembro.
- Código de Ética da ULSAM
- Código Penal Português
- Relatórios Prevenção da Corrupção na Gestão Pública, do CPC
- Orientação Técnica nº 1/2020, de 3 de dezembro, da IGAS
- Decreto- Leinº52/2022, de 4 de agosto 2022- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
- Relatório da Inspeção– Geral das Atividades em Saúde, de julho de 2023

O Diretor do Serviço de Auditoria Interna

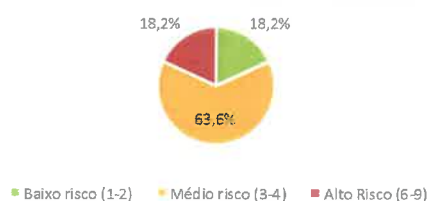
Assinado por : **Irene Morais Enes Ramos**
Num. de Identificação: BI05953362
Data: 2023.09.28 10:07:25+01'00'



11. Anexos

Planos Setoriais por áreas/departamentos/serviços/comissões

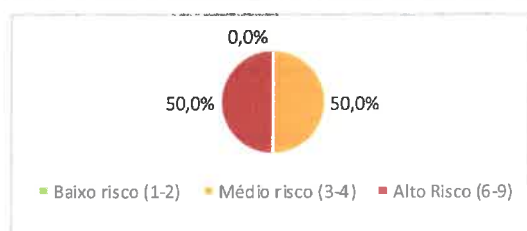
PPRG - Controlo Geral					
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Responsáveis
		P	I	C	
Gestão da informação	Desconformidades e/ou erro na tomada de decisão com base em informação de gestão errada ou intempestiva	2	3	6	Medidas Preventivas
RGPD	Uso não autorizado de imagem/vídeo captadas na instituição	2	2	4	
Conflito de Interesses	Favorecimento de concorrentes/candidatos/famíliares/amigos	1	3	3	Emissão de declaração de incompatibilidade
				4	Segregação de funções
				3	Formação para prevenção de situações de conflito de interesses
				3	Rotatividade de elementos de juris de concursos
Gestão de conflitos	Conflitos	2	2	4	Código de ética
				4	Formação em gestão de conflitos
				4	Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assédio no trabalho
				4	Plano de Prevenção de Riscos
Gestão situações emergência	Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Formação em gestão de conflitos
				3	Código de ética
	Adequado gestão de incêndios	1	3	3	Formação em gestão de conflitos
				3	Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assédio no trabalho
	Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Plano de Prevenção de Riscos
				6	Código de ética
	Inexistência de fachadas cortina/envidraçadas com sinalização em edifícios > 9 M no HSL e HCB	1	2	2	Formação em gestão de conflitos
				2	Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assédio no trabalho
	Controlo adequado das situações de emergência	1	3	3	Plano de Prevenção de Riscos
				3	Código de ética
	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Formação em gestão de conflitos
				3	Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assédio no trabalho



Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

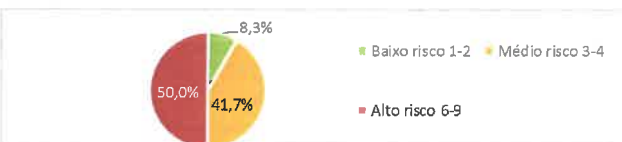
PPRG - CA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Gestão Organizacional	Incumprimento dos objetivos do Contrato Programa	2	3	6	Monitorização sistemática do Contrato Programa	CA/PCG
					Elaboração de Plano de Atividades/Desempenho	CA/PCG
					Contratualização interna com departamentos alinhada com contrato programa	CA/PCG
					Monitorização da Contratualização Interna	CA/PCG
	Situações de conflito de interesses	1	3	3	Emissão das declarações previstas no artigo 52 do decreto-lei 133/2013, de 3 de outubro	CA
					Os membros do CA abstem-se de intervir nas decisões que envolvam os interesses próprios, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas	
	Produção realizada sem justificação/autorização	1	3	3	Monitorização da produção realizada	CA/PCG
					Disseminação interna <i>das Guide Lines</i>	CA/PCG
					Contratualização Interna com departamentos alinhada com contrato programa	CA/PCG
	Deficiente utilização da capacidade instalada	2	3	6	Monitorização da produção realizada	CA/PCG
					Produção externalizada precedida de justificação e autorização	CA/PCG
					Contratualização interna	CA/PCG



Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

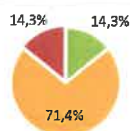
PPRG - Departamento Consulta Externa/Ambulatório						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	RESP
		P	I	C		
Atendimento telefonico	A capacidade instalada no atendimento telefónico (apenas 2 elemento neste momento), não corresponde à procura deste serviço, criando o risco de uma incorreta gestão da lista de espera bem como um aumento de reclamações por falta de resposta deste serviço.	1	3	3	Aumento da capacidade instalada - criação de call center de atendimento telefonico com possível alargamento à resposta de e-mail para todos os serviços da ULS (centralizar)	DCE
					Redistribuição de tarefas	
Marcação das consultas	Risco de alteração destes critérios de agendamento por variáveis que ultrapassam a atividade e responsabilidade das administrativas	2	3	6	A marcação da lista de espera deve cumprir os seguintes critérios: prioridade do P1; data de entrada; no caso de triagem normal o CTH/VAI sobrepoem-se ao SAM para cumprimento da LEC.	DCE
					Cumprimento do regulamento interno da Consulta Externa por parte dos Clínicos (não podem dar autorizações para marcação de 1.ª consultas sobrepondo-se aos criterios de marcação).	DCE
	Risco de Favorecimento de familiares ou amigos	1	3	3	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
Marcação de primeiras consultas com proveniencia "VAI"	O serviço administrativo da CE não tem forma de aceder aos vários tipos de prioridades no aplicativo SONHO versão v1 no campo referências, de forma a cumprir os TMRG	1	1	1	Frequentar formação no âmbito da prevenção da corrupção e de conflito de interesse	DCE
					O serviço administrativo está a trabalhar com base em mapas estatísticos "trabalhados em Excel" fornecidos diariamente pelos superiores hierárquicos. Para melhor resolução deverá a instituição adquirir a versão v2 do SONHO ou a SPMS acrescenta o campo de pesquisa pela prioridade (7, 15, 30, 60, 120 dias)	DCE
Informação de identificação do utente	Atribuição indevida de isenções para favorecimento do utente ou outros	1	3	3	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
Cobrança da Taxa Moderadoras	Possibilidade de Roubos/Assalto uma vez que é utilizada uma caixa plástica para guardar os valores monetários das cobranças diárias das taxas moderadoras, uma vez que há ainda muitas taxas moderadoras em dívida anteriores ao dia 1 de Junho de 2022.	2	3	6	Deveria ser criado o posto de "Tesouraria" deste modo, todos os recebimentos seriam efetuados num único local e por elementos Administrativos com a função de Tesoureiro ou	DCE
					Efetuar o pagamento nos quiosques (terá que ser ativada a funcionalidade)	DCE
Indicadores (Avaliação desempenho)	Alteração de dados de produção no sonho em benefício dos resultados dos indicadores	2	3	6	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
Circulação de documentos	Circulação pelos serviços de documentos com Informação clinica (pedidos de colaboração do internamento para exames; pedidos de exames ao exterior)	2	3	6	Documentos que deveriam apenas circular via informática (desmaterialização dos processos). Criação de balcão único de marcação	DCE
Circulação indevida do utente pelos vários balcões administrativos para marcação de exames (MCDT)	Dispersão dos balcões administrativos para os diversos tipos de marcações (análises; cardiologia; radiologia; exames de neurologia; etc) cria ineficiência do serviço e origina transtorno ao utente.	2	3	6	Criação de um posto único de marcação de exames, englobando todas as áreas envolvidas.	DCE
Procedimento SONHO/SClinico para conclusão da referênciação CSP>CSH 1a consulta no âmbito do SIGA	As falhas nestes registos (início e fim da consulta) prejudicam os indicadores dos tempos associados às consultas realizadas pela instituição impactando com a sua performance e com o acesso, respetivamente. Não permite que os quiosques imitam a declaração de presença. E não permite a faturação sem nome de médico associado.	3	3	9	Necessidade de ser registado no SClinico Hospitalar a data e hora de início e de fim da consulta Monitorização trimestral com listagem de consultas que não cumprem os requisitos e envio para os respetivos médicos.	DCE
Medicos em prestação de serviços / consultas adicionais/possivel conflito de interesses	Efetivação de consultas, com tipologia "médica", pelo próprio clínico sem que o doente/utente tenha registado nos quiosques/serviço administrativo, gerando um episódio de consulta faturável sem que se confirme a real presença do doente/utente.	2	2	4	Todos os médicos em prestação de serviço e as consultas com designação "adicional" não deveriam ser efetivadas pelo clínico.	DCE
Perda de Receita	O utente, principalmente utente migrantes (cartão CEDS) e utentes com companhias de seguros, não se desloca ao atendimento presencial para verificação dos dados pessoais (subsistemas), o que resulta na não correção de dados do utente e consequentemente à não faturação do contrato programa.	2	2	4	Através de mapas estatísticos do SONHO a Funcionaria adstrita à função de correção de faturação da Consulta Externa têm regularizado algumas situações.	DCE



Matriz risco

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

Departamento Mcdt's						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Concursos e Adjudicações de Prestações de serviço	Conluio entre adjudicatários e os funcionários. Permitir o acesso a informação privilegiada. Favorecimento de prestadores de forma a obter benefícios. Descontrolo da execução dos contratos de manutenção global. Fiscalização deficiente, que permita a eventual prestação de serviços com qualidade inferior à preconizada nos Cadernos de Encargos, com favorecimento da entidade executante.	1	3	3	Regime de rotatividade, nas nomeações dos técnicos para participação como elementos do júri. Promover, aleatoriamente, auditorias internas a algumas instalações abrangidas pelos respetivos contratos, as quais permitam avaliar o nível de serviço prestado, em comparação com as obrigações contratuais das entidades executantes.	Direção do Departamento de MCDT
					Controlo interno (Diretor de Serviço e Gestor de Departamento), no que respeita à monitorização dos contratos de concessão.	
Aquisição de prestações de serviço para colaboração	Favorecimento de candidatos. Aceitação de projetos/estudos que não concorram ou fiquem aquém do solicitado.	1	3	3	Sempre que possível, verificação e revisão da concessão, realizada por outra entidade (externa). Estabelecimento de vários níveis de responsabilidade na contratação. Existência de júri plural e rotativo. Utilização de critérios de adjudicação objetivos. Utilização de cadernos de encargos rigorosos. Referenciações hospitalares inequívocas.	Direção do Departamento de MCDT
					Identificação dos destinos possíveis (restrição das entidades). Consulta de três orçamentos a três entidades, em pedidos de exames não protocolados. Centralização da validação/assinatura dos termos de responsabilidade (TR) pela Direção clínica.	
Requisição de MCDT's a entidades externas	Desadequação da prescrição (volume e avaliação da necessidade, em função da patologia/condição clínica). Favorecimento de prestadores externos	1	3	3	Referenciações hospitalares inequívocas. Identificação dos destinos possíveis (restrição das entidades). Consulta de três orçamentos a três entidades, em pedidos de exames não protocolados. Centralização da validação/assinatura dos termos de responsabilidade (TR) pela Direção clínica.	Direção do Departamento de MCDT
Requisição de transportes de doentes	Retenção dos transportes, utentes e equipas nas entidades de destino. Recurso a operadores que não são os contratados. Atividade não conforme com a faturação.	2	3	6	Criação da unidade de Transporte de doentes, adotando metodologias de trabalho, com preponderância do suporte digital, para um controlo mais efetivo da atividade.	Direção do Departamento de MCDT
					Urgência na Implementação do AGIT.	
					Promoção de sessões de esclarecimento, junto do corpo clínico e dos assistentes técnicos intervenientes no processo, para sensibilização e observação do cumprimento das disposições legais vigentes.	
					Definição da instrução do processo administrativo, integrando o documento de prescrição, a requisição e o TR, com progressiva aproximação do preenchimento ideal.	
					Implementação do impresso de justificação de recurso a outro operador (que não o contratado)	
Cobrança de taxas moderadoras	Dúvidas na interpretação de algumas disposições legais. Identificação nem sempre completa e correta dos utentes. Incorreções no processo de cobrança	3	1	3	Elaboração e divulgação de relatórios estatísticos, com dados que traduzem não apenas o volume e natureza de prescrição, mas também o seu impacto financeiro. Criação da Unidade de Controlo e Gestão de Termos de responsabilidade e Taxas Moderadores (UCGTT)	Direção do Departamento de MCDT
					Necessidade de introdução urgente do Documento Único de Cobrança (DUC), no sentido de viabilizar o pagamento por referência MB	
Resposta a pedidos de exames com informação clínica	Cedência de informação e/ou documentos indevidamente	1	3	3	Processo de verificação de contas por turno, com controlo/conferência por responsável da área de gestão e, posteriormente, por elementos do Serviço Financeiro. Sensibilização dos profissionais para a importância da correção e qualidade do registo de dados	Direção do Departamento de MCDT
Lista de espera na central de colheitas	Respeito pela ordem de prioridade	1	1	1	Controlo regular dos tempos médios de acesso, de acordo com critérios clínicos. Melhoramento e adequação do sistema digital de chamada e efetivação de pedidos.	Direção do Departamento de MCDT



