



*Almo
diniz
22-11-27*

Franklim Ramos
*Presidente do
Conselho de Administração*

Relatório Intercalar de Acompanhamento da Execução das Medidas do Plano de Prevenção de Riscos

Novembro / 2023

Acrónimos e Siglas.....	3
1 Introdução.....	4
2 Caraterização da ULSAM.....	5
2.1 ESTRUTURA Orgânica.....	7
2.1.1 Conselho de Administração.....	7
2.1.2 Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas.....	8
2.1.3 Serviço de Auditoria Interna.....	9
2.1.4 Órgãos de Apoio Técnico.....	10
2.1.5 Órgãos de Suporte ao Conselho de Administração	11
2.1.6 Órgãos de Prestação de Cuidados.....	11
2.1.7 Órgãos de Suporte à Prestação de Cuidados	12
2.1.8 Órgãos de Gestão e Logística	13
3 Avaliação do Controlo Interno e do Sistema Interno de Comunicação de Irregularidades.....	13
4 Atividades desenvolvidas no acompanhamento da execução do plano	15
5 Avaliação das medidas de prevenção de risco	17
6 Conclusões	18
Aprovação e Publicitação	19
Referências Bibliográficas	19

Acrónimos e Siglas

AP	Serviço de Aprovisionamento
AT	Assistentes Técnicos
CA	Conselho de Administração
CLIC	Comissão Local de Informatização Clínica
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRP	Constituição da República Portuguesa
DAG	Departamento Autónomo de Gestão
DAG MC	Departamento Autónomo de Gestão de Medicina Crítica
DC	Departamento Cirurgia
DCE	Departamento de Consulta Externa
DD	Direções Departamento
DMC	Departamento de Medicina Crítica
DS	Diretores Serviço/Departamento
EPE	Entidade Pública Empresarial
GC	Gabinete de Comunicação
GI	Gestão do Imobilizado
GJ	Gabinete Jurídico
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
Mcdt	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PCG	Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão
PPR	Plano de Prevenção do Risco de Gestão, incluindo riscos de corrupção e infrações conexas
RAI	Responsável pelo Acesso à Informação
RGPD	Regime Geral de Proteção de Dados
RH	Serviço de Recursos Humanos
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 e Comunicação
SHAG	Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SIGLIC	Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SN	Serviço de Nutrição
SS	Serviço Social
SHST	Serviço de Saúde Ocupacional
UGA	Unidade de Gestão do Acesso
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

1 Introdução

Em 2023, foi aprovada, pelo Conselho de Administração, a segunda revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), EPE.

Este documento identifica, através de matrizes elaboradas pelas diferentes unidades orgânicas da ULSAM, os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e de infrações conexas e as medidas para prevenir a sua ocorrência.

Para a elaboração deste relatório, foi realizada a monitorização do Plano, com o objetivo de analisar e avaliar em que medida o previsto está a ser implementado e aferir da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados.

Este relatório dá cumprimento ao determinado pelo Mecanismo Nacional Anticorrupção, abreviadamente designada por MENAC, no seu GUIA N.º 1/2023 – setembro, especificamente no ponto 3.2 – *Acompanhamento da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – considerações metodológicas e de cuidado na elaboração dos relatórios de avaliação.*

Este guia determina que os *“planos de prevenção de riscos(PPR) têm de ser objeto de avaliações periódicas sobre a sua execução e eficácia, designadamente nos meses de abril, relativamente a todos os riscos, e de outubro, relativamente aos riscos de nível elevado ou máximo, ou seja, daqueles que na matriz de avaliação de risco correspondem às duas nuances da cor vermelha”*.

O presente relatório pretende responder à referida determinação do MENAC, tendo sido estruturado a partir da apresentação e caracterização da ULSAM, seguido da metodologia do Controlo Interno e do Sistema Interno de Comunicação de Irregularidades. Numa outra parte abordamos as atividades desenvolvidas no acompanhamento da execução do plano, passando em seguida, para a avaliação das medidas de prevenção de risco. Terminamos com as inerentes conclusões e elencamos os anexos que suportam as mesmas.

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 2 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 7 USF Modelo B, 10 USF Modelo A, 7 UCSP, 12 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e 1 Unidade de Saúde Pública. Dispõe ainda de 2 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, revogado pelo Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro.

Em conformidade com o artigo 2º do Regulamento Interno, homologado em 22/07/2022, pela Sua Excelência a Ministra da Saúde, a missão da ULSAM assume um carácter compreensivo que visa a identificação das necessidades de saúde da população e a 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.

A visão da ULSAM, como organização otimizada e centrada na gestão integrada da saúde dos cidadãos do distrito de Viana do Castelo, é elevar-se a modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

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

- a) Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
- b) Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
- c) Cultura da excelência técnica e do cuidar;
- d) Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

A ULSAM, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente:

- a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- b) Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde;

- c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

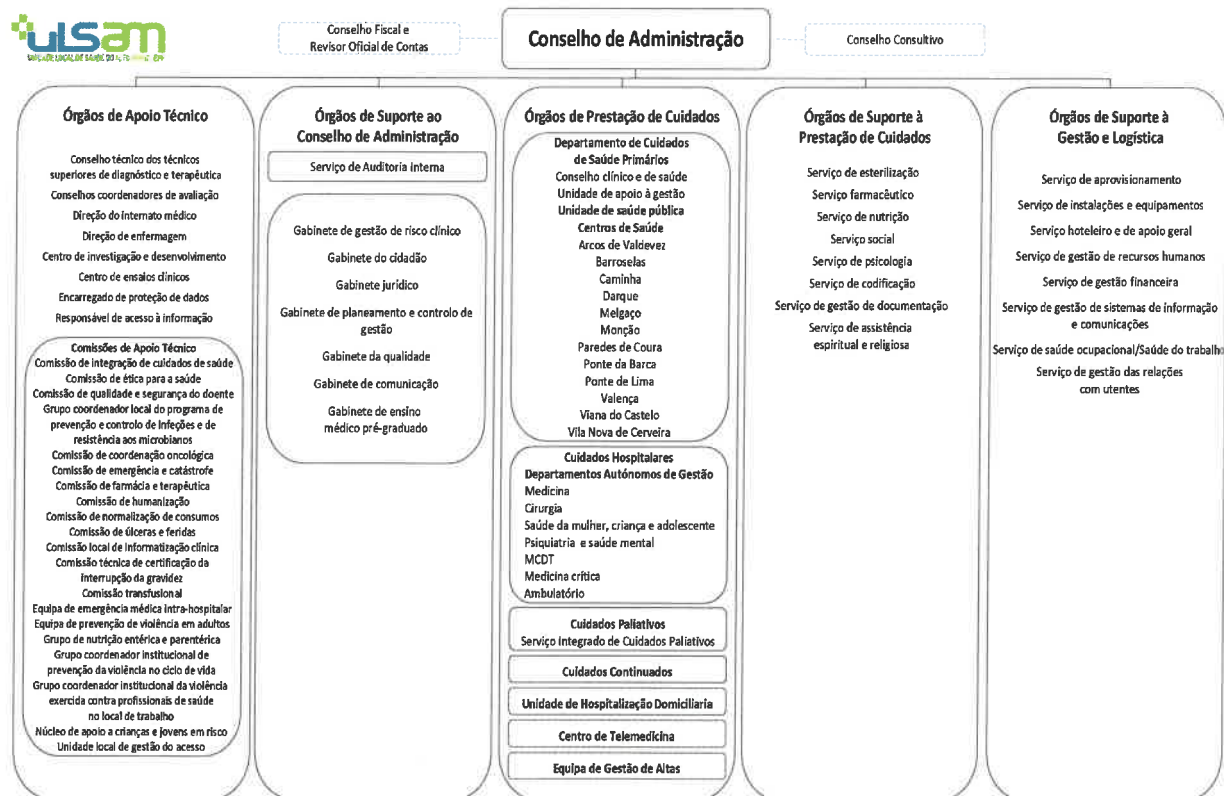
A ULSAM, também tem por objeto:

- a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida;
- b) Desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa.

