



**PLANO DE GESTÃO
DE
RISCOS DE CORRUPÇÃO
E
INFRAÇÕES CONEXAS**

ACES GRANDE PORTO III - MAIA/VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**



PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **1** de **33**

Ed.	Rev.	Data	Descrição / Motivo de Revisão	Autor	Aprovação
01	00	dezembro / 2018	→ Relatório de Execução do PGRIC dos Serviços Centrais da ARSN, I.P. (Volume I) – Inf. Int. nº 52/2017 de 31/03/2017; da UACI da ARSN, I.P..	ACES Grande Porto III – M/V	

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **2** de **33**

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	3
2. PARTE I – ATRIBUIÇÕES DA ARSN, I.P., ORGANOGRAMA E IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	7
2.1. ATRIBUIÇÕES DA ARSN, I.P.	7
2.2. ORGANOGRAMA DA ARSN, I.P.	9
2.3. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	10
2.3.1. CONSELHO DIRETIVO	10
2.3.2. AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	12
3. PARTE II – IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS/ PARTE III – MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	22
3.1. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO GRANDE PORTO III (ACES GPIII) – MAIA/VALONGO	23
4. PARTE IV – ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS	33

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01
Revisão: 00
Página 3 de 33

1. INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), constituído pela Lei n.º 54/2008, de 04 de setembro, no âmbito das suas atribuições e competências, determinou a emissão de um questionário a todas as entidades da Administração Pública, destinado a servir de orientador na avaliação dos riscos de corrupção nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos.

Com base nas respostas obtidas, o CPC aprovou a *Recomendação de 01 de Julho de 2009*, na qual determinou requerer a todas as entidades públicas a elaboração dos respetivos *Planos de Prevenção de Risco de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC)*, utilizando como guia o referido questionário.

A mesma Recomendação, publicada no Diário da República, II Série, n.º 140, de 22 de julho, determina que os órgãos máximos das entidades gestoras de valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, elaborem os respetivos PPRCIC, bem como procedam à avaliação da execução desses planos.

Em setembro de 2009, para servir de apoio à elaboração dos PPRCIC, o CPC difundiu um *Guião* com as orientações necessárias. Foi, com base nesse *Guião* e, em cumprimento da Recomendação supracitada, que a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN,I.P.) elaborou o seu PPRCIC em dezembro de 2009, o qual foi aprovado pelo Conselho Diretivo (CD) em 30 de dezembro de 2009 (Deliberação Concordante registada na ata nº 01 de 30/12/2009).

Por ser um instrumento de gestão dinâmico, o PPRCIC então elaborado, estabeleceu o objetivo de imprimir na cultura organizacional e nos processos de gestão da ARSN, I.P., uma atitude assertiva e transparente quanto à prevenção da ocorrência de corrupção e de infrações conexas. Pelo que, foram realizados os respetivos *Relatórios de Execução* do PPRCIC, os quais contribuíram para as sucessivas revisões e edições do mesmo Plano.

Seguindo o mesmo *Guião* apresentado pelo CPC em setembro de 2009 como modelo, em concordância com a *Recomendação de 01 de Julho de 2009*, o PPRCIC da ARSN,I.P. foi elaborado de acordo com a estrutura sugerida - dividido em quatro partes como se evidencia a seguir -, decorrente de propostas apresentadas pelos Responsáveis das respetivas Unidades Orgânicas, *incluindo gabinetes, as funções e os cargos de topo*, nos termos agora recomendados pelo CPC, na sua Recomendação de 01 de junho de 2015, tais como: Departamento, Unidades

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **4** de **33**

Funcionais, Áreas Funcionais, Serviços de Assessoria, Comissões, Secretariados, CD, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e do Relatório de Execução do PPRCIC.