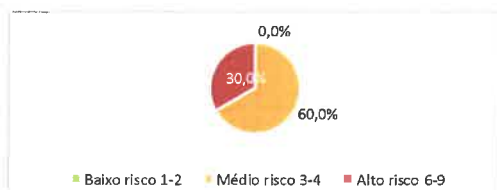
■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

Matriz risco



Nota: Inclui avaliação do Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de diagnóstico e Terapêutica

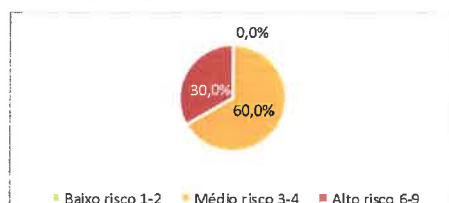
PPRG - DAG CIRURGIA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Registo informático da identificação completa do utente (sistema de saúde, n.º de beneficiário, entidade responsável pelo episódio de saúde)	Perda de receita	2	3	5	Avaliação da informação remetida pelo Serviço de Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Gestor do DAG
Codificação/Inscrição do diagnóstico no âmbito da Consulta Externa (Sclínico)	Impossibilidade de monitorizar a consulta externa por diagnóstico realizado	2	2	4	Avaliação por amostragem dos registos dos diagnósticos pelos médicos no Sclínico	Gestor do DAG e Diretores dos DAG
Registo Informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	3	Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, aquando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG
Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	3	Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para facilitar/antecipar o agendamento cirúrgico	Gestor do DAG
					Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG
Realização de atividade Adicional em período extra de trabalho	Realização de cirurgias em produção adicional em horário normal de trabalho (Médicos e Enfermeiros)	1	3	4	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.	Direção do DAG
Emissão de Credencial de Transporte não Urgente - Internamento	Emissão de credencial indevida a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa)	1	3	4	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO	Gestor do DAG
					Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para agilizar a validação indevida de credenciais de transporte.	Gestor do DAG
Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar o material em falta e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Prescrição de MCDT's	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar os MCDT's em falta e reportar aos sistemas de informação.	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de Informação	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a documentar os registos da atividade realizada com recurso a modelos autorizados no Qualitus Web e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Identificação/Correção dos dados dos utentes, por força do procedimento de atualização automático dos dados administrativos dos utentes no RNU	Identificação incorreta, insuficiente ou incongruente entre o RNU e o SONHO	1	2	3	Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).	Gestor do DAG
					Sensibilizar/Informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.	Gestor do DAG



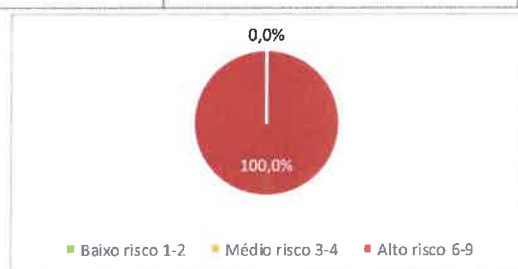
PPRG - Departamento Psiquiatria						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Gestão da atividade assistencial	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de informação ou outros favorecimentos	1	3	3	Todos os Colaboradores do Departamento ficam obrigados a dar conhecimento ao superior hierárquico, de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção e, recusarão qualquer oferta que possa ser interpretada como tentativa de agilizar ou facilitar processos de decisão, relativamente a qualquer prescrição ou ato médico - A implementar como norma de boas-práticas;	Direção Departamento
Faturação	Admissão de doentes com informação incorreta ou insuficiente (faturação ao SNS quando há lugar a outros Subsistemas)	1	3	3	Persuadir os colaboradores a verificarem se o Doente tem Subsistemas alternativos ao SNS, a monitorização será feita pela informação de retorno do serviço de faturação e suporte na ferramenta <i>Meliora</i> ;	
	Cobrança de Taxas moderadoras indevidas, a doentes isentos ou dispensados pelo seu quadro de doença mental	1	3	3	Auditorias semestrais através do mapapa CON 4006;	
	Validação indevida de credenciais de transporte ou MCDT pedidos ao exterior	1	3	3	Análise mensal nos respetivos mapas do SONHO;	
Acumulação de funções	Risco de quebra na faturação por falta de atualização de registos de morada	1	3	3	Informação de retorno, análise dos mapas do SONHO e amostragem aleatória;	
	Acumulação de funções sem autorização.	1	3	3	Pedido de análise dos processos aos RH;	
	Risco de divulgação de informação, que pode indicar um crime de violação de segredo por funcionário. Nesta tipologia foram incluídos riscos de divulgação de informação, nomeadamente prestada ou solicitada pelos tribunais	1	3	3	Validação do mod. 230.1 ULSAM	
Segurança da informação	Acesso indevido do profissional a informação constante nos sistemas de informação (acesso fora do âmbito da prestação de cuidados)	1	3	3	Guardar informação prevista e de acordo com o RGPD;	
	Ceder ou transmitir, ou não resguardar informação	1	3	3	Supervisão direta Contextos de Práticas Clínicas.	
	Risco de Ciberataques!	2	3	6	Supervisão direta;	
					Pedagogia de Cibersegurança em contextos de práticas clínicas.	
					Alteração mensal de Password de acesso ao computador,	Direção Departamento/SGS
					Formação em contextos de cibersegurança;	Direção Departamento/Unidade de Formação
					Colaborador deve solicitar autorização para acumulação de funções (mod. 230.1, ULSAM)	Direção Departamento



PPRG - DAG MULHER E CRIANÇA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Registo informático da identificação completa do utente (sistema de saúde, n.º de beneficiário, entidade responsável pelo episódio de saúde)	Perda de receita	2	3	5	Avaliação da informação remetida pelo Serviço de Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Gestor do DAG
Codificação/inscrição do diagnóstico no âmbito da Consulta Externa (Sclínico)	Impossibilidade de monitorizar a consulta externa por diagnóstico realizado	2	2	4	Avaliação por amostragem dos registos dos diagnósticos pelos médicos no Sclínico	Gestor do DAG e Diretores dos DAG
Registo informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	3	Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, quando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG
Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	3	Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para facilitar/antecipar o agendamento cirúrgico	Gestor do DAG
					Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG
Realização de atividade Adicional em período extra de trabalho	Realização de cirurgias em produção adicional em horário normal de trabalho (Médicos e Enfermeiros)	1	3	4	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.	Direção do DAG
Emissão de Credencial de Transporte não Urgente - Internamento	Emissão de credencial indevida a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa)	1	3	4	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO	Gestor do DAG
					Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para agilizar a validação indevida de credenciais de transporte.	Gestor do DAG
Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar o material em falta e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Prescrição de MCDT's	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar os MCDT's em falta e reportar aos sistemas de informação.	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de informação	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a documentar os registos da atividade realizada com recurso a modelos autorizados no Qualitus Web e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Identificação/Correção dos dados dos utentes, por força do procedimento de atualização automático dos dados administrativos dos utentes no RNU	Identificação incorreta, insuficiente ou incongruente entre o RNU e o SONHO	1	2	3	Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).	Gestor do DAG
					Sensibilizar/informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.	Gestor do DAG



Departamento Medicina Crítica - PPRG						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Preenchimento do Mod.0630.3 ULSAM	Atribuição indevida de insuficiência económica no transporte não urgente de doentes (alta para o domicílio)	2	3	6	Análise mensal aleatória de condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente	Gestora Departamento
Prescrição de MCDT's	Utilização indevida do serviço de urgência para realização de MCDT's fora do painel da urgência	2	3	6	Monitorização e controlo dos MCDT's realizados (internamente e no exterior) por especialidade e por médico	Gestora Departamento
Admissão do utente	Atribuição indevida de isenções	2	3	6	Análise aleatória de admissão (conferência SONHO e RNU)	Gestora de Departamento

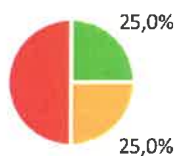


PPRG - Departamento Autónomo de Gestão Médica.						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Identificação do doente	Identificação incorreta/incompleta do doente	2	2	4	Divulgar/discutir com os secretariados as orientações sobre a identificação inequívoca do doente (IID)	Gestor de Departamento
					Rever campos de preenchimento obrigatório para IID	
					Formação contínua (IID, Responsabilidade disciplinar e códigos de conduta)	
Requisição de mcdt's ao exterior	Recurso indevido a entidades externas para a realização de mcdt's no exterior	2	2	4	Monitorização mensal dos mcdt's realizados dentro e fora da ULSAM	Gestor de Departamento
Proteção de dados sensíveis	Incumprimento das regras de conservação e circulação de dados de saúde	2	3	6	Elaboração de procedimentos específicos e ajustáveis a cada posto de trabalho das áreas assistenciais	Gestor de Departamento
	Dificuldade de integração de dados entre aplicações				Formação interna para aplicação das regras instituídas	Gestor de Departamento
Codificação clínica de episódios de internamento	Falhas no envio de episódios codificáveis	1	2	2	Realização de auditorias internas periódicas com análise de resultados e redefinição de objetivos	Gestor de Departamento
	Realização de transportes indevidamente	2	2	4	Verificação de falhas por meios informáticos	Gestor de Departamento
Transporte de doentes	Incumprimentos dos horários na realização de transportes programados				Verificação administrativa do cabal cumprimento de todos os pressupostos inerentes ao pedido de transporte	Gestor de Departamento
					Reformulação dos protocolos em vigor com as entidades transportadoras e monitorização permanente do respetivo cumprimento	Gestor de Departamento



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Centro de Telemedicina					
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Responsáveis
		P	I	C	
Gestão da informação	Incapacidade da equipa para avaliar os parâmetros telemonitorizados por falha do sistema informático/plataforma de telemonitorização	2	3	6	Medidas Preventivas
					Informar o doente/cuidador dos valores tidos como normais para cada parâmetro telemonitorizado
					Disponibilizar 24h/dia linhas telefónicas de atendimento dedicadas para os doentes
	Uso não autorizado de imagem/vídeo dos doentes telemonitorizados em teleconsulta e plataforma de telemonitorização	1	2	2	Informar o doente/cuidador sobre sinais de alerta
					Na consulta de admissão explicar ao doente/cuidador a necessidade de captação de imagens e vídeo
Correção na admissão de doentes	Favorecimento de familiares/amigos/profissionais	1	3	3	Facultar ao doente ou representante legal o impresso de consentimento informado para a captação de imagem e vídeo
					Definição de critérios de admissão
Gestão de RH	Incapacidade de alargamento da resposta assistencial, por escassez de recursos	3	2	9	Verificação de check list dos critérios de admissão na proposta de novos doentes
					Solicitar reforço dos recursos



■ Baixo risco (1-2)
 ■ Médio risco (3-4)
 ■ Alto Risco (6-9)

Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

PPRG - Hospitalização Domiciliária						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Admissão de Doentes	Favorecimento de Familiares/amigos/profissionais	1	3	3	Cumprimento dos critérios de admissão segundo Norma Norma nº 020/2018 da DGS	Equipa da UHD
					Verificação de check list na admissão de doentes	



- Baixo risco 1-2
- Médio risco 3-4
- Alto risco 6-9

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Equipa de Gestão Altas						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do			Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Respon sáveis
		P	I	C		
Dados pessoais de doentes referenciados	Quebra de confidencialidade	1	3	3	Promoção e sensibilização junto dos serviços de Internamento, da obrigatoriedade de sinalização de doentes pelas equipas cuidadoras na plataforma SI- RNCCI	EGA
	Potencial fuga de informação	1	3	3	Formação interna urgente sobre a referenciação de doentes para a RNCCI	EGA
Ficheiro Excel de registo de movimento de doentes da EGA	Destruição, perda ou alteração indevida da informação	1	3	3	Assegurar o arquivo do ficheiro em pasta protegida de partilha com acesso restrito da equipa	EGA
					solicitar a aquisição de um sistema de informação para gestão dos doentes referenciados	
Notas alta social enviadas por correio eletrónico	Potencial fuga informação e quebra de confidencialidade	1	3	3	Requerer a necessidade de acesso das colaboradoras do serviço social ao SClinico	EGA

4

Título do Gráfico



■ Baixo risco (1-2) ■ Médio risco (3-4) ■ Alto Risco (6-9)

Baixo risco (1-2)	0%
Médio risco (3-4)	100%
Alto Risco (6-9)	0%

PPR - Serviço/Departamento Agrupamento de Centros Saúde						
Atividades	Fator potencial de risco	P	I	C	Resposta ao Risco	Responsáveis
					Medidas Preventivas	
Completitude de dados no Registo Nacional de Utentes (RNU)	Dados dos utentes incompletos e/ou desatualizados	2	2	4	Assegurar a divulgação, pelos secretariados administrativos das Unidades de Saúde (USF Mod A, Mod B e UCSP), de lista atualizada da percentagem dos utentes com informação em falta, garantindo, assim, um controlo efetivo sobre o cumprimento do Despacho n.º 1774-A/2017, de 24.02 e Circular Normativa Conjunta n.º 12/2017/ACSS/SPMS, de 20.06. Reforço de apelo à importância do papel do secretário clínico na sensibilização dos utentes da utilidade de recolha e atualização de dados. Periodicidade mensal em 2022.	DACES - Ana Maria Rego e Tiago Armada
					Análise e divulgação da taxa de completude do e-mail no RNU, por Unidade Funcional. Periodicidade trimestral em 2022.	DACES - Tiago Armada
					Conceção e divulgação de cartaz A2 e A4, com objetivo de potenciar o aumento da percentagem de "utentes inscritos no RNU com endereço de e-mail válido preenchido". Janeiro de 2022.	DACES - Tiago Armada
Qualidade de informação no RNU	Utentes com tipo de inscrição inadequada	1	1	1	Pedido de permissão, ao SGSI, de acesso a consulta e visualização dos utentes, no RNU, em lista de código "99999" para monitorização mensal e resolução/correção do tipo de inscrição	DACES - Ana Maria Rego e Tiago Armada
					Monitorização mensal e resolução/correção do tipo de inscrição de utentes com código "99999"	DACES e UF dos CSP
Formativa	Conhecimentos incompletos ou desatualizados do Regulamento do Registo Nacional de Utentes	2	2	4	Planificação de ações de formação aos secretários clínicos/assistentes técnicos das Unidades Funcionais do ACES	DACES
Otimização dos recursos	Ineficiência, por afetação exclusiva a UF, de equipamento de utilização pontual sem acordo de partilha e utilização comum	1	1	1	Incluir no Manual de articulação ACES/USAG/UF informação que especifique os equipamentos essenciais que são de uso partilhado e respetiva forma de partilha mediante estabelecimento de um regulamento de utilização de bens comuns pelas unidades.	DACES e UF
Otimização do circuito do medicamento e outros produtos	Risco clínico para utentes por demora no circuito do medicamento	2	2	4	Criar um Procedimento para requisição extraordinária de medicamentos, das UF do ACES.	DACES/CCeS
	Risco de perfil dos armazéns avançados desajustado das necessidades das UF dos CS	1	1	1	Criar um Procedimento para atualização dos perfis dos produtos farmacêuticos e consumo clínico por CS/UF	DACES/CCeS



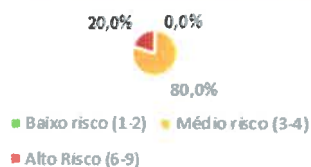
Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

Nota: Aplicável a todas as Unidades do Departamento do ACES

PPR - Serviço Esterilização						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Processo de esterilização	Contaminação por contacto com perfurantes	2	3	6	Formação	Diretora Serviço
					Notificar o Serviço Responsável pela ocorrência	Enfª Vitor Gonçalves
Contratação	Favorecimento de candidatos	1	3	3	Cadernos de encargos bem estruturados e detalhados, com critérios bem definidos e objetivos	Diretora Serviço
					Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço
Gestão de contratos	Atrasos na preparação das peças procedimentais	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço
	Gestão ineficiente do contrato	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço
					Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço
	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço
					Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço

Grau de implementação



Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

Serviço Farmacêutico (SFAR)						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao risco	Responsáveis
		P	I	C		
Gestão de Stock's	Diferença nos stocks de medicamentos	2	1	2	Melhoria do processo logístico de registo de saídas por leitura óptica com utilização de PDA.	T.D.T. Coordenadora Natércia Vasconcelos/Dr. Rui Pires/Glitt
					Auditorias mensais	T.D.T. Coordenadora Natércia Vasconcelos/Dr. Rui Pires
	Controlo das temperaturas dos medicamentos nos frigoríficos	2	2	4	Realização de uma auditoria técnica ao sistema IT 2	Direção S.Farmacêutico/Diretor SIE/ Diretor SGSIC
					Aquisição de um novo Sistema Informação (SI) de alarmística (substituição do atual SI, IT2)	Direção S.Farmacêutico/Diretor SIE/ Diretor SGSIC
					Implementação de sistema de frio mais adequado para a conservação de medicamentos (aquisição de uma câmara de frio para o SFAR).	Direção S.Farmacêutico/Diretor SIE
Dispensa de medicamentos	Dispensa incorreta de medicamentos de dispensa em ambulatório	1	3	3	Implementação de sistema de controlo na saídas de medicamentos	Dra. Sandra Novo / Dra. La Salette Guerreiro
Prescrição/Preparação medicamentos	Preparação incorreta de quimioterapia por falha na transcrição da prescrição e condições inadequadas na sala de preparação	1	3	3	Implementação total da Prescrição electrónica de Quimioterapia	Direção S.Farmacêutico /Diretor Hospital de Dia/ Diretor SGSIC/Glitt
					Melhorar as condições físicas de segurança na preparação de citotóxicos	Direção S.Farmacêutico/Diretor SIE
	Preparação incorreta de quimioterapia por não concordância na medição de volume de fármaco relativamente à prescrição médica	1	3	3	Implementação da dupla validação na produção de citotóxicos: Efetuado pedido de Contratação de recursos humanos (TSDT) que permita a dupla validação das preparações de citotóxicos e seus volumes efetuadas na Unidade de Produção de Citotóxicos.	Direção S.Farmacêutico/Direção SGRH/CA
Dispensa de medicamentos biológicos à Atividade Privada segundo legislação	Falha na reconciliação entre valores/quantidades dispensadas vs faturação.	3	1	3	Monitorização mensal	Direção S.Farmacêutico/Dr. Vitor Oliveira
Aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos (PF)	O Farmacêutico que pertence ao júri de concursos de procedimentos aquisitivos de medicamentos e PF desempenhar a função de gestor de contrato desses mesmos procedimentos aquisitivos, em simultâneo.	3	1	3	Segregação de funções : o farmacêutico que desempenha as funções de Gestor de Contratos não pode acumular as funções de júri, nos processos aquisitivos de medicamentos e PF.	Serviço Farmacêutico

6

Legenda:

P - Probabilidade (1- baixa; 2-média; 3 - alta)

I - Impacto (1- baixa; 2-média; 3 - alta)

C- Classificação (P*I)



- Baixo Risco (3-2)
- Médio Risco (3-4)
- Alto Risco (6-9)

Matriz risco

Baixo Risco	(3-2)	0,0%
Médio Risco	(3-4)	100,0%
Alto Risco	(6-9)	0,0%

PPRG - Serviço Nutrição						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do Risco			Resposta ao risco	Responsáveis
					Medidas Preventivas	
Acumulação de funções	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	2	2	4	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções. Auditoria interna	Todos os colaboradores SNA
	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho de funções públicas	2	2	4	Renovação do pedido de autorização sempre que surjam quaisquer alterações;	Todos os colaboradores SNA
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de familiar, amigo ou alguém interessado na decisão	1	2	2	Marcação de consultas por superior hierárquico nos cuidados hospitalares; Auditoria interna aleatória aos registos efetuados pelos nutricionistas no processo eletrónico do doente;	Direção SNA
	Favorecimento de fornecedores/laboratório da indústria farmacêutica	1	2	2	Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses relativamente a concursos públicos ou apresentações em sessões científicas;	Todos os colaboradores SNA
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato	1	2	2	Constituição de júri com número mínimo de 3 elementos Diversificação na constituição dos júris; Utilização de critérios de avaliação, objetivos e de acordo com a legislação em vigor	Membros do Júri
					Cumprimento de lei em vigor (SIADAP3);	Direção SNA
Avaliação de colaboradores	Potencial arbitrariedade no processo de avaliação de desempenho de colaboradores	1	2	2	Definir objetivos claros e equilibrados entre colaboradores; Cumprimento de prazos de avaliação, atribuição de objetivos e competências e atribuição de avaliação;	
Processamento de remunerações	Registo de alterações mensais (faltas, horas extra)	1	2	2	Monitorização mensal da aplicação de registo biométrico de assiduidade - RISI Conferência do total de faltas e horas extraordinárias; Comunicação de alterações não efetuadas ou efetuadas de forma errada;	Direção SNA
Gestão do utente	Inclusão indevida de utentes em subespecialidade de consulta de ambulatório, isentas de taxas moderadoras	1	2	2	Auditoria interna aos registos efetuados pelos nutricionistas no processo eletrónico do doente	Direção SNA
Gestão de compras e património	Incorreta estimativa de necessidades	1	2	2	Envolver todos os colaboradores na avaliação das necessidades e na realização do plano de atividades anual do Serviço;	Direção SNA; Todos os colaboradores SNA
	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Diversificação na constituição de júris de concurso Cumprimento da legislação em vigor Realização de auditorias internas ao cumprimento do estipulado em Caderno de Encargos e Contrato estabelecido com empresas concessionadas: 1. restauração coletiva concessionada para fornecimento da alimentação e suplementos alimentares na ULSAM 2.Máquinas de vending localizadas em todas as Unidades da ULSAM com exceção do HCB;	Direção SNA
					Dar conhecimento dos resultados obtidos ao Auditor Interno Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade	
	Irregularidade na faturação mensal	1	3	3	Controlo da faturação mensal por um mínimo de 2 elementos do Serviço e seguidamente pelos Serviços Financeiros e Serviço de PCG Dar conhecimento dos procedimentos realizados ao Auditor Interno da ULSAM.	Direção SNA
Gestão de Património	Desvio de bens inventariáveis ou de consumo regular	2	3	6	Manter inventário atualizado Auditoria anual em parceria com o SIE	Todos os colaboradores
Gestão de contratos	Não cumprimento do estabelecido em Caderno de Encargos	1	3	3	Monitorização e acompanhamento da qualidade do serviço prestado Auditorias técnicas aleatórias por Nutricionista da ULSAM	Todos os colaboradores SNA
					Segregação de funções (o técnico que verifica diariamente o cumprimento da ementa não pode ser o mesmo que efetua a	
Grau implementação						