As atribuições são fixadas de acordo com a política nacional de saúde e com os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

A ULSAM assegura a prestação de cuidados de saúde e as demais atividades complementares através de meios próprios ou de terceiras entidades, estabelecendo, para o efeito e no quadro legal em vigor, os contratos que melhor correspondam à concretização do seu objeto social.

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



2.1.1 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)
- Dr.ª Maria Manuela Mota Duarte (Vogal do Conselho Administração)

2.1.2 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) Verificar 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.

Salientamos que no ano em curso realizamos uma auditoria às Tecnologias de Informação e Comunicação.

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.

2.1.3 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 de monitorização periódica e 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.

O auditor interno exerce as respetivas funções a tempo inteiro, tendo em junho do ano em curso, integrado mais um elemento, 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 Mecanismo Nacional anticorrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

O serviço de auditoria interna depende, em termos orgânicos, do 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.

2.1.4 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 caráter 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:	
Conselhos Coordenadores de Avaliação	Dr. Franklim Ramos
Direção do Internato Médico	Dr. Nelson Rodrigues; Dra.
Centro de Ensaio Clínicos	Doutora Cristina Roque
Encarregado de Proteção 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 controlo	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 gravidez	Dra. Paula Pinheiro
Equipa de emergência médica intra-hospitalar	Dr. Rogério Corga
Grupo de nutrição entérica e parentérica	Dra. Graça Ferro
Unidade local de Gestão do Acesso	Dr. Alfredo Pinto

2.1.5 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:	
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

2.1.6 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 departamento 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:	
Departamento Cuidados Saúde Primários	Dra. Ana Rego; Enfª Fernanda Meira
	Dra. Carmélia Rodrigues; Dr. Hugo Antas; Enfª Paula Araújo
Departamento Medicina	

Departamento Cirurgia	Dr. Alberto Midões; Dra. Lucia Marinho; Enfª Cristina Sales
Departamento Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente	Dra. Paula Pinheiro; Dra. Lucia Marinho; Enfª Beatriz Correia
Departamento Psiquiatria e Saúde Mental	Dra. Luisa Quintela; Enfª Dulce Pinto
Departamento Mcdt's	Dr. Miguel Jorreto; Engº Tiago Rodrigues; Dra. Rosário Castel-Branco
Departamento Medicina Critica	Dr. José Caldeiro; Dra. Joana Valente; Enfª Cipriano Costa
Departamento Ambulatório (Consulta Externa)	Dra. Cristina Sousa; Dr. Henrique Viana; Enfª Ana Sá
Cuidados Paliativos	Dr. José Miguel Lopes
Cuidados Continuados	Dra. Helena Terleira
Unidade de Hospitalização Domiciliária	Dra. Dianá Guerra
Centro de Telemedicina	Enfª João Silva
EGA	Enfª Conceição Fernandes

2.1.7 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:

Serviço Esterilização	Enfª 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	Dr. Hugo Antas

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:

Serviço de Aprovisionamento	Dra. Joana Ramalhosa
Serviço de Instalações e Equipamento	Engº 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	Dra. Conceição Barbosa
Serviço de Gestão das relações com utentes	Dra. Ana Isabel Cristino

3 Avaliação do Controlo Interno e do Sistema Interno de Comunicação de Irregularidades

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* da internet quer na intranet da Instituição;
 - Os Relatórios & Contas e outros documentos/informações de interesse relevante são igualmente disponibilizados na internet / intranet;
 - A ULSAM possui uma Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade que é do conhecimento de todos os colaboradores;
 - Enquadrada na Estratégia de Desenvolvimento e Melhoria da Qualidade, a ULSAM possui ainda uma Estratégia de Gestão de Risco, com objetivos estratégicos bem 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 áreas 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;

Desenvolveu a Gestão do Risco, para facilitar a implementação das estratégias no domínio da gestão do risco, bem como da articulação entre os diferentes níveis de intervenção;

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.
- 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 à 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 MENAC, 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 e de um canal de denúncias, descritos em regulamentos próprios que estabelecem os sistemas, as regras e os procedimentos internos para a comunicação, a receção, o registo e o tratamento das comunicações de irregularidades e das denúncias recebidas, designadamente quanto à forma e canais de comunicação.

4 Atividades desenvolvidas no acompanhamento da execução do plano

De acordo com as recentes (setembro 2023) notas explicativas sobre cuidados metodológicos do Mecanismo Nacional Anticorrupção, a tarefa da coordenação da implementação das medidas preventivas de resposta ao risco, deve incluir explicações sobre os contributos que se esperam de cada dirigente, para produzir informação sobre a eficácia das medidas no âmbito do acompanhamento da sua execução.

Neste contexto, e ainda no modelo de pensamento do MENAC o levantamento de riscos decorreu do exercício crítico de procurar responder a questões tais como:

Que benefícios poderiam ser colhidos no exercício de uma determinada função institucional se fosse realizada por alguém:

- *Com um menor índice de integridade?*
- *Pouco escrupuloso, sem respeito pela componente dos conflitos de interesses?*
- *Para quem os interesses próprios ou de terceiros, familiares ou amigos ou outros, são muito mais importantes do que os pressupostos de ética de integridade associados à entidade ou organização onde exerce funções e, por via deles, à sua própria função?*

Este tipo de questões coloca-se de forma legítima relativamente a cada tarefa funcional, independentemente da responsabilidade funcional e da posição hierárquica que esteja em causa. E as respostas que realisticamente se encontram correspondem em grande parte aos riscos de corrupção e infrações conexas que se identificam.

Assim, as atividades realizadas no decorrer do ano de 2023, pelo serviço de Auditoria Interna da ULSAM no acompanhamento da Implementação das medidas espelhadas no Plano de prevenção de riscos, foram as seguintes:

- Atualização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, com o intuito de refletir fatores de risco identificados desde a última atualização do documento bem como as recomendações do MENAC entretanto aprovadas;
- Reunião com os responsáveis setoriais para análise dos riscos anteriormente identificados, bem como identificar novos riscos e medidas de prevenção da sua ocorrência;
- Foram feitas reuniões e apresentações, do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, pela diretora do serviço de Auditoria Interna aos responsáveis das diferentes unidades orgânicas da Instituição; bem como nas ações de acolhimento e integração aos novos colaboradores;
- Encontra-se programada a realização de várias ações de sensibilização/formação, dirigida a todos os profissionais em formato e-learning.
- Para a avaliação da execução das medidas de prevenção de risco e respetiva consecução do retorno da informação sobre a eficácia das medidas, foram feitas comunicações por e-mail e “debriefings” com os Diretores/ Gestores/ das unidades orgânicas, especificamente e de acordo com esta nova orientação, aqueles com os riscos de maior gravidade (Classificação 6-9), no sentido de nos fornecer elementos relativos ao grau de execução das medidas, bem como, à sua eficácia na prevenção dos riscos. Tendo em vista o PPR para 2023 e a elaboração do relatório de acompanhamento e controlo da execução legalmente prevista “outubro de cada ano” relativamente aos riscos de nível elevado ou máximo, ou seja, daqueles que na matriz de avaliação de risco correspondem às nuances da cor vermelha.