Assim, a estrutura do presente PPRCIC, repartida em dois Volumes¹ que terão em comum as Pastes I. e IV., é a seguinte:

Parte I - Atribuições da ARSN,I.P., Organograma e Identificação dos Responsáveis:

- *Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis.*
- *Caracterização genérica das atribuições da entidade (a razão da sua existência) e da estrutura orgânica que apresenta, com identificação dos responsáveis.*

Parte II – Identificação dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de acordo com os critérios expostos no quadro em baixo:

- *Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas tendo em conta as funções da entidade. Devem ser identificados e caracterizados por unidade orgânica os respetivos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. Estes riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco elevado, risco moderado e risco fraco, em função do grau de probabilidade de ocorrência (elevado, moderado ou fraco). Por sua vez, este grau de probabilidade deverá ser aferido a partir da própria caracterização de cada uma das funções.*

Grau de Probabilidade de Ocorrência	Baixa	Moderada	Elevada
Fatores de classificação	Existe possibilidade de ocorrer. Poderá ser minimizado quando aplicadas as medidas de controlo disponíveis.	Existe possibilidade de ocorrer. Poderá ser minimizado quando tomadas decisões e desenvolvidas ações adicionais.	Existe grande possibilidade de ocorrer. Não existem condições de o minimizar, mesmo aplicando as medidas de controlo e emitindo decisões e desenvolvendo ações adicionais.

¹

Volume I. – Serviços Centrais da ARSN,I.P.
Volume II. – ACES da ARSN,I.P.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01
Revisão: 00
Página 5 de 33

Parte III – Medidas Preventivas dos Riscos:

→ *Medidas preventivas dos riscos identificados. Devem ser indicadas as medidas que previnam a sua ocorrência, tais como mecanismos de controlo interno, segregação de funções, declarações de interesses, definição prévia de critérios gerais e abstratos de concessão de benefícios públicos, criação de gabinetes de auditoria interna em especial nas entidades de maior dimensão, controlo efetivo das situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesses. Esta é uma enumeração meramente exemplificativa.*

Parte IV - Estratégias de Aferição da Efetividade, Utilidade, Eficácia e eventual Correção das Medidas Propostas:

→ *Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas. Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.*

O PPRCIC visa proceder ao levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas associados a cada área ou função da entidade, nomeadamente, as da contratação pública e da concessão de benefícios públicos. A implementação deste instrumento permite salvaguardar aspetos indispensáveis na tomada de decisões, e que estas se revelem conformes com a legislação vigente, com os procedimentos em vigor e com as obrigações contratuais a que as instituições estão vinculadas e a defesa e proteção de cada interveniente nos diversos processos, salvaguardando-se assim, o interesse coletivo.

Importa, ainda, neste Plano, dar ênfase ao exposto pelo CPC no mesmo *Guião*:

1ª *Os Planos de Prevenção de Riscos são, em primeira linha, da responsabilidade dos órgãos máximos das entidades. No entanto, os dirigentes de cada unidade orgânica devem ser responsabilizados pelas propostas de planos dos seus departamentos e pela sua execução efetiva.*

2ª *O Conselho de Prevenção da Corrupção considera, em complemento, que a elaboração destes Planos é uma tarefa que deve ser levada a cabo pelas próprias entidades e organismos do sector público, uma vez que só eles são conhecedores da situação concreta do dia-a-dia da atividade que desenvolvem.*

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **6** de **33**

Por outro lado, o Conselho de Prevenção da Corrupção considera que os Planos de Prevenção de Risco são, além de um fator de gestão fundamental, um instrumento que permitirá aferir a eventual responsabilidade que ocorra na gestão de recursos públicos.

Finalmente, importa salientar ainda que a concretização dos Planos de Prevenção de Risco de Corrupção permitirá o respeito das recomendações das Organizações Internacionais nesta matéria, colocando Portugal na primeira linha deste combate.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **7** de **33**

2. PARTE I - ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P., ORGANOGRAMA E IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

De acordo com o *Guião* publicado em setembro de 2009 pelo CPC a **Parte I** do PPRCIC deve agregar os seguintes dados:

Parte I

- *Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis.*
- *Caracterização genérica das atribuições da entidade (a razão da sua existência) e da estrutura orgânica que apresenta, com identificação dos responsáveis.*

2.1. ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P.