■ Baixo risco (1-2) ■ Médio risco (3-4) ■ Alto Risco (5-9)

Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (5-9)

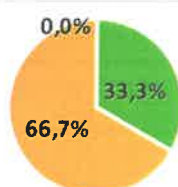
PPRG - Serviço Social e Gabinete do Cidadão						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Nota de Alta do Serviço Social - em papel	Quebra confidencialidade - identificação de dados pessoais ; referencição Inter institucional	1	2	2	Desmaterialização de todas as ações;	SS
					Apelar ao reforço das medidas de segurança ao Serviço de Gestão de Distemas de informação;	
					Utilização do Consentimento Não Clínico Informado.	
EXCEL- registo da atividade diária - serviço social e GC	Colocado na pasta partilhada	1	2	2	Apelar ao reforço das medidas de segurança ao Serviço de Gestão de Distemas de informação;	SS
Atendimento/ consulta Social e GC	Situações de alguma ameaça e agressividade física	2	1	2	Melhorar as Condições físicas do atendimento (foi colocado um separador em acrílico para a triagem do atendimento).	SS
	Falta de segurança	2	1	2	Solicitar presença de um Segurança .	SS
Livros de Reclamações " Livro Amarelo"	Acesso a dados pessoais e informação confidencial	1	2	2	Repensar o processo de disponibilização de livro de reclamações, garantindo o controlo do acesso à informação aí descrita	SS



Matriz risco



PPRG 2023 - Serviço Gestão da Documentação						
Atividades	Fator potencial de risco	P	I	C	Resposta ao Risco	Responsáveis
					Medidas Preventivas	
Gestão dos pedidos de informação	Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	1	2	2	Dever Sigilo	Responsável pelo Arquivo
					Política de sanções para os incumpridores	Responsável pelo Arquivo
					Gestão dos acessos	Responsável pelo Arquivo
					Definição de responsável pela gestão dos acessos	Responsável pelo Arquivo
					Implementação/avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos	Responsável pelo Arquivo
	Ineficiência do processo	1	2	2	Criação de formulários específicos e sua normalização pelo processo da qualidade.	Responsável pelo Arquivo
Gestão dos equipamentos	Conflito de interesses enquanto elementos do júri dos concursos de aquisição de equipamentos.	1	3	3	Emissão de declaração de inexistência de incompatibilidades	Responsável pelo Arquivo; AP
	Roubos de equipamento	1	3	3	Responsabilização dos funcionários pelos equipamentos a guarda.	Responsável pelo Arquivo
Gestão dos processos	Não aplicação das medidas de prevenção	1	3	3	Formação nas áreas de riscos de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas	Responsável pelo Arquivo
Segurança	Falta de segurança nas instalações do Arquivo	1	3	3	Formação	Responsável pelo Arquivo
Grau implementação		E			Baixo	

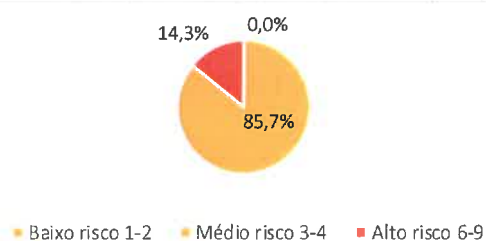


- Baixo risco (1-2)
- Médio risco (3-4)
- Alto Risco (6-9)

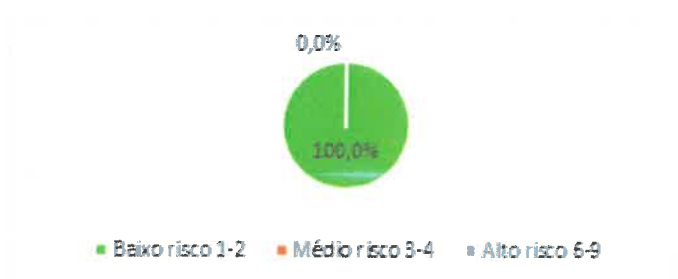
Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

PPRG - Serviço Psicologia						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Segurança da informação	Fuga e divulgação indevida de informação para o exterior, que pode indicar um crime de violação do segredo	1	3	3	Código deontológico da OPP; sensibilização dos psicólogos para as consequências de divulgação sigilosa	Direção do Serviço de Psicologia
	Acesso indevido do profissional a informação constante no Sclínico (acesso fora do âmbito da prestação de cuidados)	1	3	3	Monitorização e supervisão direta; Código deontológico da OPP	Direção do Serviço de Psicologia
	Ceder ou não resguardar informação	1	3	3	Monitorização e supervisão direta; Código deontológico da OPP	Direção do Serviço de Psicologia
	Risco de Ciberataques	2	3	6	Alteração mensal da password de acesso ao computador; formação em contextos de cibersegurança; pedagogia de cibersegurança em contexto de práticas clínicas	Direção do Serviço de Psicologia; psicólogos
Acumulação de funções	Situações de conflitos de interesses	1	3	3	Os psicólogos que se confrontem com uma situação suscetível de configurar um conflito de interesses, devem requerer escusa, por motivo de impedimento legal, assumindo que devem participar tal situação nos termos definidos no código deontológico da OPP.	Psicólogos; Direção do Serviço de Psicologia
Gestão de atividade assistencial	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de informação ou outros favorecimentos	1	3	3	Todos os psicólogos estão obrigados a dar conhecimento ao superior hierárquico, de qualquer prática de suborno ou corrupção, e recusarão qualquer oferta que possa ser interpretada como tentativa de agilizar ou facilitar processos de decisão, relativamente a qualquer ato psicológico.	Direção do Serviço de Psicologia
Abuso de poder	Abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.	1	3	3	Monitorização e supervisão direta; Código deontológico da OPP	Direção do Serviço de Psicologia



PPRG - Serviço de Codificação						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Codificação Clínica	Incumprimento do prazo de resposta estabelecido em sede de contrato programa	1	1	1	Monitorização sistemática dos tempos de resposta e alerta para a equipa para o incumprimento dos prazos	Dra. Helena Guimarães
	Manipulação dos dados codificados, pelo acesso não autorizado aos mesmos	1	1	1	Políticas de segurança rigorosas, incluindo autenticação de utilizadores e criptografia de dados	Dra. Helena Guimarães
	Insuficiência de informação clínica no Processo Clínico	1	2	2	Sensibilizar os clínicos para completarem a informação	Dra. Helena Guimarães
	Falhas nas plataformas digitais de apoio e de suporte à Codificação (SgmaCC, SIMH, Scínico)	1	1	1	Identificação das falhas e alertar os responsáveis das plataformas	Dra. Helena Guimarães
	Atividade suspeita ou irregularidades na codificação desrespeitando as normas do ICD10, guidelines e convenções	1	1	1	Procedimento de monitorização e auditorias	Dra. Helena Guimarães



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

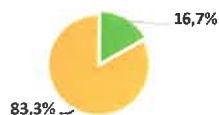
PPRG - Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa .						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Capela	intrusão	1	1	1	porta exterior abre apenas para as celebrações	capelão e colaboradores
Financeira	corrupção	1	1	1	faturas supervisionadas pelo órgão competente do Conselho de Administração	capelão e conselho de administração



■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

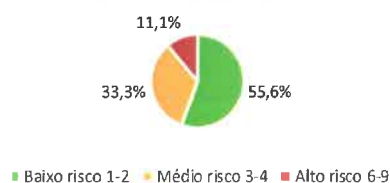
PPRG - Serviço Aproveitamento						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Planeamento de Compras	Processo de planeamento de compras inadequado	2	2	4	Identificação global das necessidades de compras	AP
					Elaboração atempada do plano anual de compras	AP
					Reforçar o pedido de nomeação e reativação da Comissão de Normalização de Consumos	AP
Processos de aquisição	Falta de transparência e de independência nos processos de aquisição	1	3	3	Declaração de Incompatibilidades assinada pelo Gestor do Contrato (melhorar check-list para acrescer este item de verificação)	AP
					Rotatividade na constituição dos júris dos concursos	AP
					Cadernos de encargos bem estruturados e detalhados, com critérios bem definidos e objetivos	AP
	Oferta de terceiros - Aceitação de donativos e ofertas de terceiros	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, cláusula específica sobre esta matéria	AP
	Ofertas de terceiros - Risco de influenciar tomada de decisão de colaboradores, facilitando o tráfico de influências e favoritismo	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, cláusula específica sobre esta matéria	AP
	Favorecimento de candidatos	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	AP
	Ceder à pressão de fornecedores que tentam influenciar escolhas de equipamentos, materiais, medicamentos e tratamentos (e/ou mcdt's)	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, cláusula específica sobre esta matéria	AP
	Participação em ações de formação ou eventos, financiados por fornecedores ou potenciais fornecedores	1	3	3	Frequentar ações de formações sobre esta matéria	AP
	Limitação da concorrência - Recurso sistemático ao procedimento por ajuste direto simplificado, quer em situações regulares, quer em casos de necessidade ou de urgência, podendo levar a privilegiar uma empresa em detrimento de outras	1	3	3	Atualizar o manual de Procedimentos e Boas Práticas do Serviço de Aproveitamento	AP
	Limitação da concorrência nos processos de ajuste direto e nos caderno de encargos	1	3	3		AP
	Definir fatores para ponderação de critérios de adjudicação pouco objetivos, ou adoção inadequada de critérios de adjudicação em procedimentos de contratação pública	1	3	3		AP
Gestão de contratos	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Zelar pelo cumprimento das determinações do Código de Ética	AP
					Frequentar ações de formação sobre Código de Ética	AP
					Divulgação junto dos colaboradores de Manuais de Boas Práticas, Código de Ética e Recomendações do CPC	AP
Recepção	Recepção incorreta de bens	1	3	3	Incorporação no processo de recepção os utilizadores dos bens (para bens específicos)	AP
Dados mestre	Dados mestre de fornecedores, em falta, incorretos, desatualizados e/ou sem informação qualitativa	1	2	2	Atualização regular dos dados mestre de fornecedores	
					Avaliação regular dos fornecedores	AP
Gestão de Stock's	Rotura de stock's ou atraso no fornecimento	2	2	4	Gestão eficiente de stock's, com incorporação de mecanismos de alerta	AP
					Cadastro de fornecedores (para efeitos de convite na Consulta Prévia e AD)	AP
	Produtos fora de prazo	2	2	4	Incorporação de sistema de alertas no aplicativo de gestão de stock's	AP
	Deterioração das existências em armazém e falta de espaço	1	2	2	Zelar pela adequação das condições de armazenamento	AP
	Desvio de bens armazenados	1	3	3	Implementar sistema de controlo de acessos	AP
Distribuição	Atraso na entrega dos bens de consumo esporádico aos serviços utilizadores	1	2	2	Implementar sistema de controlo de entregas aos serviços	AP
Valorização dos inventários	Inadequada valorização das existências	2	2	4	Rappel e notas de crédito integram o custo médio dos bens	AP
Controlo de materiais e equipamentos	Perda de controlo na localização dos materiais/equipamentos, com risco de extravio	1	3	3	Implementar procedimento de controlo de equipamentos	AP



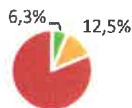
- Baixo risco (1-2)
- Médio risco (3-4)
- Alto Risco (6-9)