5 Avaliação das medidas de prevenção de risco

O principal objetivo do acompanhamento e controlo do Plano de Prevenção de Riscos é fortalecer uma cultura de responsabilização das direções das diferentes unidades orgânicas, no desenvolvimento de mecanismos de controlo que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar a ULSAM de capacidade, por um lado, para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco, e por outro lado, de dar resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

Os responsáveis setoriais, por unidade orgânica executaram a monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas e enviaram os resultados para o serviço de Auditoria Interna. Com base nas respostas recebidas, o serviço de Auditoria Interna procedeu à análise dos mesmos e à elaboração do presente relatório de execução do Plano.

Face á orientação 3.2 do MENAC contactamos especificamente **os responsáveis das unidades orgânicas infra, cujos planos espelhavam riscos de alta classificação:**

Controlo Geral; Conselho de Administração; Departamento de consulta Externa/ Ambulatório; Departamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; Departamento de Cirurgia; Departamento de Psiquiatria; Departamento da Mulher e criança; Departamento de Medicina Crítica; Departamento de Medicina; Central de telemedicina; Serviço de Esterilização; Serviço de Nutrição; Serviço de Psicologia; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço Hoteleiro e de apoio Geral; Serviço de gestão Financeira; Serviço de Gestão de Sistemas de Informação; Serviço de Higiene e Saúde no Trabalho; Serviço de Gestão das Relações com Utentes; Serviço de Auditoria; Planeamento e Controlo de Gestão; Gabinete da Qualidade; Gabinete de Comunicação; Comissão de Ética; Comissão de Emergência e Catástrofe; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Equipa de Emergência Médica Interna e a Unidade Local de Gestão do Acesso.

De seguida apresenta-se o resultado da análise realizada:

1. De um modo geral todas as unidades orgânicas reportaram alguma **incapacidade na implementação de algumas medidas**, sendo a **taxa de implementação de setenta e três por cento**, que consideramos estar diretamente relacionada com o curto horizonte temporal de franca proximidade com a elaboração do plano, (setembro/ outubro de 2023) e a quase imediata monitorização da implementação das mesmas, para a elaboração do presente relatório.
2. Foram acrescentadas algumas medidas preventivas, tais como:
 - a) Sensibilizar para o rigoroso cumprimento de todos os critérios definidos na circular emitida pela SPMS/ ACSS da facturação;

- b) Acompanhar e monitorizar sistematicamente a faturação, pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e pelo Serviço de Gestão Financeira;
 - c) Auscultar as equipas para eventual alargamento de horários.
3. Verifica-se que se mantiveram os riscos na maioria das unidades orgânicas, contudo alguns responsáveis, procederam a uma revisão da classificação do nível de risco, tendo o mesmo baixado dada a sua escassa probabilidade de ocorrência.
4. Existem unidades orgânicas com uma implementação superior a 85% das medidas de resposta ao risco.

Assim, foram identificadas sessenta e quatro situações com risco elevado associado, para as quais foram propostas cento e dezoito medidas, tendentes a minimizar ou suprimir os riscos.

Das cento e noventa e nove situações identificadas, sessenta e quatro estão classificadas como de elevado risco e cento e seis com risco moderado, sendo as restantes de baixo risco (vinte e nove).

Das **medidas previstas de resposta aos riscos de classificação seis e nove, sessenta** encontram-se já **implementadas, quarenta e três** estão em **fase de implementação** (parcialmente implementadas), **treze** não estão ainda **implementadas** e três foram descontinuadas (consideradas sem efeito).

6 Conclusões

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, apresenta identificados cento e noventa e nove fatores potenciais de riscos para os quais foram definidas trezentas e trinta medidas de prevenção. Os responsáveis setoriais procederam à monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas e enviaram os resultados para o Serviço de Auditoria, evidenciando de forma positiva o comprometimento existente no que respeita a prevenção dos riscos e ao seu controlo sobre a implementação das medidas identificadas.

As medidas de prevenção de riscos nesta fase mostraram-se de um modo geral adequadas, contribuindo para mitigar a ocorrência dos riscos identificados.

Conclui-se assim, que cento e cinquenta e nove medidas foram implementadas, encontrando-se, ainda oitenta e três em fase de implementação e sessenta e uma, ainda não implementadas. Pretendemos agora efetuar, junto dos responsáveis das diferentes unidades orgânicas uma análise da dificuldade de implementação e ou eventual redefinição de novas medidas.

Salientamos de novo que o valor da taxa de implementação é por nós ainda considerado baixo (setenta e três por cento) que no nosso entender está diretamente explicado e em conformidade com o diminuto

espaço de tempo ocorrido entre a elaboração do plano e o atual momento de monitorização (Plano Set./ Out e relatório Out./ nov.).

De referir também que diminutas unidades orgânicas não efetuaram nesta fase a sua avaliação do estado de implementação das medidas preventivas de resposta ao risco, contudo houve o cuidado de verificar que as mesmas apenas detêm riscos de classificação baixa ou residual.

Aprentamos em seguida (Anexo1) os mapas que suportam a atual análise e monitorização.

Aprovação e Publicitação

O presente relatório de acompanhamento da implementação das medidas, depois de aprovado, deverá ser remetido ao Mecanismo Nacional anticorrupção e disponibilizado *online* no *site* da ULSAM.

Referências Bibliográficas

- Lei 54/2008, de 4 de setembro
- Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto
- Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro
- Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro
- Recomendações do CP (nº 1/2009, de 1 de julho; de 7 de abril de 2010; de 7 de novembro de 2012 e de 7 de janeiro de 2015)
- Decreto-Lei nº 14/2014, de janeiro de 2014
- Resolução da Assembleia da República nº 4/2021
- Código de Ética da ULSAM
- Código de Boa Conduta e de prevenção e combate ao assédio no trabalho
- Código Penal Português
- Ofício-Circular 68087/2021/GAI/ACSS, de novembro de 2021
- Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024

Assinado por : **Irene Morais Enes Ramos**
Num. de Identificação: BI05953362
Data: 2023.11.20 08:34:14+00'00'