A *missão* e as *atribuições* da ARSN,I.P. são aquelas que se encontram explanadas no Art.º 3.º do D.L. nº 22/2012, de 30 de janeiro², conforme exposto a seguir:

MISSÃO DA ARSN,I.P.:

A ARSN,I.P., tem por missão garantir à população da região Norte o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P.:

São atribuições da ARSN,I.P., no âmbito das circunscrições territoriais:

- a) Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;
- b) Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- c) Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;

² Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **8** de **33**

- d) Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;
- e) Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;
- f) Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;
- g) Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;
- h) Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;
- i) Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou atuem no âmbito das áreas referidas nas alíneas e) e f);
- j) Celebrar, acompanhar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público -privadas, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e afetar os respetivos recursos financeiros;
- l) Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como nas áreas referidas nas alíneas e) e f);
- m) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;
- n) Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referênciação;
- o) Afetar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;
- p) Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;
- q) Licenciatar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do sector social e privado;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

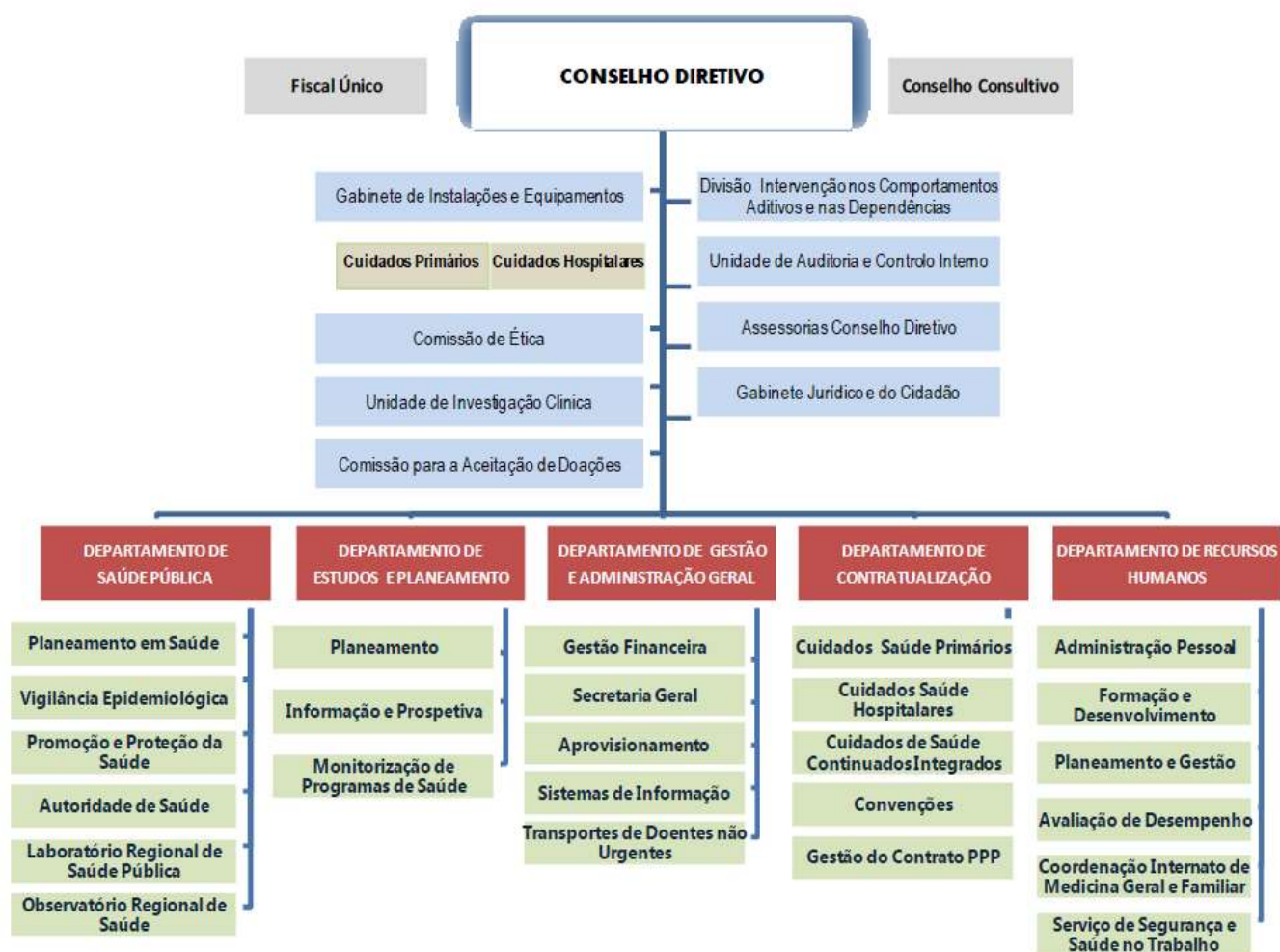
Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **9** de **33**

r) Emitir pareceres sobre planos diretores de unidades de saúde, bem como sobre a criação, modificação e fusão de serviços;

s) Emitir pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instalações de prestadores de cuidados de saúde.