PPRG - SIE					
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do Risco			Responsáveis
		P	I	C	
Gestão de edifícios e equipamentos	Produção prejudicada por falta de equipamento	1	3	3	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas SIE
	Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos.	2	2	4	Garantir que todos os bens entrem pela Gestão de Imobilizado/gestão de equipamentos, para que possam ser etiquetados e registados na aplicação do imobilizado. Responsáveis do Aproveitamento/Armazéns, SGSI/ SIE e GE/GI
	Falta de evidência no abate físico de bens e na sua valorização.	1	2	2	Solicitar a divulgação da obrigatoriedade de informarem a GI/GE da receção por doação de bens. Responsável pela GI
	Ocorrência de desvios/roubo/furto de equipamentos.	2	3	6	Garantir a segregação de funções, entre quem propõe o abate, quem avalia tecnicamente e emite o Auto de Incapacidade, quem autoriza e a GI que procede ao abate do bem na aplicação. Diretores e Chefes de serviço. SIE, GI/GE
	Gestão inadequada de intervenção em ativos	2	2	4	Rever manual de gestão do imobilizado, incluindo a revisão de circuitos Diretores e Chefes de serviço. GI/GE
	Conluio entre fornecedores/utentes e colaboradores dos armazéns, serviços e SIE.	1	1	1	Responsabilizar os diretores de serviço pelo bens à sua guarda, remetendo periodicamente as "folhas de carga" Diretores e Chefes de serviço. GI/GE
	Realização de obras ou aquisição de ativos não prevista	2	1	2	Monitorização frequente entre o cadastro e o físico SIE
	Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Substituir o aplicativo de gestão da manutenção, para permitir efetuar uma eficiente manutenção preventiva SIE
	Sistemas automáticos de deteção de incêndios (SADI) avariados	1	3	3	Garantir a segregação de funções, entre o SIE, Aproveitamento e Financeiro, através do cumprimento do circuito e responsabilidades definidas no manual de gestão dos ativos tangíveis Todos os intervenientes
	Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Fundamentação e respeito pelos procedimentos legais em matéria de realização de investimento SIE
	Inexistência de fachadas cortina/ envidraçadas com sinalização em edifícios > 9 M no HSL e HCB	1	2	2	Autorização dependente de fundamentação e evidência de imprevisibilidade SIE
	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Proceder a inspeções periódicas para detectar precocemente eventuais situações de degradação, ou ocupação/utilização indevida SIE
					Efetuar anel interno, de circuito de água, para mais facilmente detetar fugas e permitir intervenção rápida SIE



PPRG - Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação de risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão de Existências e Imobilizado	Acesso indevido às instalações e desvio de existências	3	3	9	Reforço do sistema de vigilância e reorganização da gestão de acessos	SHAG
Vigilância e Segurança Humana	Acesso indevido às instalações	3	3	9	Reforço do sistema de vigilância	SHAG
					Reorganização da gestão de acessos	
Comunicações Móveis	Utilização indevida das comunicações móveis	1	2	2	Bloqueio de pagamentos adicionais por conta da ULSAM; aumento dos limites de comunicações atribuídos (plafond) sem aumento de encargos através de nova proposta; Lançamento de concurso público internacional para comunicações móveis	SHAG
	Solicitações de aparelhos	3	3	9	Rateio de necessidades e regras de atribuição com devida fundamentação; definição de plafond	SHAG
Espaços Verdes	Baixo controlo do nível de serviço	2	2	4	Levantamento das reais necessidades de manutenção e prevenção; Evidência junto dos coordenadores das USAG da prestação do serviço	SHAG
Higiene e Limpeza	Riscos Vários associados ao controlo de infeção, consumos, monitorizado em termos de horas e níveis de serviço e faturação	3	2	6	Controlo de níveis de serviço através de auditorias internas	SHAG
Gestão de Recursos Humanos - Assistentes Operacionais	Risco associado à duplicação de recursos	3	3	9	Implementação de rácios em todos os horários de forma a assinalar eventuais usos indevidos de recursos humanos	SHAG
	Carência de Recursos	3	3	9	Solicitar alargamento do Mapa de Pessoal	SHAG
Gestão de Parque Estacionamento	Falta de capacidade de parque devido a todos os profissionais terem acesso	3	3	9	Limitação de acessos mediante disponibilidade	SHAG
	Acesso indevido aos parques	3	3	9	Penalidades com medida de suspensão de acesso	SHAG
	Acesso indevido aos parques restritos	3	3	9	Caracterização de lugares mediante função exercida	SHAG
Gestão da Frota	Risco associado ao não controlo das manutenções das viaturas bem como da faturação associada	2	3	6	Alteração dos procedimentos de validação de reparações associadas a cada viatura, centralizando informação; necessidade de sistema de gestão de informação automatizado (semelhante a Cartrack) para toda a frota, opção por rentig em vez de frota própria.	SHAG
	Subsídios de lavagem de viaturas	2	2	4	Implementação de medidas de controlo e verificação	SHAG
Gestão de Roupa Hospitalar	Risco associado ao não controlo da gestão de roupa e respetiva faturação	3	3	9	Realização de inventários anuais Implementação de sistema de controlo de níveis nos serviços e inclusão de penalidades contratuais ao prestador, relativos a incumprimentos.	SHAG
	Risco associado ao desvio de roupa hospitalar	3	3	9	Implementação de medidas de controlo automático com possibilidade de introdução de roupa própria	SHAG
Implementação de novas metodologias	Controlo e dados de gestão	3	2	6	Risco associado à incongruência de elementos	SHAG

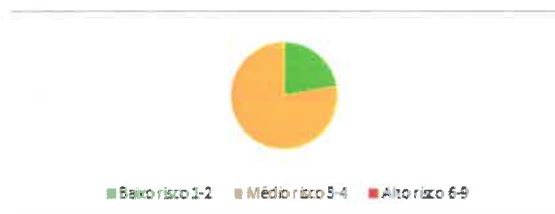


■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

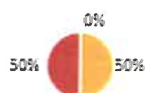


5 - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Atividades	Fator potencial de risco	P	I	C	Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Responsáveis
Recrutamento e seleção	Interferência por parte de terceiros em procedimentos de contratação (contratação sem critérios previamente definidos).	1	2	2	Caraterização dos postos de trabalho a ocupar.	CA e SGRH
	Falta de transparência e a igualdade de oportunidades no recrutamento	1	2	2	Definição do perfil dos profissionais a contratar. Obrigatoriedade de divulgação prévia de aviso.	
Atribuição de subsídio familiar a crianças e jovens	Atribuição incorreta de benefício.	2	2	4	Elaboração de listagem em suporte informático dos beneficiários com a informação necessária para a evidência legal da concessão do benefício.	SGRH
Registo biométrico	Desconformidade entre o que consta inserido no sistema e os documentos de suporte de alteração de horários.	2	2	4	Sensibilização para os intervenientes nas propostas de alteração de horários de trabalho, salvaguardarem o tempo entre os despachos autorizadores e o início dos horários de trabalho.	CA, DAG e SGRH
Estágios curriculares	Admissão de interessados a estágios sem acautelar a igualdade de oportunidades.	2	2	4	Fixação prévia da capacidade instalada para a realização dos estágios.	CA e SGRH
Acumulação de Funções	Existência de conflito de interesses.	2	2		Análise casuística dos pedidos de acumulação considerando as funções públicas exercidas e as privadas objeto do pedido. Renovação bianual dos pedidos de acumulação de funções por parte dos interessados.	CA, SGRH e GJ
Avaliação de desempenho	Prejudicar/beneficiar trabalhadores recorrendo a avaliação não regular.	2	2	4	Definição das orientações gerais para desenvolvimento do processo de avaliação de desempenho e respetivo cronograma no início de cada biénio.	CCA e SGRH
					Reporte, pelo trabalhador, ao PCA para desencadeamento dos procedimentos legais	PCA, SGRH e CC
Valorização remuneratória e prémios de desempenho	Atribuição incorreta de benefício.	2	2	4	Criação de Check-list de validação dos pressupostos de atribuição dos prémios salariais.	CA e SGRH
Gestão da assiduidade	Benefícios/prejuízos indevidos resultantes	2	2	4	Cumprimento do regulamento da assiduidade e pontualidade. Cumprimento rigoroso dos níveis de permissão definidos nas aplicações. Verificação aleatória mensal.	SGRH e Chefe
Processamento de trabalho extraordinário/suplementar	Não observância dos pressupostos legais para a sua atribuição.	2	2	4	Elaborar procedimento com base nos diplomas legais, para pagamento de trabalho suplementar, pressupostos e definição de circuito administrativo.	CA e SGRH



Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Incumprimento da Lei dos Compromissos		1	3	3	Explicitação das autorizações para trabalhos/ serviços adicionais e contratos plurianuais	Joana Vaz
Alteração não autorizada de dados na gestão de entidades		1	3	3	Segregação de funções . Circularização trimestral de saldos de fornecedores.	Joana Vaz
Desvio de fundos		3	3	9	Segregação de funções;	Joana Vaz
					Reconciliação bancária mensal;	Joana Vaz
					Fundos de maneo e de caixa em sistema de fundo fixo e controlo periódico dos fundos de maneo;	Joana Vaz
					O SGF deverá ter acesso às aplicações informáticas onde são registadas as cobranças dessas TM, designadamente, o SAPE.	Joana Vaz
					Circularização trimestral de saldos de fornecedores e clientes;	Joana Vaz
					Definição de normas para movimentação de contas bancárias;	Joana Vaz
					Cheques por usar e anulados são depositados no cofre;	Joana Vaz
					Os documentos de suporte e justificativos das despesas são sempre carimbados e rubricados pelo colaborador que emite a autorização de pagamento para impedir duplicação de pagamento.	Joana Vaz
Controlo da cobrança de taxas moderadoras de atos de enfermagem e de Saúde Pública		3	3	9	O SGF deverá ter acesso às aplicações informáticas onde são registadas as cobranças dessas TM, designadamente, o SAPE.	Joana Vaz
Grau implementação						



Matriz risco

Baixo risco (1-2)	0%
Médio risco (3-4)	50%
Alto Risco (6-9)	50%

■ Baixo risco (1-2) ■ Médio risco (3-4) ■ Alto Risco (6-9)