A Diretora do Serviço de Auditoria Interna

Anexo I - Planos setoriais

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS	
			P	I	C	Medidas Preventivas	IMP		P/IMP	N/IMP	S/F			
Controlo Geral	Gestão da informação	Desconformidades e/ou erro na tomada de decisão com base em informação de gestão errada ou intempestiva	2	3	6	Definição e monitorização de prazos para a produção e validação da informação Definição de objetivos individuais a incluir na avaliação de desempenho			x					
Controlo Geral	RGPD	Uso não autorizado de imagem/vídeo captadas na instituição	2	2	4	Informar sobre as restrições na captação de imagens dentro da instituição, através da colocação de sinalética		Transversal a toda a organização	x					
Controlo Geral	Conflito de interesses	Favorecimento de concorrentes/candidatos/familiares/amigos	1	3	3	Emissão de declaração de incompatibilidade			x					
						Segregação de funções			x					
						Formação para prevenção de situações de conflito de interesses			x					
						Rotatividade de elementos de juris de concursos								
						Código de ética								
Controlo Geral	Gestão de conflitos	Conflitos	2	2	4	Formação em gestão de conflitos Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assédio no trabalho Plano de Prevenção de Riscos			x					
						Código de ética								
Controlo Geral	Gestão situações emergência	Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Efetuar anel interno, de circuito de água, para mais facilmente detetar fugas e permitir intervenção rápida		SIE			x			
Controlo Geral		Adequado gestão de incêndios	1	3	3	Testar Planos de contingência já instituídos Substituição da central de deteção de incêndios		SIE/SO-ST SIE			x			
Controlo Geral		Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Formação em incêndio e emergência (medidas de auto proteção, condições de segurança) Criação de vias de acesso segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 1532/2008.		Formação SIE/SHAG	x				x	
Controlo Geral		Inexistência de fachadas cortina/envidraçadas com sinalização em edifícios>9 M no HSL e HCB	1	2	2	Criação de fachadas segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 1532/2008		SIE/SO-ST				x		
Controlo Geral		Controlo adequado das situações de emergência	1	3	3	Formar e certificar colaboradores para a primeira linha de intervenção em emergência e dos serviços com atendimento de pessoas em situação crítica Curso de Emergência Médica Intra-Hospitalar com recurso à Simulação		Formação Formação	x x					
Controlo Geral	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Formação em "Gestão de fármacos e fluídos em emergência" Marcação e sinalização das zonas de combate a incêndios (sinalização vertical e horizontal), segundo Nota Técnica n.º 7 da Segurança contra Incêndios		Formação	x				x		
Serviço de Auditoria	Auditoria	Não cumprimento do Plano de Auditoria	1	3	3	Monitorização sistemática do Plano de Auditoria Revisão do Plano de Auditoria sempre que necessário		SA SA	x x					
Serviço de Auditoria		Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SA	2	2	4	Solicitar reforço da equipa do SA Efetuar planificação destas ações Solicitar reforço da equipa do SA		SA SA SA	x x x					
						Declarar qualquer conflito de interesse que ocorra em qualquer momento do processo de auditoria		SA	x					
Serviço de Auditoria		Conflito de interesses	1	3	3	Não participar em qualquer atividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presume 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 presume possa prejudicar o seu julgamento profissional.		SA						
						Avaliar periodicamente o risco nas diferentes áreas do Hospital		SA	x					
Serviço de Auditoria	Não incluir potenciais áreas de risco no Plano de Auditoria	2	3	6	Solicitar reforço da equipa do SA		SA	x						
					Acompanhar a monitorização do desempenho da ULSAM		SA	x						
					Solicitar a implementação de uma solução de Gestão de Risco, que sirva toda a ULSAM		SA	x						
					Colaborar com as diferentes áreas orgânicas no mapeamento dos riscos		SA	x						

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
DAG Ambulatório	Atendimento telefónico	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 telefónico com possível alargamento à resposta de e-mail para todos os serviços da ULS (centralizar)		DCE		x			No âmbito do Projeto balcão Único, está a ser implementado o TeleQ
DAG Ambulatório	Marcação das consultas	Risco de alteração destes critérios de agendamento por variáveis que ultrapassem a atividade e responsabilidade das administrativas	1	3	3	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 sobrepe-se ao SAM para cumprimento da LEC.		DCE		x			O total deste Risco passou de 6 para 3 uma vez que com a implementação da referênciação via RSE-SIGA o risco de RSE-SIGA diminuiu a entrada de pedidos Via CTH e, a marcação dos P1's requer agora sempre triagem médica no âmbito da designação da especialidade a ser agendada e da sua prioridade.
		Risco de Favorecimento de familiares ou amigos	1	3	3	Auditorias aleatórias e regulares aos registos Frequentar formação no âmbito da prevenção da corrupção e de conflito de interesse		DCE DCE		x x			Com a implementação da referênciação via RSE-SIGA o risco mantém-se diminuto.
DAG Ambulatório	Marcação de primeiras consultas com proveniência "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	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	x				Foi formatado o SONHO V1 pela SPMS de modo a colocar os campos de pesquisa: Proveniência - Prioridade - Situação. A partir de 25/11/2023 será instalado na ULSAM a versão V2 do SONHO.
DAG Ambulatório	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		x			As isenções são inseridas no RNU mediante a emissão de documentos próprios comprovativos de tal situação. Acresce ainda que desde 01 de junho de 2022 foram abolidas as taxas moderadoras do SNS, à exceção do SU (DL N.º 37/2022 de 27 de maio)
DAG Ambulatório	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		x			Este posto de tesouraria não está implementado na ULSAM, pois está dependente de muitas variáveis
DAG Ambulatório	Indicadores (Avaliação desempenho)	Alteração de dados de produção no sonho em benefício dos resultados dos indicadores	2	2	4	Auditorias aleatórias e regulares aos registos		DCE		x			A Consulta Externa está dependente dos SI
DAG Ambulatório	Circulação de documentos	Circulação pelos serviços de documentos com informação clínica (pedidos de colaboração do internamento para exames; pedidos de exames ao exterior)	2	2	4	Documentos que deveriam apenas circular via informática (desmaterialização dos processos). Criação de balcão único de marcação		DCE	x				É utilizado para a monitorização destes dados as plataformas: BI Clínico Hospitalar e o BI RSE-SIGA.
DAG Ambulatório	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		x			Foi implementado o acesso à plataforma "Gestão Documental" para as AT inserirem alguns desses documentos (nov.2023).
													Globalmente este assunto está a ser discutido com vários departamentos.

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
DAG Ambulatório	Procedimento SONHO/SClinic para conclusão da referência 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.				Necessidade de ser registado no SClinico Hospitalar a data e hora de início e de fim da consulta		DCE	x				Tem se feito um esforço para que este constrangimento seja corrigido juntos dos médicos (baixou-se o nível de possibilidade de ocorrer)
			2	3	6	Monitorização trimestral com listagem de consultas que não cumprem os requisitos e envio para os respetivos médicos.							
DAG Ambulatório	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	x				
DAG Ambulatório	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	x				
Departamento Mcdt's	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.		Direção do Departamento de MCDT		x			
						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.							
						Controlo interno (Diretor de Serviço e Gestor de Departamento), no que respeita à monitorização dos contratos de concessão.							
Departamento Mcdt's	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).		Direção do Departamento de MCDT		x			
						Estabelecimento de vários níveis de responsabilidade na contratação.							
						Existência de júri plural e rotativo.							
						Utilização de critérios de adjudicação objetivos.							
Departamento Mcdt's	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				Utilização de cadernos de encargos rigorosos.		Direção do Departamento de MCDT					
						Referenciações hospitalares inequívocas.							
						Identificação dos destinos possíveis (restrição das entidades).							
						Consulta de três orçamentos a três entidades, em pedidos de exames não protocolados.							
			1	3	3	Centralização da validação/assinatura dos termos de responsabilidade (TR) pela Direção clínica.		Direção do Departamento de MCDT					