Para a prossecução das suas atribuições, as ARS, I. P., podem colaborar entre si e com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação em vigor.

2.2. ORGANOGRAMA DA ARSN,I.P.



PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01
Revisão: 00
Página 10 de 33

2.3. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Através da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio, foi determinado que a organização interna da ARSN,I.P., fosse constituída por serviços centrais, e ainda por serviços desconcentrados - Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES).

Adicionalmente, através da Portaria nº 213/2013 de 27 de junho, foi constituída a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), cujas competências se encontram explanadas no Art.º 2.º desta Portaria, como aditamento ao Art.º 10.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio.

Assim, tendo em conta as referidas Portarias, são serviços centrais da ARSN, I. P.:

- a) Departamento de Saúde Pública (DSP);
- b) Departamento de Estudos e Planeamento (DEP);
- c) Departamento de Contratualização (DC);
- d) Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG);
- e) Departamento de Recursos Humanos (DRH);
- f) Gabinete de Instalações e Equipamentos (GIE);
- g) Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC);
- h) Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

Por Deliberação do CD da ARSN,I.P. de 20 de julho de 2012 foram criadas três Unidades Flexíveis (cfr. Organograma – ponto 2.2. do presente Plano):

- i) Unidade de Gestão Financeira (UGF), que integra o DGAG;
- j) Unidade de Aprovisionamento (UA), que integra o DGAG;
- k) Unidade de Auditoria e Controlo Interno (UACI), na dependência direta do CD.

2.3.1. CONSELHO DIRETIVO

De acordo com o Art.º 5.º do D.L nº 22/2012 de 30 de janeiro,

1 — As ARS, I. P., são dirigidas por um **conselho diretivo**, constituído por um presidente, um vice -presidente e dois vogais nas ARS do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, por um presidente e dois vogais nas ARS do Alentejo e do Algarve.

2 — Sem prejuízo das competências que lhe forem cometidas por lei ou nele delegadas ou subdelegadas, compete ainda ao conselho diretivo:

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **11** de **33**

- a) Coordenar a organização e o funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde da respetiva região;
- b) Propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a nomeação dos conselhos de administração dos hospitais e dos serviços prestadores de cuidados de saúde;
- c) Propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a constituição ou reorganização de serviços prestadores de cuidados de saúde;
- d) Propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde, a criação, modificação ou extinção de unidades funcionais, bem como definir as regras necessárias ao seu funcionamento, articulação e, quando existam, formas de partilha de funções comuns;
- e) Propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a aprovação dos planos de ação anuais e plurianuais e dos relatórios de execução das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde;
- f) Contratar a prestação de cuidados de saúde com entidades prestadoras de cuidados de saúde, públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos, designadamente mediante a celebração de acordos, convenções e contratos programas;
- g) Celebrar acordos com as instituições particulares de solidariedade social para ações de apoio domiciliário;
- h) Dar parecer sobre os orçamentos das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde;
- i) Dar parecer sobre os projetos de mapas ou dotações de pessoal das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, de harmonia com as respetivas necessidades de recursos humanos;
- j) Autorizar a mobilidade do pessoal das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde prevista na lei geral.

3 — Sem prejuízo do disposto na alínea j) do número anterior, a mobilidade do pessoal afeto às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde entre regiões é autorizada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — O conselho diretivo pode delegar nos seus membros as competências que lhe sejam cometidas.

→ **O CD da ARSN,I.P. é constituído pelos seguintes elementos:**

Presidente: - Dr. Pimenta Marinho
Vice-Presidente: - Dra. Rita Moreira
Vogais: - Dra. Paula Duarte
- Dr. Ponciano Oliveira

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **12** de **33**

2.3.2. AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

Conforme exposto no Artigo 3º do D.L. nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica

São atribuições dos ACES:

- a) Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.
- b) Desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua.