DPOs - NUS									
Atividade	Fator potencial de risco	P	C	Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Responsável	Avaliação			
						RAP	P/2020	M/2020	S/20
Área das Tecnologias e Comunicações	Utilização de E-Mail Institucional	Má utilização do e-mail, que pode originar problemas de segurança diversos	2 2	4	Comunicação das boas práticas, através de distribuição de Procedimentos com boas práticas, informações através do screen saver e formação através da plataforma de e-learning	Directora do SGCSC / Directora do Gab. Comunicação	x		Executado
	Mantém atualizados os endereços de mail (novos utilizadores / cancelamento de contas)	Falta de resposta pelo SGCSC aos utilizadores, por carencia de recursos da área Técnica	2 2	4	Utilização pela Equipa do SGCSC da Plataforma Easyvista Planeamento de atividades com Monitorização Semanal	Directora do SGCSC	x		Executado
	Utilização da Internet	Problemas com o acesso à Internet seguindo más práticas	2 2	4	Comunicação das boas práticas, através de distribuição de Procedimentos com boas práticas, informações através do screen saver e formação através da plataforma de e-learning	Directora do SGCSC / Directora do Gab. Comunicação	x		Executado
	Auditoria Informática - Cibersegurança	Desconformidades (RGPD)	2 2	4	Aquisição de serviços especializados como prioridade estratégica	Directora do SGCSC	x		A aguardar alocação de novo recurso diferenciado em CIBERSEGURANÇA (Concurso a decorrer)
	Manutenção Preventiva e Corretiva de Infraestruturas Tecnológicas e apoio aos utilizadores	Carência de Recursos Humanos especializados	2 2	4	Contratação de Recursos Diferenciados como prioridade estratégica	Directora do SGCSC	x		A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
	Inexistência de Contratos de Suporte a ou Bolsas de Horas Especializadas	Carência de Recursos Humanos especializados com competência para preparação de Cadernos de encargos e pedidos de parecer prévio à AMA	3 3	9	Contratação de Recursos Diferenciados como prioridade estratégica	Directora do SGCSC	x		A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
Área dos Sistemas de Informação	Acesso aos sistemas de Informação (partilha de senhas)	Problemas no controlo de acessos (má utilização das credenciais de acesso)- Rastreabilidade de acessos- Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no Procedimento interno	3 3	9	Comunicação das boas práticas, através de distribuição de Procedimentos com informações através do screen saver e envio a ALL USERS		x		
					Reforço de Competências Digitais em Cibersegurança		x		
					Neste sentido, e a título preventivo, dado que pode haver risco acrescido associado as contas dos utilizadores da ULSAM, foram realizadas as seguintes medidas de mitigação ao nível da AD (Above Directory) da entidade:		x		
					Forçar a alterações de credenciais nomeadamente as passwords de acesso para um nível de segurança com autenticação forte	Directora do SGCSC	x		Executado
					Adicionalmente, e estando conscientes que os regimes de teletrabalho aumentaram a superfície de risco, devemos garantir a alteração periódica de passwords dos colaboradores, seguindo as seguintes políticas/regras:		x		
					Passwords fortes - número mínimo de caracteres a complexidade (ex. 8 caracteres com maiúsculas, minúsculas, não permitir iguais às anteriores, etc)		x		
	Sessões de Trabalho abertas sem a presença do utilizador	Acesso indevido à informação (manipulação ou destruição de dados)	2 2	4	Expiração de password - Forçar alteração de credenciais de acesso (associação ao TUM no RIS)		x		
					Lock-out - Bloqueio da conta ao final de X tentativa falhadas (ex. 5 tentativas)		x		
					Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	Directora do SGCSC	x		Executado Projeto HS.Registar implementado (Investimento COMPETE2020)
					Responsabilização dos Parceiros Tecnológicos na implementação de controlos (Auditorias Técnicas regulares)	Gestor de Contrato nomeado/ aplicação	x		Executado Implementação de Plataforma Hélio (Investimento COMPETE2020)
Gestão de Projetos Financeiros (SAMMA2020)	Deficiente integração entre aplicações informáticas	Erro gerado no processo de interface aplicacional	2 2	4	Adjudicação de Licenciamento e Serviços especializados	Directora do SGCSC	x		Executado Implementação de Plataforma EASYVISTA (Investimento COMPETE2020)
	Inexistência de Sistema de Registo de Tickets (EASYVISTA)	Incapacidade de gerir incidentes e pedidos por ordem de prioridade	2 2	4	Incumprimento de prazos fixados pela AMA	Directora do SGCSC	x		Executado Implementação de Plataforma EASYVISTA (Investimento COMPETE2020)
	Falta de resposta pelo SGCSC aos utilizadores, em tempo útil	Carência de Recursos Humanos especializados	2 2	4	Gerção de Relatórios de Monitorização na Plataforma EASYVISTA	Directora do SGCSC	x		Executado Implementação de Plataforma EASYVISTA (Investimento COMPETE2020)
	Inexistência de alocação de Tarefas em Equipas Multidisciplinares	Derrapagem na execução dos Projetos	2 2	4	Contratação de pessoal com perfil adequado à função (conforme propostas apresentadas superiormente)	Directora do SGCSC	x		Executado Lançados inquéritos de avaliação da utilização do serviço prestado pelo SGCSC
	Inexistência de RH habilitados à produção de Cadernos de Encargos e peças procedimentais	Atraso no envio dos Cadernos de Encargos e Peças para o Serviço de Aproveitamento, estando este função alocada a um único recurso do SGCSC (Directora do SGCSC)	2 2	4	Contratação de pessoal com perfil adequado à função (conforme propostas apresentadas superiormente)	Directora do SGCSC	x		A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
Área de Inquéritos Clínicos / Processo Clínico Eletrónico / Interoperabilidade	Inexistência de recurso Especializado Integrado nas Equipas de Tecnologias e Sistemas de Informação	Eventual perda de informação clínica residente nos Sistemas periféricos ao Sistema de Informação da ULSAM (vulgo Equipamentos médicos adjudicados sem componente de interface HL7; DICOM; webservice; outros)	3 3	9	Contratação de pessoal com perfil adequado à função (conforme propostas apresentadas superiormente)	Directora do SGCSC	x		A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
	Interrupção de serviços fornecidos pelo Sistema de Informação	Eventual impacto na prestação de cuidados aos utentes pela falta de acesso à informação clínica	2 2	4	Auditoria ao Processo de Backup / Disaster Recover implementado	Directora do SGCSC	x		Executado
Gestão de RH do SGCSC	Equipa Técnica com dimensionamento adequado / Regulamento Interno atualizado e recursos com competências técnicas ajustadas às exigências de implementação do ENES2020/2022 e Projeto Certificação HIMMS EMRAM e COMM na Ulsam	Dotar a Equipa de IT de competências técnicas na área de Gestão de Projetos (Metodologia SCRUM, Competências em Administração de Sistemas de Rede e Comunicações, Bases de dados HL7 - elaborar um Plano de Desenvolvimento de Competências para a Equipa do SGCSC alinhado com os objetivos SIADAP	1 1	3	Aplicação de controlos internos para monitorização da aquisição de funções técnicas executadas pela Equipa do SGCSC (para o perfil de Técnico de Informática e Especialista de Informática)	Directora do SGCSC	x		Controlos internos aplicados e carregados na Plataforma GEADAP



■ Baixo risco (1-2)
■ Médio risco (3-4)

Matriz risco



5,1% 10% 2% 0%

PPRG - SHST						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Psicologia Ocupacional - gestão de riscos psicossociais	Inexistência de metodologia transversal de avaliação de riscos psicossociais (p.e.violência, assédio, stress ocupacional)	2	2	4	Assegurar a implementação de metodologia de avaliação de riscos psicossociais	Psicóloga da Saúde Ocupacional
Registo e acompanhamento de Acidentes de Trabalho	Não cumprimento do procedimento relativo a acidentes de trabalho	3	2	6	Sensibilização através de formação aos profissionais sobre Acidentes de Trabalho	Diretor de SSO/ST
Auditorias noturnas, com o intuito de salvaguardar fontes de risco não detetáveis no período laboral de trabalho dos técnicos.	Intrusão, rapto, roubo, falta de iluminação, ruído	2	3	6	Realização de auditorias com carácter trimestral	Área Técnica do SSO/ST
					Controlo das rondas efetuadas pelos vigilantes nos vários pontos de registo biométrico	
					Verificação do cumprimento do procedimento relativo às rondas	
Atendimento clínico no SSO/ST	Não cumprimento do RGPD	3	3	9	Melhoria do isolamento acústico dos gabinetes de consulta	Diretor de SSO/ST
Consulta de resultados de exames complementares de diagnóstico	Acesso indevido por parte de outros profissionais a resultados de exames solicitados pelo SSO/ST	3	3	9	Garantir acesso exclusivo por parte do SSO/ST aos resultados dos exames solicitados	Diretor de SSO/ST
Gestores Locais de Risco, estatística de sinistralidade e notificações de ocorrências.	Inexistência de consulta das notificações por parte dos Gestores Locais de Risco	3	2	6	Colaboração na melhoria da aplicação informática do Utisst	Diretor de SSO/ST



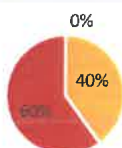
■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

Matriz risco

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Serviço Gestão das Relações com Utentes						
Atividades	Fator potencial de risco	P	I	C	Resposta ao Risco	Responsáveis
					Medidas Preventivas	
Requisição de MCDT's ao exterior	Recurso a entidades prestadoras que não sejam objeto de adjudicação ou consulta de mercado	2	3	6	Propor a consulta, no mínimo a 3 entidades, para realização de exames no exterior, para os quais não há acordo/protocolo	SGRU
					Levantamento dos protocolos existentes e proceder, se necessário, a nova consulta do mercado, através do Serviço de Aprovisionamento.	SGRU
	Emissão de termos de responsabilidade sem a respetiva autorização financeira de elemento com competência para autorização de despesa	3	2	6	Implementação de circuitos que distingam a validação da pertinência clínica e validação financeira nas autorizações ao exterior;	SGRU
Identificação de utentes	Cobrança indevida de taxas moderadoras (isenções não atualizadas no SONHO);	2	3	6	Integração da informação do RNU (taxas moderadoras) com o software dos quiosques da ULSAM;	SGRU
	Falta de cobrança de taxas moderadoras por informação incorreta ou insuficiente (moradas incorretas ou incompletas)				Elaboração de manual: "Admissão do utente" e divulgação pelos secretários clínicos.	SGRU
Transporte não urgente de doentes	Existência de requisições de transporte sem aplicação do normativo legal aplicável.	1	3	3	Conferencia das requisições de transporte (SGTD e SONHO) e verificar se reúnem as condições de acesso ao transporte de doentes (insuficiência económica).	SGRU
Migrantes - Transporte não urgente de doentes	Perda de receita por emissão de credenciais de transporte sem os documentos necessários para faturação da despesa ao abrigo acordos internacionais.	2	2	4	Elaboração de procedimento para o registo/emissão da credencial de transporte e respetiva faturação - migrantes; Divulgação do procedimento por todos os Assistentes Técnicos da ULSAM	SGRU

Grau implementação

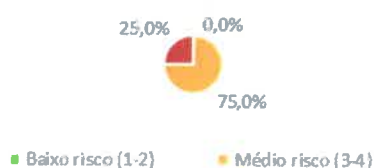


■ Baixo risco (1-2) ■ Médio risco (3-4) ■ Alto Risco (6-9)

Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

PPRG - Serviço Auditoria										
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação			
		P	I	C			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F
Auditoria	Não cumprimento do Plano de Auditoria	1	3	3	Monitorização sistemática do Plano de Auditoria	SA				
					Revisão do Plano de Auditoria sempre que necessário	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
	Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SA	2	2	4	Efetuar planificação destas ações	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
	Conflito de interesses	1	3	3	Dedclarar qualquer conflito de interesse que ocorra em qualquer momento do processo de auditoria	SA				
					Não participar em qualquer atividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presuma possa prejudicar o seu julgamento imparcial. A participação inclui atividades ou relações que possam estar em conflito com os interesses da organização.					
					Não deverão aceitar nada que possa prejudicar, ou que se presuma possa prejudicar o seu julgamento profissional.					
	Não incluir potenciais áreas de risco no Plano de Auditoria	2	3	6	Avaliar periodicamente o risco nas diferentes áreas do Hospital	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
					Acompanhar a monitorização do desempenho da ULSAM	SA				
					Solicitar a implementação de uma solução de Gestão de Risco, que sirva toda a ULSAM	SA				



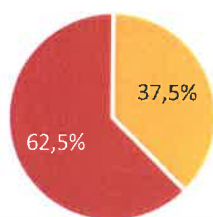
Matriz risco	
Baixo risco (1-2)	
Médio risco (3-4)	
Alto Risco (6-9)	

PPRG - Gabinete Jurídico						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação risco			Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Responsáveis
		P	I	C		
Registo e arquivo de processos judiciais no Gabinete Jurídico	Falta de registo ou duplicação de registo de processos.	1	2	2	Controlo através da dupla verificação.	Assistentes Técnicos
Cobranças de faturas via extra-judicial	Prazo de prescrição.	1	2	2	Controlo do prazo cronológico.	Assistentes Técnicos
Gestão de registo de ofícios	Perda/duplicação de informação.	1	2	2	Controlo da organização em pasta digital e física.	Assistentes Técnicos
Conflito de Interesses	Relacionamento em processos em que possa ter alguma participação ou de operadores económicos relativamente aos quais possa existir um conflito de interesses.	1	2	2	Controlo da apresentação para efeitos de impedimento ou escusa de participação no procedimento, com necessidade de ser subscrita uma declaração de inexistência de conflitos de interesses relativamente a cada processo	Assistentes Técnicos e Superiores