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação				OBS	
			P	I	C			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F		
Departamento Mcdt's	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		x				
						Urgência na implementação do AGIT.			x				
						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.			x				
						Definição da instrução do processo administrativo, integrando o documento de prescrição, a requisição e o TR, com progressiva aproximação do preenchimento ideal.			x				
						Implementação do impresso de justificação de recurso a outro operador (que não o contratado)			x				
						Elaboração e divulgação de relatórios estatísticos, com dados que traduzem não apenas o volume e natureza de prescrição, mas também o seu impacto financeiro.			x				
Departamento Mcdt's	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	Criação da Unidade de Controlo e Gestão de Termos de responsabilidade e Taxas Moderadores (UCGTT)	Direção do Departamento de MCDT		x				
						Necessidade de introdução urgente do Documento Único de Cobrança (DUC), no sentido de viabilizar o pagamento por referência MB			x				
Departamento Mcdt's	Resposta a pedidos de exames com informação clínica	Cedência de informação e/ou documentos indevidamente	1	3		Os pedidos de informação e os documentos, devem ser sempre formulados por escrito, em modelo próprio validado do Qualitius.	Direção do Departamento de MCDT		x				
Departamento Mcdt's	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		x				
DAG Cirurgia		Perda de receita	2	3	6	Avaliação da informação remetida pelo Serviço de Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Gestor do DAG	x					
DAG Cirurgia	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				x		
Dag Cirurgia	Registo informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	2	Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, aquando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG				x		
Dag Cirurgia	Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	2	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	x					
						Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG	x					

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
Dag Cirurgia	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	3	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.		Direção do DAG	x				
DAG Cirurgia	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	3	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO		Gestor do DAG	x				
DAG Cirurgia	Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	9	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. Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar o material em falta e reportar aos Sistemas de Informação		Gestor do DAG	x				
DAG Cirurgia	Prescrição de MCDT's	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	9	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	x				
DAG Cirurgia	Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de informação	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	9	Recurso ao suporte físico em papel de forma a documentar os registos da atividade realizada com recurso a modelos autorizados no Qualitius Web e reportar aos Sistemas de Informação		Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC	x				
DAG Cirurgia	Identificação/Co rreção 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	2	Sensibilizar/informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.		Gestor do DAG	x				
						Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).		Gestor do DAG					
DAG Psiquiatria	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;				x			
DAG Psiquiatria	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> .				x			
DAG Psiquiatria		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;					x		
DAG Psiquiatria		Validação indevida de credenciais de transporte ou MCDT pedidos ao exterior	1	3	3	Análise mensal nos respetivos mapas do SONHO;							
DAG Psiquiatria		Risco de quebra na faturação por falta de atualização de registos de morada	3	1	3	Informação de retorno, análise dos mapas do SONHO e amostragem aleatória: Pedido de análise dos processos aos RH;		Direção Departamento		x			
												x	

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
DAG Psiquiatria	Acumulação de funções	Acumulação de funções sem autorização.	1	3	3	Validação do mod. 230. 1 ULSAM				x		
DAG Psiquiatria	Segurança da informação	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	Guardar informação prevista e de acordo com o RGPD ;		x				
DAG Psiquiatria		Acesso indevido do profissional a informação constante nos sistemas de informação (acesso fora do âmbito da prestação de cuidados)	1	3	3	Supervisão direta Contextos de Práticas Clínicas.		x				
DAG Psiquiatria		Ceder ou transmitir, ou não resguardar informação	1	3	3	Supervisão direta;		x				
DAG Psiquiatria		Risco de Ciberataques!	2	3	6	Pedagogia de Cibersegurança em contextos de práticas clínicas. Alteração mensal de Password de acesso ao computador. Formação em contextos de cibersegurança;	Direção Departamento Direção Departamento	x		x		
DAG Mulher e Criança	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	6	Colaborador deve solicitar autorização para acumulação de funções (mod. 230.1. ULSAM) Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Direção Departamento		x			
DAG Mulher e Criança	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			x		
DAG Mulher e Criança	Registo informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	2	Avaliação aleatória das alterações de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, aquando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG			x		
DAG Mulher e Criança	Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	2	Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para facilitar/antecipar o agendamento cirúrgico Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG	x				
DAG Mulher e Criança	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	3	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.	Direção do DAG	x				
DAG Mulher e Criança	Emissão de Credencial de Transporte não	Emissão de credencial indevida a utentes com alta do internamento, face ao normativo	1	3	3	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO	Gestor do DAG	x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação				OBS	
			P	I	C			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F		
Criança	Urgente - Internamento	Legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa)				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	x					
DAG Mulher e Criança	Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaría em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	9	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	x					
DAG Mulher e Criança	Prescrição de MCDT's	Falha/avaría em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	9	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	x					
DAG Mulher e Criança	Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de Informação	Falha/avaría em sistemas ou tecnologias de informação/informáticos	3	3	9	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	x					
DAG Mulher e Criança	Identificação/Co-regção dos dados dos utentes, por	Identificação incorreta, insuficiente ou incongruente entre o RNU e o SONHO	1	2	2	Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).	Gestor do DAG	x					
DAG Medicina.	Identificação do doente	Identificação incorreta/incompleta do doente	2	2	4	Sensibilizar/informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.	Gestor do DAG	x					
DAG Medicina.	Requisição de mcdt's ao exterior	Recurso indevido a entidades externas para a realização de mcdt's no exterior	2	2	4	Divulgar/discutir com os secretariados as orientações sobre a Reversão campos de preenchimento obrigatório para IID Formação contínua (IID). Responsabilidade disciplinar e códigos	Gestor de Departamento	x					
DAG Medicina.	Proteção de dados sensíveis	Incumprimento das regras de conservação e circulação de dados de saúde	2	3	6	Monitorização mensal dos mcdt's realizados dentro e fora da ULSAM	Planeamento e Gestor de Departamento		x				Sem dados do Planeamento
DAG Medicina.	Codificação clínica de episódios de internamento	Dificuldade de integração de dados entre aplicações	1	2	2	Elaboração de procedimentos específicos e ajustáveis a cada posto de trabalho das áreas assistenciais	Gestor de Departamento		x				
DAG Medicina.	Transporte de doentes	Realização de transportes indevidamente	2	2	4	Formação interna para aplicação das regras instituídas	Gestor de Departamento					x	
DAG Medicina.	Processo de esterilização	Contaminação por contacto com perfurantes	2	3	6	Realização de auditorias internas periódicas com análise de resultados e redefinição de objetivos	Gestor de Departamento e Auditoria Interna					x	
DAG Medicina.	Contratação	Atrasos na preparação das peças procedimentais	1	3	3	Verificação de falhas por meios informáticos	Gestor de Departamento e Auditoria Interna					x	Sem dados
DAG Medicina.	Gestão de contratos	Favorecimento de fornecedores/Cientes	1	3	3	Verificação administrativa do cabal cumprimento de todos os pressupostos inerentes ao pedido de transporte	Gestor de Departamento e Auditoria Interna						Sem dados
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Reformulação dos protocolos em vigor com as entidades transportadoras e monitorização permanente do respetivo cumprimento	Gestor de Departamento e Auditoria Interna					x	
DAG Medicina.	Processo de esterilização	Contaminação por contacto com perfurantes	2	3	6	Formação	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Contratação	Atrasos na preparação das peças procedimentais	1	3	3	Notificar o Serviço Responsável pela ocorrência	Enfª Vitor Gonçalves	x					
DAG Medicina.	Gestão de contratos	Favorecimento de fornecedores/Cientes	1	3	3	Cadernos de encargos bem estruturados e detalhados, com critérios bem definidos e objetivos	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Processo de esterilização	Contaminação por contacto com perfurantes	2	3	6	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Contratação	Atrasos na preparação das peças procedimentais	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Gestão de contratos	Favorecimento de fornecedores/Cientes	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Monitorização sistemática das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço	x					
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço					x	
DAG Medicina.	Produção prejudicada por falta de equipamento	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	1	3	3	Contratação de RH com perfil e competências adequado	Diretora Serviço						