→ **DIRETOR EXECUTIVO (DE)** - De acordo com o Artigoº 20.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, o DE gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES, competindo -lhe:

- a) Representar o ACES;
- b) Celebrar contratos -programa com o conselho diretivo da ARS, I. P., e contratos de execução com as unidades funcionais do ACES, e zelar pelo respetivo cumprimento;
- c) Elaborar os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, com os respetivos orçamentos, e submete -los à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.;
- d) Promover a instalação e o funcionamento de sistema eficaz de informação e comunicação;
- e) Verificar a regularidade da contabilidade e da escrituração;
- f) Avaliar o desempenho das unidades funcionais e de serviços de apoio e responsabilizá-los pela utilização dos meios postos à sua disposição e pela realização dos objetivos ordenados ou acordados;
- g) Promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respetivos coordenadores;
- h) Gerir com rigor e eficiência os recursos humanos, patrimoniais e tecnológicos afetos à sua unidade orgânica, otimizando os meios e adotando medidas que permitam simplificar e acelerar procedimentos e promover a aproximação à sociedade e a outros serviços públicos;
- i) Identificar as necessidades de formação específica dos funcionários da sua unidade orgânica e propor a frequência das ações de formação consideradas adequadas ao suprimento das referidas necessidades, sem prejuízo do direito à autoformação;
- j) Proceder ao controlo efetivo da assiduidade, pontualidade e cumprimento do período normal de trabalho por parte dos funcionários da sua unidade orgânica;
- l) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados na respetiva unidade orgânica, exceto quando contenham matéria confidencial ou reservada, bem como a restituição de documentos aos interessados;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **13** de **33**

- m) Autorizar o exercício de funções a tempo parcial;
 - n) Justificar ou injustificar faltas;
 - o) Conceder licenças e autorizar o regresso à atividade, com exceção da licença sem vencimento por um ano por motivo de interesse público e da licença de longa duração;
 - p) Autorizar o gozo e a acumulação de férias e aprovar o respetivo plano anual;
 - q) Autorizar o abono do vencimento de exercício perdido por motivo de doença;
 - r) Autorizar a inscrição e participação do pessoal em congressos, reuniões, seminários, colóquios, cursos de formação em regime de autoformação ou outras iniciativas semelhantes que decorram em território nacional quando, não importem custos para o serviço;
 - s) Autorizar o pessoal a comparecer em júízo quando requisitado nos termos da lei de processo;
 - t) Outras que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.
- 2 — O diretor executivo designa, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, quer para contactos com a comunidade, quer para a gestão quotidiana das instalações e equipamentos do centro de saúde.

→ **CONSELHO EXECUTIVO (CE)** - Nos termos do Artigoº 20.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, compete ao CE:

- a) Aprovar os planos plurianuais e anuais de atividades das várias unidades funcionais, com as respetivas dotações orçamentais;
- b) Elaborar o relatório anual de atividades e a conta de gerência e submetê-los à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.;
- c) Elaborar o regulamento interno de funcionamento do ACES e submetê-lo à aprovação do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., num prazo de 90 dias;
- d) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica;
- e) Celebrar, com autorização do conselho diretivo da ARS, I. P., protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não, nomeadamente com as autarquias locais;
- f) Promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive em sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACES, dos planos e relatórios de atividades e dos pareceres dados sobre eles pelo conselho da comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projetos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACES.

O CE é composto, nos termos do Artigoº 23.º do D.L nº 28/2008 de 22 de Fevereiro:

- a) Pelo diretor executivo, que preside;
- b) Pelo presidente do conselho clínico;
- c) Pelo presidente do conselho da comunidade.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **14** de **33**

→ **CONSELHO CLÍNICO E DA SAÚDE (CCS)** - Nos termos do Artigoº 25.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, o CCS é composto por um presidente e três vogais. O presidente é um médico da especialidade de medicina geral e familiar habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efetiva na especialidade, a exercer funções no ACES.