■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

PPRG - Planeamento e Controlo de Gestão						
Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis	
	P	I	C	Medidas Preventivas		
Incumprimento do Contrato Programa	2	3	6	Monitorização do Contrato Programa	PCG	
				Planos de atividade	PCG	
				Contratualização interna com departamentos alinhada com contrato programa	PCG	
				Monitorização da Contratualização interna	PCG	
Deficiente registo da produção realizada	1	3	3	Verificação da qualidade dos registos	ULGA, PCG	
				Formação periodica aos funcionários	ULGA, PCG	
				Procedimentos de controlo interno	ULGA, PCG	
				Monitorização da produção realizada	ULGA, PCG	
Produção realizada sem justificação/autorização	1	3	3	Monitorização da produção realizada	PCG	
				Plano de atividades	PCG	
				Guide Lines	PCG	
				Contratualização interna	PCG	
Incumprimento TMRG	2	3	6	Monitorização das listas de espera	ULGA, PCG, CE	
Deficiente utilização da capacidade instalada	2	3	6	Monitorização da produção realizada	PCG	
				Produção externalizada precedida de justificação e autorização	PCG	
Desconformidades e/ou erros na elaboração e/ou reporte de informação	1	3	3	Informação revista e reportada dentro do prazo estabelecido, em conformidade com as normas em vigor (Relatorios Trimestrais; Relatorio e Contas; SICA)	PCG, SGF, RH	
Registo dos programas de saúde / risco de erros de faturação	3	3	6	Acompanhamento dos programas de saúde e verificação do correto registo dos mesmos, de modo a diminuir o risco de erros de faturação e consequentemente a perda de receita para a instituição.	PCG	
Risco de perda de rendimentos (receita) subjacentes à não faturação/erros de registo da atividade assistencial, fundamentalmente no Serviço de Urgência, Hospital de Dia e Consulta Externa	3	3	6	O PCG deverá ter a responsabilidade de monitorizar os procedimentos adotados e propor medidas corretivas para a constante melhoria dos procedimentos dos registos da atividade nos Serviços de Urgência, Hospital de Dia e Consulta Externa de modo a mitigar os erros de faturação do Contrato Programa.	PCG	
Grau implementação						



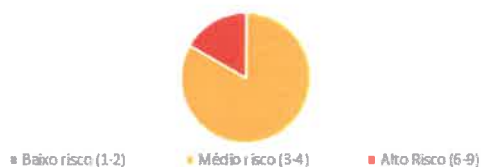
- Baixo risco (1-2)
- Médio risco (3-4)
- Alto Risco (6-9)

Matriz risco

C		E	
Baixo risco		(1-2)	
Médio risco		(3-4)	
Alto Risco		(6-9)	

PPRG - Gabinete da Qualidade						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Dinamizar atividades e programas de melhoria contínua da qualidade: SINAS; Segurança do Doente; Certificação/Acreditação da Qualidade e Segurança da Informação (ISO 17025; ISO 27001; ISO 13485; ISO 9001; ACSA)	Deficiente implementação por Recursos insuficientes	2	2	4	Monitorização trimestral; Auditorias Internas Anuais Revisão pela Gestão Anual	GQ
Manter o Qualitus atualizado (gestão documental associada à qualidade); de forma a assegurar a integridade, confidencialidade e disponibilidade da Informação)	Perda de informação e/ou indisponibilidade da informação com impacto na atividade assistencial	1	3	3	Contrato de manutenção com INPUT Cópias de Segurança Monitorização Mensal	GQ
Gerir e executar um Programa Anual de Auditorias (PAA) Internas e Externas da Qualidade	Incumprimento do PAA por inadequação de recursos, falta de independência, conflito de interesses, falta de competência técnica, resistência à auditoria	3	2	6	Monitorização trimestral; Revisão pela Gestão Anual Manter Bolsa de Auditores Internos	GQ
	Conflito de Interesses associado à realização de auditorias; Equipas Auditoras (EA) Independentes das atividades auditadas	2	2	4	Manter EA que assegurem a imparcialidade Obter declaração de compromisso de: Confidencialidade Obter declaração de compromisso de: Inexistência de conflitos de interesses	GQ
Assegurar o tratamento das não conformidades (NC) e as subsequentes: Correções, Ações Corretivas, Ações Preventivas	Tratamento das NC inadequada e/ou fora de tempo por insuficiência de recursos	2	2	4	Monitorização trimestral; Revisão pela Gestão Anual Reforçar Equipa do GQ	GQ
Avaliar regularmente o grau de satisfação dos utentes	Ineficiência do Processo (Consumo excessivo de recursos)	2	2	4	Desmaterialização de inquéritos Automatização da análise dos questionários	GQ

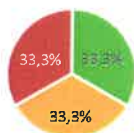
6



Matriz risco

Baixo risco (1-2)	0%
Médio risco (3-4)	83%
Alto Risco (5-9)	17%

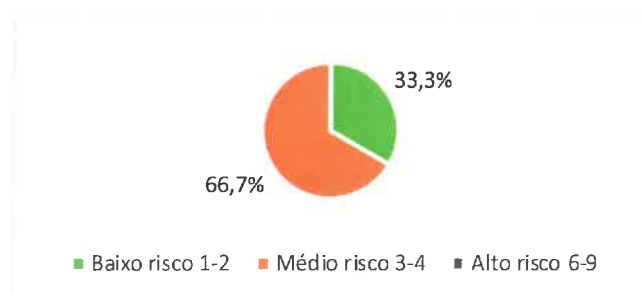
PPRG - Gabinete de Comunicação						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão de eventos	Planeamento inadequado	2	2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC
	Sobreposição de agendamento de eventos	2	2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC
	Realização de ações/eventos sem autorização prévia	2	3	6	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC
Assessoria de Imprensa	Prestação de informação inadequada	2	3	6	Divulgar circular normativa e sensibilizar para o seu cumprimento	Diretora do GC
	Reputação ou perda credibilidade	2	3	6	Divulgar circular normativa e sensibilizar para o seu cumprimento	Diretora do GC
Divulgação informação institucional	Atualização intempestiva de informação no site da ULSAM	1	2	2	Elaboração de cronograma	Diretora do GC
	Incumprimento das disposições legais relativamente à informação a disponibilizar no site	2	2	4	Divulgar circular normativa e sensibilizar profissionais para o seu cumprimento	Diretora do GC
	Divulgação de informação por meios não autorizados	1	2	2	Propor formação sobre ética e deontologia profissional	Diretora do GC
	Uso não autorizado de imagem/video captadas na instituição	1	2	2	Solicitar ao SIE a necessidade de colocação de sinalética a informar os utentes sobre as restrições na captação de imagens dentro da instituição	Diretora do GC



■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

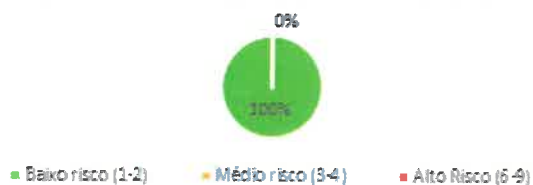


PPRG - PPR - Direção do Internato Médico						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Conflito de interesses	Incumprimento do regulamento do internato médico, face á permeabilidade ás propostas de revisão do cronograma , podendo haver influência das relações pessoais com os orientadores de formação ou os internos.	1	2	2	Formalizar por escrito todas as alterações ao cronograma do internato médico.	Director internato médico
	Favorecimento na orientação e acompanhamento dos médicos internos	1	3	3	Cumprir o regulamento do internato médico, sem se deixar influenciar por terceiros	Director internato médico
	Favorecimento na avaliação dos médicos internos	1	3	3	Cumprir o regulamento do internato médico, sem se deixar influenciar por terceiros	Director internato médico



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Encarregado de Proteção de Dados (DPO)						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Responsáveis
		P	I	C		
Informação e aconselhamento Controle da conformidade dos tratamentos de dados pessoais com a legislação aplicável	Tratamento de dados pessoais em desconformidade com a legislação sobre Proteção de Dados Pessoais	1	1	1	Formação sobre Direito da Proteção de Dados Pessoais	EPD
					Verificação de propostas de procedimentos de tratamento de dados pessoais	EPD
	Violação de dados pessoais	1	1	1	Realização de auditorias	EPD
Grau implementação						



Matriz risco	
Baixo risco (1-2)	100%
Médio risco (3-4)	0%
Alto Risco (6-9)	0%

PPRG - RAI						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão dos pedidos de acesso à informação	Não aferir legitimidade pedido	1	2	2	Auditoria	RAI
	Não cumprir prioridade pedido	2	1	2	Auditoria	RAI
	Rececionar contrapartidas	1	3	3	Auditoria	RAI
	Permitir acesso indevido informação	1	2	2	Auditoria	RAI
	Emitir informação sem cumprimento das normas legais	1	2	2	Auditoria	RAI



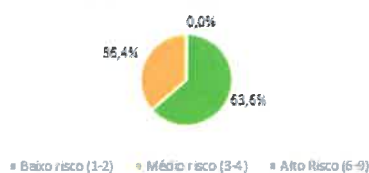
PPRG - Comissão de Ética						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos sobre questões éticas relacionadas com a atividade da ULSAM	Atraso na emissão de pareceres	1	2	2	Regularidade reuniões e emissão de pareceres conforme o regulamento	Presidente Comissão Ética
	Atraso na elaboração de recomendações e outros documentos	1	2	2	Regularidade das reuniões para decisão colegial	Presidente Comissão Ética
	Conflito de interesses	3	3	9	Distribuição atenta dos pedidos de parecer pelos relatores	Presidente Comissão Ética



■ Baixo risco 1-2 ■ Médio risco 3-4 ■ Alto risco 6-9

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

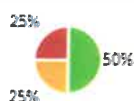
PPRG - UL-PPCIRA					
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Responsáveis
		P	I	C	
Promover e supervisionar as práticas locais de prevenção e controle de infecção e de uso de antimicrobianos	Falta de recurso humanos para a monitorização Falha no funcionamento do programa de vigilância (HEPIC). Falha na documentação de práticas em sistema informático.	2	2	4	DS
Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infecção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos, nomeadamente implementação de auditorias clínicas internas	Falha dos recurso humanos na monitorização Falha na implementação dos programas de vigilância epidemiológica e respetivas auditorias.	1	2	2	DS
Garantir o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão	Não cumprimento parcial ou total das PBCI e PBVT	1	3	3	DS
Promover práticas locais de isolamento para contenção de agentes multiresistentes e/ou epidemiologicamente significativos, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco, garantindo o fluxo de informação entre serviços e instituições e planeando políticas de definição de fluxos e coortes	Falha estrutural. Falta de recursos materiais. Má utilização dos recursos materiais. Falha da comunicação entre UL-PPCIRA e responsáveis do Departamento/Serviço/Unidade.	1	2	2	DS
Garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas	Falha da comunicação com as unidades	1	2	2	DS
Garantir o cumprimento das normas e orientações nacionais do PPCIRA e da DGS e colaborar com a UL-PPCIRA e com a direção nacional do PPCIRA nas atividades do Programa	Inobservância de normas legais e regulamentares aplicáveis ao setor de atividade	2	2	4	DS
Colaborar no processo de notificação das doenças de declaração obrigatória	Falha informática	1	1	1	DS
Promover a investigação de possíveis surtos, nomeadamente pela realização de inquéritos epidemiológicos e colaborar na realização de auditorias	Falta de recurso humanos. Falha no funcionamento do programa de vigilância (HEPIC)	1	3	3	DS
Promover aquisição de conhecimento nesta área, através de investigação e intervenções de melhoria de qualidade	Falta de horário dedicado. Falta de recursos humanos. Falta de patrocínios financeiros para formação.	1	2	2	DS
Ter como interlocutores privilegiados o diretor de serviço e o enfermeiro-chefe de cada serviço clínico, contratualizando com cada serviço objetivos e metas, podendo as ações de ordem prática ser dinamizadas por um médico e um enfermeiro de cada serviço, que funcionem como elos no processo	Falha da comunicação entre UL-PPCIRA e responsáveis do Departamento/Serviço/Unidade	1	2	2	DS
Integrar as suas atividades no plano e relatório anual de atividades da UL-PPCIRA e da direção nacional do PPCIRA	Falha da comunicação interna	1	1	1	DS



Elaborado por: Alexandra Caeiro e António Amorim

PPRG - Comissão de Emergência e Catástrofe						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao risco Medidas Preventivas	Responsáveis
		P	I	C		
Gestão	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento da atividade Comissão e Catástrofe	1	2	2	Sensibilização para o Cumprimento do Código de Ética da ULSAM e da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte	Coordenação da Comissão de Emergência e Catástrofe
Gestão	Existência de conflito na acumulação de atividades assistenciais com prejuízo para a organização dos Planos de Catástrofe, e/ou planos de prevenção e antecipação de momentos críticos no Distrito	1	2	2	Sensibilização para o Cumprimento do Código de Ética da ULSAM e da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte	Coordenação da Comissão de Emergência e Catástrofe
Gestão	Risco de organização/deliberação/produção desajustada por informação técnica inadequada e/ou desatualizada	2	2	4	Promoção e facilitação de actividades formativas e de actualização técnica/científica para os elementos da Comissão.	Coordenação da Comissão de Emergência e Catástrofe
Gestão	Baixa produtividade e atraso na publicação de normas e planos.	2	3	6	Confirmação da disponibilização de tempo dedicado à Comissão, para promover elaboração atempada e conjunta de documentação oficial.	Coordenação da Comissão de Emergência e Catástrofe e associadamente Direção de Serviço dos respetivos elementos