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas	IMP		P/IMP	N/IMP	S/F		
SIE	Gestão de edifícios e equipamentos	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 equipamentos, para que possam ser etiquetados e registados na aplicação do imobilizado.	Responsáveis do Aprovisionamento/Armazéns, SCSU, SIE e GE	x					
SIE		Falta de evidência no abate físico de bens e na sua valorização.	1	2	2	Solicitar a divulgação da obrigatoriedade de informarem à GI ou à GE da recepção por doação de bens. 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.	Responsável pela GE e GI	x					
							Rever manual de gestão do imobilizado, incluindo a revisão de circuitos	Diretores e Chefes de serviço. GI/GE		x			
SIE		Ocorrência de desvios/roubo/furto de equipamentos.	2	3	6	Responsabilizar os diretores de serviço pelo bens à sua guarda, remetendo periodicamente as "folhas de carga"	Diretores e Chefes de serviço. GI/GE		x				
						Monitorização frequente entre o cadastro e o bem físico	Serviço utilizador /GE / GI		x				
						Melhorar os circuitos de videovigilância	SHAG/SIE/SCSIC		x				
SIE	Gestão de edifícios e equipamentos	Gestão inadequada de intervenção em ativos	2	2	4	Substituir o aplicativo de gestão da manutenção, para permitir efetuar uma eficiente manutenção preventiva	SIE/SGSIC			x			
SIE		Conflito entre fornecedores/utentes e colaboradores dos armazéns, serviços e SIE.	1	1	1	Garantir a segregação de funções, entre o SIE, Aprovisionamento e Financeiro, através do cumprimento do circuito e responsabilidades definidas no manual de gestão dos ativos tangíveis	Todos os intervenientes	x					
							Fundamentação e respeito pelos procedimentos legais em matéria de realização de investimento	SIE		x			
SIE		Realização de obras ou aquisição de ativos não prevista	2	1	2	Autorização dependente de fundamentação e evidência de irreversibilidade	SIE		x				
						Proceder a inspeções periódicas para detectar precocemente eventuais situações de degradação, ou ocupação/utilização indevida	SIE		x				
SIE		Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Testar Planos de contingência já instituídos	SIE/SO-ST				x		
SIE	Gestão situações emergência	Sistemas automáticos de deteção de incêndios (SADI) avariados	1	3	3	Substituição da central de deteção de incêndios	SIE			x			
SIE		Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	1	3	3	Criação de vias de acesso segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 1532/2008.	SIE/SHAG			x			
SIE		Inexistência de fachadas cortina/envidraçadas com sinalização em edifícios>9 M no HSL e HCB	1	2	2	Criação de fachadas segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 1532/2008	SIE/SO-ST				x		
SIE		Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Marcação e sinalização das zonas de combate a incêndios (sinalização vertical e horizontal), segundo Nota Técnica n.º 7 da Segurança contra Incêndios	SIE/ SO-ST		x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	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;SGSIC;A			x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Vigilância e Segurança Humana	Acesso indevido às instalações	3	3	9	Reforço do sistema de vigilância	SHAG;SGSIC;A			x			
						Reorganização da gestão de acessos	P			x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	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;SGSIC		x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Solicitações de aparelhos	3	3	9	Falta de necessidades e regras de atribuição com devida fundamentação; definição de plafone		SHAG		x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Espaços Verdes	Baixo controle 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; USAG		x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Higiene e Limpeza	Riscos Vários associados ao controle de infecção, 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	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	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	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Carência de Recursos	3	3	9	Alargamento do Mapa de Pessoal		SGRH			x		
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	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; SIE		x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Acesso indevido aos parques	3	3	9	Penalidades com medida de suspensão de acesso		SHAG; SIE	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Acesso indevido aos parques restritos	3	3	9	Caracterização de lugares mediante função exercida		SHAG; SIE	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	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 renting em vez de frota própria.		SHAG		x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Subsídios de lavagem de viaturas	2	2	4	Implementação de medidas de controlo e verificação		SHAG	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Gestão de Roupa Hospitalar	Risco associado ao não controlo da gestão de roupa e respetiva faturação	3	3	9	Realização de inventários anuais		SHAG; SGSIC; SIE	x				
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral		Risco associado ao desvio de roupa hospitalar	3	3	9	Inclusão de penalidades contratuais ao prestador, relativos a incumprimentos.		SHAG; SGSIC; SIE		x			
Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral	Implementação de novas metodologias	Controlo e dados de gestão	3	2	6	Implementação de medidas de controlo automático com possibilidade de introdução de roupa própria		SHAG; todos Serviços		x			
P Cont Gestão		Incumprimento do Contrato Programa	2	3	6	Monitorização do Contrato Programa		PCG	x				
P Cont Gestão		Deficiente registo da produção realizada	1	3	3	Planos de atividade		PCG	x				
P Cont Gestão		Produção realizada sem justificação/autorização	1	3	3	Contratualização interna com departamentos alinhada com contrato programa		PCG	x				
P Cont Gestão		Incumprimento TMRG	2	3	6	Monitorização da Contratualização interna		PCG	x				
P Cont Gestão		Deficiente utilização da capacidade instalada	2	3	6	Verificação da qualidade dos registos		ULGA, PCG	x				
P Cont Gestão		Desconformidades e/ou erros na elaboração e/ou reporte de informação	1	3	3	Formação periódica aos funcionários		ULGA, PCG	x				
P Cont Gestão		Registo dos programas de saúde / risco de erros de faturação	3	3	9	Procedimentos de controlo interno		ULGA, PCG	x				
P Cont Gestão			1	3	3	Monitorização da produção realizada		ULGA, PCG	x				
P Cont Gestão			1	3	3	Monitorização da produção realizada		PCG	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Plano de atividades		PCG	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Guide Lines		PCG	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Contratualização interna		PCG	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Monitorização das listas de espera		ULGA, PCG, CE	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Monitorização da produção realizada		PCG	x				
P Cont Gestão			2	3	6	Produção externalizada precedida de justificação e autorização		PCG	x				
P Cont Gestão			1	3	3	Informação revista e reportada dentro do prazo estabelecido, em conformidade com as normas em vigor (Relatórios Trimestrais: Relatório e Contas: SICA)		PCG, SGF, RH	x				
P Cont Gestão			3	3	9	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		x			