Os vogais do CCS são:

- a) Um médico da especialidade de saúde pública, habilitado pelo menos com o grau de consultor e com experiência efetiva na especialidade, a exercer funções no ACES;
- b) Um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista e com experiência efetiva nos cuidados de saúde primários, a exercer funções no ACES;
- c) Um profissional designado de entre profissionais de saúde do ACES, a exercer funções no ACES.

O presidente é designado por deliberação fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, I. P., sob proposta do diretor executivo.

Os vogais são designados pelo CD da ARSN, I.P., sob proposta fundamentada do presidente do CC do ACES.

Os membros do CCS devem possuir conhecimentos técnicos em cuidados de saúde primários, prática em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco.

Nos termos do Artigo 26.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, compete ao CC:

- a) Avaliar a efetividades dos cuidados de saúde prestados;
- b) Dar diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais;
- c) Fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- d) Aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes;
- e) Propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das orientações e protocolos clínicos;
- f) Apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico -profissional e de gestão clínica;
- g) Verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACES;
- h) Organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação;
- i) Decidir sobre conflitos de natureza técnica.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **15** de **33**

→ **UNIDADE DE APOIO À GESTÃO (UAG)** - Nos termos do Artigoº 25.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro a UAG, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACES, presta apoio administrativo e geral ao DE, ao CC e às unidades funcionais, cabendo-lhe designadamente:

- a) Prestar assessoria técnica em todos os domínios da gestão do ACES;
- b) Acompanhar a execução dos contratos - programa celebrados entre o ACES e o CD da ARSN, I.P.;
- c) Colaborar na elaboração dos planos de atividade e orçamentos e acompanhar a respetiva execução;
- d) Analisar a eficácia das políticas de gestão dos recursos humanos, dos equipamentos e financeira e elaborar os respetivos relatórios anualmente e quando solicitados pelo diretor executivo;
- e) Monitorizar e disponibilizar informação sobre faturação e prescrição;
- f) Assegurar e organizar os procedimentos administrativos respeitantes à gestão de bens e equipamentos afetos ao ACES e garantir o controlo de consumos;
- g) Assegurar o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contraceptivos e demais medicamentos e material de consumo clínico;
- h) Coordenar os serviços de segurança, apoio e vigilância ao ACES e suas unidades funcionais.

A UAG exerce as suas funções em articulação funcional com os serviços de apoio da respetiva ARS, I.P., nomeadamente através da utilização de serviços partilhados.

A UAG tem um responsável, designado pelo DE do ACES, de entre licenciados com experiência e formação preferencial nas áreas de economia, gestão ou administração e experiência na área da saúde.

Para o exercício das tarefas enunciadas na alínea g) do n.º 1 é designado um técnico superior com formação e experiência adequadas.

→ **GABINETE DO CIDADÃO (GC)** - Nos termos do Artigo 25.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, compete especialmente ao GC do ACES:

- a) Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- c) Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativas aos cuidados prestados e responder às mesmas;
- d) Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

O gabinete do cidadão organiza canais de comunicação com cada centro de saúde do ACES.

→ **UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP)** - Nos termos do Artigo 12º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, a USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **16** de **33**

população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

A autoridade de saúde a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde, nos termos do disposto na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de Saúde Pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos Órgãos Municipais com responsabilidades de saúde.

Nos termos do Art.º 14.º do D.L n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro:

Ao coordenador da USP compete, designadamente:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional;
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
- c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;
- e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades;
- g) Representar a unidade perante o DE.

Nos termos do Art.º 15.º do D.L n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, os coordenadores são designados por decisão fundamentada do DE do ACES, depois de ouvido o CC, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função. Os coordenadores das USP são designados de entre médicos da especialidade de Saúde Pública habilitados com o grau de consultor e com experiência efetiva na especialidade.

Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **17** de **33**

c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

→ **UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)** - Nos termos do D.L n° 297/2007 de 22 de agosto, as USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. (Art.º 3º).

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. (Art.º 4º). A estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral (Art.º 11º).

O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo Despacho que aprova a constituição da USF. O coordenador da equipa exerce as suas competências nos termos previstos no regulamento interno da USF (artigo 12º).

Compete ao coordenador da equipa, de acordo com o Artigo 12º do D.L n° 297/2007 de 22 de agosto:

- a) Coordenar as atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da USF;
- b) Gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento;
- c) Presidir ao conselho geral da USF;
- d) Assegurar a representação externa da USF;
- e) Assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de ação e o relatório de atividades;
- f) Autorizar comissões gratuitas de serviço no País.