Grau implementação

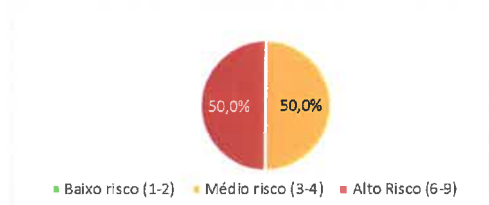


■ Baixo risco (1-2) ■ Médio risco (3-4) ■ Alto Risco (5-9)

Matriz risco

Baixo risco (1-2)	50%
Médio risco (3-4)	25%
Alto Risco (5-9)	25%

Matriz de Risco: Comissão de Farmácia e Terapêutica							
Atividades (<u>Missão- Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março</u>)	Descrição do risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	Estado de implementação	
Tomada de decisão e sua eficácia operacional	Risco associado às decisões da CFT, atendendo à necessidade de consulta contínua de várias fontes científicas, normativas, legais e orientações.	2	2	4	Preparação antecipada dos processos	100%	CFT
Proteção de bens e informação	Risco de extravio das requisições em papel (modelo próprio) à CFT, uma vez que todo o circuito envolvido (médico, direção de serviço, CFT, DCH, CA) é efetuado em suporte de papel.	2	3	6	Submissão dos pedidos à CFT através da aplicação Gooportal (plataforma digital)	10%	CFT



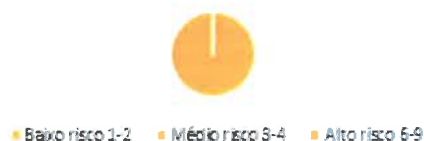
PPRG - CLIC						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Governança da CLIC (Liderança; Instrumentos de Gestão e Resultados)	Falhas na obtenção de evidência da atividade da CLIC (ATAS, Relatórios de Atividade, Mapa de Monitorização de Indicadores, Planos de Ação)	2	2	4	Reforçar a necessidade de pedido de RH dedicado a 100% à CLIC, com formação Superior	Coordenador CLIC
	Projetos COMPETE2020 - Falhas na avaliação de Maturidade Digital	2	2	4	Realização de Monitorização Trimestral de Indicadores de Realização	Coordenador CLIC
	Desalinhamento Estratégico entre a Gestão Intermédia e as iniciativas da CLIC	2	2	4	Alocação de Perfil de Gestor de Projeto por Departamento / Serviço	Coordenador CLIC
	Falta de Envolvimento dos Profissionais nos Projetos Transversais HIMSS e CCMM	2	2	4	Realização de Workshops mensais	Coordenador CLIC
	Falha na comunicação interna e externa dos resultados	2	2	4	Envolvimento da Gestão de TOPO; Plano de Comunicação	Coordenador CLIC
	Défi ce de competências em certificações em Gestao de Projetos e HIMSS EMRAM	2	2	4	Solicitar formação específica para a Equipa da CLIC e equipa HIMSS (integrada no Plano interno de Formação)	Coordenador CLIC



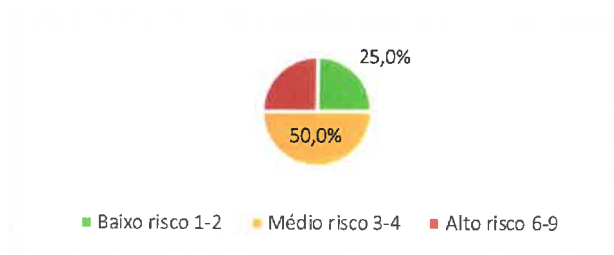
■ Baixo risco 1-2
 ■ Médio risco 3-4
 ■ Alto risco 6-9



PPRG - Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Melhorar a divulgação da informação às utentes sobre como aceder ao procedimento de IVG na ULSAM, EPE	Não realização da IVG ao abrigo da alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, devido à insuficiente informação às utentes	2	2	4	Divulgar no Portal da ULSAM, EPE, a informação sobre o acesso à IVG na ULSAM, EPE	Diretora do Serviço de Ginecologia/Obstetria;
Garantir que entre o pedido de marcação e a efetivação da consulta não deve decorrer um período superior a 5 dias	Ultrapassar os prazos legais previstos no n.º2 do artigo 16.º da Portaria n.º741-A/2007 de 21 de junho	1	3	3	Adequar os agendamentos das consultas de IVG sempre que necessário	Diretora do Serviço de Ginecologia/Obstetria;
Interrupção médica de gravidez por alterações genéticas fetais	Ultrapassar os prazos legais previstos no artigo 142 do CP	1	3	3	Pedidos diferidos. Necessários adequar os prazos aos timings de diagnóstico	Diretora do Serviço de Ginecologia/Obstetria;
Interrupção médica de gravidez por malformações fetais de diagnóstico tardio (exemplo SNC)	Diagnóstico só possível depois das 24 semanas	1	3	3	Pedidos diferidos. Necessários adequar os prazos aos timings de diagnóstico	Diretora do Serviço de Ginecologia/Obstetria;



PPRG - Equipa de Emergência Médica Interna.						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Produção e Gestão	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento da atividade EEMI	1	2	3	Sensibilização para o Cumprimento do Código de Ética da ULSAM e do CDE	Coordenador / Enfermeiro Gestor
Produção e Gestão	Utilização dos dados dos sistemas de informação para fins pessoais e privados	2	2	4	Sensibilização para o Cumprimento do Código de Ética da ULSAM e do CDE	Coordenador / Enfermeiro Gestor
Recursos Humanos	Existência de conflito na acumulação de atividades assistenciais com prejuízo para a atividade EEMI	2	3	6	Subscrição de declaração que valide que a acumulação de funções não colide com o exercício EEMI	SGRH
Recursos Humanos	Risco de produção desajustada por informação técnica inadequada e/ou desatualizada	1	3	3	Adequação das necessidades formativas ao desenvolvimento da função; Atualização regular de conhecimentos.	Coordenador / Enfermeiro Gestor



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Grupo Operativo Institucional (Prev. Violência)						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Articular com Conselho de Administração, com os departamentos, unidades e serviços existentes e com a Comunidade	Imagem e reputação da entidade	1	2	2	Dinamização de um evento público em parceria com diferentes parceiros da comunidade, no âmbito da Prevenção da Violência e Assédio no Setor da Saúde	Todos os elementos do GOI
					Articulação com gabinete de comunicação para assegurar a divulgação do portal da ULSAM, EPE a informação prioritária/relevante no âmbito da prevenção da Violência e Assédio e ações desenvolvidas pelo GOI	
Monitorizar e analisar a violência de modo integrado no âmbito institucional;	Ausência de integração de dados entre aplicações	2	2	4	Sistematização e análise dos dados entre diferentes meios de notificação de ocorrências de violência em todas as reuniões do GOI	Todos os elementos do GOI
	Metodologia de gestão de risco de violência e assédio desatualizada	2	2	4	Definir metodologia e respetivos procedimentos no âmbito da Gestão da Violência e Assédio	Todos os elementos do GOI
Identificar situações com elevado risco de violência a partir da informação disponível (ocorrências, registos, contactos, observações)	Acesso indevido a informação confidencial	1	3	3	Articulação com Serviço de Gestão de Sistemas de Informação e Comunicações para assegurar a restrição do acesso a informação confidencial aos responsáveis de cada meio de notificação	Todos os elementos do GOI
	Não identificação das situações de elevado risco de violência atempadamente	1	3	3	Definir procedimento de atuação e comunicação atempada com o Conselho de Administração de Situações com elevado Risco de Violência	

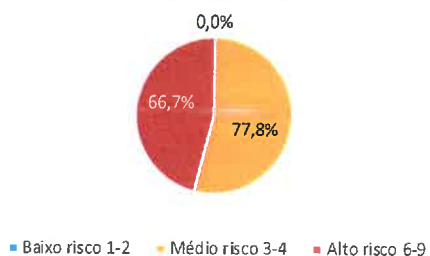


- Baixo risco (1-2)
- Médio risco (3-4)
- Alto Risco (6-9)

Matriz risco

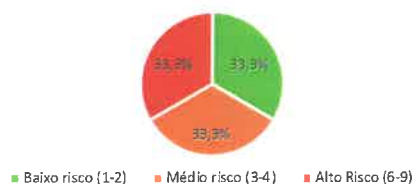
Baixo risco	(1-2)
Médio risco	(3-4)
Alto Risco	(6-9)

PPR - ULGA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Acesso	Deficiente registo da produção realizada	2	3	6	Verificação da qualidade dos registos	ULGA, PCG
					Formação periodica aos funcionários	ULGA, PCG
					Procedimentos de controlo interno	ULGA, PCG
					Monitorização da produção realizada	ULGA, PCG
	Incumprimento TMRG	2	3	6	Monitorização das listas de espera	ULGA, PCG
	Falta informação e acompanhamento a utentes	1	3	3	Monitorização e articulação com gabinete do cidadão	ULGA
	Incumprimento nos processos de transferência das listas de espera	1	3	3	Monitorização dos casos em lista de espera sujeitos a transferência	ULGA
	Cancelamento de agendamento de cirurgias " por indicação médica " sem motivo clínico registado	2	2	4	Propor realização de avaliações na área de agendamento de cirurgia	ULGA
	Conflito de interesses (devendo ser totalmente evitado que estes exames sejam realizados no exterior por Médicos com vínculo à ULSAM)	1	3	3	Propor realização de ações de formação (Prevenção)	ULGA
		1	3	3	Propor no caderno de encargos medidas de salvaguarda	ULGA
	Recurso a entidades externas prestadoas de MCDT	1	3	3	Propor ao serviço monitorização e avaliação periodica da utilização plena da capacidade interna	ULGA
		1	3	3	Propor ao Serviço responsável a realização de procedimentos que identifiquem previamente pessoal médico/técnico responsável pela execução no exterior	ULGA



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Equipa de cuidados Paliativos.						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C		
Equipa Intra-Hospitalar - atividade clínica de apoio internamento	Conflito com outras equipas/serviços na definição objetivo cuidados e seguimento do doente	3	3	4	Ações Formação Cuidados Paliativos	José Miguel Lopes
					Reuniões clínicas com outros profissionais de outros serviços	
					Voltar a propor criação de Unidade de Internamento ao CA	
Fuga de informação, quebra de confidencialidade	Fuga de informação, violação segredo e/ou dados pessoais, quebra confidencialidade ou utilização indevida de informação	3	2	4	Deveres de diligência e sigilo e responsabilidade civil, criminal e disciplinar	José Miguel Lopes
Equipa Comunitária Suporte Cuidados Paliativos - atividade clínica de apoio domiciliário	Falta de articulação com outras equipas/serviços	1	1	1	Ações de formação sobre cuidados paliativos	José Miguel Lopes
					Reuniões clínicas periódicas com outros profissionais	
Organização Serviço Integrado Cuidados Paliativos	Risco de incumprimento do que está definido no regulamento	1	1	1	Cumprimento do que está definido Regulamento Interno	José Miguel Lopes
Formação / sensibilização Cuidados Paliativos	Carência Recursos Humanos	3	3	9	Solicitar reforço Recursos Humanos de acordo com as necessidades identificadas	José Miguel Lopes
Prevenção e controlo de infeção	Falta de assistente operacional com tempo dedicado aos Cuidados Paliativos para higienização regular espaços e viaturas	3	3	9	Solicitar a integração de assistente operacional para apoio ao serviço	José Miguel Lopes



PPR 2021