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
P Cont Gestão		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	9	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	x					
			2	2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x					
			2	2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x					
			2	3	6	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x					
Gab. de Comunicação	Gestão de eventos	Planeamento inadequado	2	2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x					
2			2	4	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x						
2			3	6	Elaboração de Regulamento do Gabinete de Comunicação	Diretora do GC	x						
2			3	6	Divulgar circular normativa e sensibilizar para o seu cumprimento	Diretora do GC		x					
Gab. de Comunicação	Assessoria de Imprensa	Prestação de informação inadequada	2	3	6	Divulgar circular normativa e sensibilizar para o seu cumprimento	Diretora do GC		x				
2			3	6	Divulgar circular normativa e sensibilizar para o seu cumprimento	Diretora do GC		x					
1			2	2	Elaboração de cronograma	Diretora do GC		x					
2			2	4	Divulgar circular normativa e sensibilizar profissionais para o seu cumprimento	Diretora do GC	x						
Gab. de Comunicação	Divulgação informação institucional	Atualização intempestiva de informação no site da ULSAM	1	2	2	Elaboração de cronograma	Diretora do GC		x				
2			2	4	Divulgar circular normativa e sensibilizar profissionais para o seu cumprimento	Diretora do GC	x						
1			2	2	Propor formação sobre ética e deontologia profissional	Diretora do GC	x						
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	x						
Com Ética	Emirir 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	x					
1			2	2	Regularidade das reuniões para decisão colegial	Presidente	x						
3			3	9	Distribuição atenta dos pedidos de parecer pelos relatores	Diretora do GC	x						
2			3	6	Verificação da qualidade dos registos	ULGA, PCG	x						
ULGA		Deficiente registo da produção realizada	2	3	6	Formação periódica aos funcionários	ULGA, PCG			x			
2			3	6	Procedimentos de controlo interno	ULGA, PCG	x						
2			3	6	Monitorização da produção realizada	ULGA, PCG	x						
2			3	6	Monitorização das listas de espera	ULGA, PCG	x						
ULGA		Falta informação e acompanhamento a utentes	1	3	3	Monitorização e articulação com gabinete do cidadão	ULGA	x					
1			3	3	Monitorização dos casos em lista de espera sujeitos a transferência	ULGA	x						
2			2	4	Propor realização de avaliações na área de agendamento de cirurgia	ULGA			x				
1			3	3	Propor no caderno de encargos medidas de salvaguarda	ULGA			x				
ULGA	Acesso	Conflito de interesses (devendo ser totalmente evitado que estes exames sejam realizados no exterior por Médicos com vínculo à ULSAM)	1	3	3	Propor ao serviço monitorização e avaliação periódica da utilização plena da capacidade interna	ULGA		x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
Centro de Telemedicina	Gestão situações emergência	eletricidade ou gás				Testar Planos de contingência já instituídos		SIE/SO-ST			x		
		Adequado gestão de incêndios	1	3	3	Substituição da central de deteção de incêndios		SIE			x		
		Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Criação de vias de acesso segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 1532/2008.		Formação			x		
		Inexistência de fachadas cortina/envidraçadas com sinalização em edifícios>9 M no HSL e HCB	1	2	2	Criação de fachadas segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 1532/2008		SIE/SO-ST			x		
		Controlo adequado das situações de emergência	1	3	3	Formar e certificar colaboradores para a primeira linha de intervenção em emergência e dos serviços com atendimento de pessoas em situação crítica		Formação			x		
						Curso de Emergência Médica Intra-Hospitalar com recurso à Simulação		Formação			x		
CFT	Tomada de decisão e sua eficácia operacional	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Formação em "Gestão de fármacos e fluidos em emergência"		Formação			x		
		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		CFT	x				
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, GA) é efetuado em suporte de papel.	2	3	6	Submissão dos pedidos à CFT através da aplicação Gooportal (plataforma digital)		CFT		x			
SHST	Psicologia Ocupacional - gestão de riscos psicossociais	Inexistência de metodologia de avaliação de riscos psicossociais (p.e.violência,assédio,stresse ocupacional)	3	2	6	Assegurar a implementação de metodologia de avaliação de riscos psicossociais		Psicóloga da Saúde Ocupacional		x			Metodologia definida, protocolo em processo de assinatura
SHST	Registo e acompanhamento de Acidentes de Trabalho	Não cumprimento do procedimento relativo a acidentes de trabalho	2	3	6	Assegurar a implementação de metodologia de acompanhamento		Diretor de SSO/ST	x				
SHST	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	3	3	9	Realização de auditorias com carácter trimestral		Área Técnica do SSO/ST		x			
						Controlo das rondas efetuadas pelos vigilantes nos vários pontos de registo biométrico				x			
SHST	Acesso de cartão ativo e videovigilância.	Intrusão, roubo, rapto	3	2	6	Verificação do cumprimento do procedimento relativo às rondas			Diretor SHAG, Diretor de SSO/ST	x			
SHST	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 Utilisist		Diretor de SSO/ST, Diretor SGSIC		x			
SHST	Aquisição de material e equipamentos de trabalho	Seleção de material e equipamentos de entidade conhecida	2	3	6	Assinatura pelos elementos dos júris de compromisso de não conflito de interesses		Elemento do Júri	x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
SGSIC	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 de plataforma de e-learning;		Diretora do SGSIC / Diretora do Gab. Comunicação	x				Executado
SGSIC	Manter atualizado os endereços de mail (novos utilizadores / cancelamento de contas)	Falta de resposta pelo SGSIC aos utilizadores, por carencia de recursos da area Tecnica	2	2	4	Utilização pela Equipa do SGSIC da Plataforma Easyvista Planeamento de atividades com Monitorização Semanal		Diretora do SGSIC	x				
SGSIC	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 de plataforma de e-learning;		Diretora do SGSIC / Diretora do Gab. Comunicação	x				Executado
SGSIC	Auditoria Informática - Cibersegurança	Desconformidades (RGPd)	2	2	4	Adjudicação de serviços especializados como prioridade estratégica		Diretora do SGSIC		x			
SGSIC	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		Diretora do SGSIC	x				A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
SGSIC	Inexistência de Contratos de Suporte e 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		Diretora do SGSIC		x			A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
SGSIC	Acesso aos sistemas de Informação (partilha de senhas)	Problemas no controle 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		Diretora do SGSIC	x				Executado
						Reforço de Competências Digitais em Cibersegurança			x				
						Neste sentido, e a título preventivo, dado que pode haver risco acrescido associado às contas dos utilizadores da ULSAM, foram realizadas as seguintes medidas de mitigação ao nível da AD (Active Directory) da entidade:			x				
						Forçar a alterações de credenciais nomeadamente as passwords de acesso para um nível de segurança com autenticação forte			x				
						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 e complexidade (ex. 9 caracteres com maiúsculas, minúsculas, não permitir iguais às anteriores, etc)			x				
SGSIC	Sesões 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 TLM no RISI)		Diretora do SGSIC	x				Executado Projeto HS.Register implementado (Investimento COMPETE2020)
						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.			x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
SGSIC	Deficiente integração entre aplicações informáticas	Erro gerado no processo de Interface aplicacional	2	2	4	Responsabilização dos Parceiros Tecnológicos na implementação de controlos (Auditorias Técnicas regulares)		Gestor de Contrato nomeado/ aplicação	x				Executado Implementação de Plataforma Hélios (Investimento COMPETE2020)
SGSIC	Inexistência de Sistema de Registo de Tickets (EASYVISTA)	Incapacidade de gerir incidentes e pedidos por ordem de prioridade Incapacidade de produzir Relatórios de Gestão de Incidentes, Pedidos e Problemas recorrentes	2	2	4	Adjudicação de Licenciamento e Serviços especializados		Diretora do SGSIC	x				Executado Implementação de Plataforma EASYVISTA (Investimento COMPETE2020)
SGSIC	Falha de resposta pelo SGSIC aos utilizadores, em tempo útil	Incapacidade de produzir Relatórios de Gestão de Incidentes, Pedidos e Problemas recorrentes	1	1	1	Geração de Relatórios de Monitorização na Plataforma EASYVISTA		Diretora do SGSIC	x				Executado Implementação de Plataforma EASYVISTA (Investimento COMPETE2020)
SGSIC	Falha na parametrização de novos MCDT's no SONHO	Carência de Recursos Humanos especializados	2	2	4	Contratação de pessoal com perfil adequado à função (conforme propostas apresentadas superiormente)		Diretora do SGSIC	x				Lançados Inquéritos de avaliação da satisfação do serviço prestado pelo SGSIC
SGSIC	Incumprimento de prazos fixados pela AMA	Garantir que não são criados códigos internos de exames/análises (mcdt's) sem a necessária associação ao código da Portaria, por configurar uma não conformidade grave, atenta a possibilidade de perda de receita.	1	2	2	Alocação de Recurso específico para realização da função; Desenho de Procedimento Interno; Atribuição clara de responsabilidades		Engª Costa Pereira	x				Enviado mail em 06/10/2023 à Dra. Joana Vaz e Engª Costa Pereira (será preparado procedimento interno, até 27/10)
SGSIC	Inexistência de alocação de Tarefas (em Equipas Multidisciplinares)	Carência de Recursos Humanos especializados	2	2	4	Contratação de pessoal com perfil adequado à função e reorganização da Equipa com mapeamento de novas funções por colaborador		Diretora do SGSIC	x				A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
SGSIC		Derrapagem na execução dos Projetos	2	2	4	Reuniões Semanais com elaboração de Relatórios Trimestrais / Criação da figura de Gestor de Projeto / Atas obrigatórias/ Registo de ausências		Coordenadora da CLIC		x			Reforçar o pedido de RH a tempo inteiro para apoio à atividade da CLIC
SGSIC	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 Aprovisionamento, estando esta função alocada a um único recurso do SGSIC (Diretora do SGSIC)	2	2	4	Contratação de pessoal com perfil adequado à função (conforme propostas apresentadas superiormente)		Diretora do SGSIC	x				A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer). Garantido o reforço da Equipa SGSIC / CLIC com dois colaboradores requisitados ao SGRH (por mobilidade interna). Elementos já integrados pela Diretora do SGSIC, no decorrer de 2023.
SGSIC	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 (vulgar, 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)		Diretora do SGSIC	x				A aguardar alocação de novo recurso diferenciado (Concurso a decorrer)
SGSIC	Interrupção de serviços fornecidos pelo Sistema de Informação	Eventual impacto na prestação de cuidados aos utentes pela falha de acesso a informação clínica	2	2	4	Auditoria ao Processo de Backup / Disaster Recover Implementado		Diretora do SGSIC		x			Executado

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C	Medidas Preventivas	IMP		P/IMP	N/IMP	S/F		
SGSIC	Equipa Técnica com dimensionamento adequado / Regulamento Interno atualizado e recursos com competências técnicas ajustadas às exigências de implementação do ENESIS2020/2022 e Projeto Certificação HIMSS EMPRAM e CCMM 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 SGSIC alinhado com os objetivos SIADAP	1	1	1	Aplicação de controlos internos para monitorização da adequação de funções técnicas executadas pela Equipa do SGSIC (para o perfil de Técnico de Informática e Especialista de Informática)	Diretora do SGSIC	x				Controlos internos aplicados e carregados na Plataforma GEADAP	
GQ	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	Revisão pela Gestão Anual	GQ		x				
GQ	Manter o Qualitus atualizado (gestão documental associada à qualidade) de forma a assegurar a integridade, confidencialidade e e disponibilidade da Informação)	Perda de informação e/ou indisponibilidade da informação com impacto na atividade assistencial	1	3	3	Monitorização Mensal	GQ	x					
GQ	Gerir e executar um Programa Anual de Auditorias (PAA) Internas e Externas da	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	GQ	x					
						Revisão pela Gestão Anual				x			
						Manter Bolsa de Auditores Internos				x			
		Conflito de Interesses associado à				Manter EA que assegurem a imparcialidade							
						Obter declaração de compromisso de: Confidencialidade			x				

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação				OBS		
			P	I	C			IMP	P/IMP	N/IMP	S/F			
	Qualidade	Realização de auditorias, Equipes Auditoras (EA) Independentes das atividades auditadas	2	2	4	Medidas Preventivas	GQ		x					
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		x						
						Revisão pela Gestão Anual								
						Reforçar Equipa do GQ		x						
GQ	Avaliar regularmente o grau de satisfação dos utentes	Ineficiência do Processo (Consumo excessivo de recursos)	2	2	4	Desmaterialização de Inqueritos	GQ		x					
Gestão Relações Utes	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		x					Defenir circuito com o aprovisionamento para consulta das entidades
Emissão de termos de responsabilidade sem a respetiva autorização financeira de elemento com competência para autorização de despesa		3	2	6	Levantamento dos protocolos existentes e proceder, se necessário, a nova consulta do mercado, através do Serviço de Aprovisionamento.	SGRU		x					Está a ser efetuado o levantamento dos protocolos a renovar	
Implementação de circuitos que distingam a validação da pertinência clínica e validação financeira nas autorizações ao exterior;														
Gestão Relações Utes	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 e SGSI			x				
Gestão Relações Utes		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			x				
Gestão Relações Utes	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		x					
Gestão Relações Utes		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;	SGRU			x				
Telemedicina	Gestão da informação	Incapacidade da equipa para avaliar os parâmetros telemonitorizados por falha do sistema informático/plataforma de telemonitorização	2	3	6	Informar o doente/cuidador dos valores tidos como normais para cada parâmetro telemonitorizado	Equipa de telemonitorização /SGSIC/Empresa prestadora de serviços		x					
						Disponibilizar 24h/dia linhas telefónicas de atendimento dedicadas para os doentes								
Telemedicina		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	Equipa de telemonitorização	x						
						Na consulta de admissão explicar ao doente/cuidador a necessidade de captação de imagens e vídeo								
Telemedicina	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 (documento ???)	Equipa de telemonitorização							
						Definição de critérios de admissão								
Telemedicina		Escassez de Recursos humanos	3	3	9	Verificação de check list dos critérios de admissão na proposta de novos doentes	Equipa de telemonitorização	x						
						Limitação do numero de doentes telemonitorizados	Equipa de telemonitorização /CA							

Área	Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco		Responsáveis	Avaliação				OBS
			P	I	C				IMP	P/IMP	N/IMP	S/F	
Risco Clínico	Gestão de Risco Clínico	Falha da plataforma informática com perda de dados	1	3	3	Plataforma informática de cópia ao qual possa aceder (no caso de ainda não existir)		Tiago Alpoim			x		
		Atraso de resolução de riscos emergentes	1	3	3	Necessidade de coleção substituto		Tiago Alpoim			x		
		Resposta do notificado/notificante para e-mail institucional do gestor	1	1	1	Notificar as partes interessadas que as respostas devem ser efetuadas exclusivamente através da plataforma de gestão		Tiago Alpoim	x				
		Ausência de resposta do notificado e/ou notificante	1	3	3	Plataforma apresentar aviso de receção e de leitura pelo notificante e/ou notificado		Tiago Alpoim		x			
Conselho Coordenador Avaliação	Avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	Não definição atempada e clara das orientações gerais para o biénio de avaliação.	1	3	3	Elaborar e aprovar a Ata de abertura do ciclo de avaliação com as orientações gerais em matérias de SIADAP 3.		CCA DSGRH	x				
		Ocorrência de erros na validação dos desempenhos relevantes.	1	3	3	Assegurar a dupla validação da informação preparada para a Ata do CCA.		CCA DSGRH	x				