O coordenador da equipa detém as competências para, no âmbito da USF, confirmar e validar os documentos que sejam exigidos por força de lei ou regulamento.

O coordenador da equipa exerce, também, as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direção intermédia do 1.º grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação. Com exceção das previstas nas alíneas a) e c) do n.º 4 do mesmo Artigo, o coordenador da equipa pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro ou noutros elementos da equipa.

O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.

São competências do Conselho Geral (Artigo 12º):

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **18** de **33**

- a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais;
- b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
- c) Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação;
- d) Propor a nomeação do novo coordenador;
- e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
- f) Pronunciar -se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.

O Conselho Técnico (Artigo 14º) é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional.

Compete ao Conselho Técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade. Compete também ao conselho técnico:

- a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
- b) Elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas;
- c) Organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação.

→ **UNIDADES CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP)** - Nos termos do Artigo 10º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, as UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

As equipas das UCSP são compostas por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Nos termos do Art.º14.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, ao coordenador da unidade compete, designadamente:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional;
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
- c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;
- e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **19** de **33**

g) Representar a unidade perante o diretor executivo.

Nos termos do Artigo 15.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, os coordenadores são designados por decisão fundamentada do DE do ACES, depois de ouvido o CC, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função.

O coordenador da UCSP é designado de entre médicos especialistas de medicina geral e familiar, habilitados com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade. Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

→ **UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)** - Nos termos do Artigo 11.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no D.L. n.º 101/2006, de 6 de junho.

Nos termos do Artigo 14.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, ao coordenador da unidade compete, designadamente:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional;
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
- c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **20** de **33**

- e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades;
- g) Representar a unidade perante o diretor executivo.

Nos termos do Artigo 15.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, os coordenadores são designados por decisão fundamentada do DE do ACES, depois de ouvido o CC, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função. O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiro com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na respetiva área profissional;

Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

→ **UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS (URAP)** - Nos termos do Artigo 13.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, a URAP presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais do ACES e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais. Nos termos do Artigo 14.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, ao coordenador da unidade compete, designadamente:

- a) Programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional
- b) Assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACES;
- c) Assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- d) Promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;
- e) Elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao diretor executivo;
- f) Elaborar o relatório anual de atividades;
- g) Representar a unidade perante o diretor executivo.

Nos termos do Artigo 15.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, os coordenadores são designados por decisão fundamentada do DE do ACES, depois de ouvido o CC, de entre profissionais com conhecimentos e experiência

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01
Revisão: 00
Página 21 de 33

adequados ao exercício da função. O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respetiva área profissional;

Constituem critérios preferenciais de designação:

- a) A competência demonstrada no exercício de funções de coordenação e gestão de equipa na área dos cuidados de saúde primários;
- b) A competência técnica;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

A ARSN,I.P. dispõe de 21 ACES distribuídos por cinco distritos:

→ **Braga:**

- # ACES do Alto Ave - Guimarães/Vizela/Terras de Basto
- # ACES do Cávado I - Braga
- # ACES do Cávado II - Gerês/Cabreira
- # ACES do Cávado III – Barcelos/Esposende
- # ACES do Ave - Famalicão

→ **Vila Real:**

- # ACES de Trás-os-Montes – Alto Tâmega e Barroso
- # ACES do Douro I – Marão e Douro Norte

→ **Porto:**

- # ACES do Grande Porto I – Stº Tirso/Trofa
- # ACES do Tâmega I – Baixo Tâmega
- # ACES do Tâmega II – Vale do Sousa Sul
- # ACES do Tâmega III – Vale do Sousa Norte
- # ACES do Grande Porto II – Gondomar
- # ACES do Grande Porto III – Maia/Valongo
- # ACES do Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde
- # ACES do Grande Porto V – Porto Ocidental
- # ACES do Grande Porto VI – Porto Oriental
- # ACES do Grande Porto VII – Gaia

→ **Aveiro:**

- # ACES do Grande Porto VIII – Espinho/Gaia
- # ACES de Entre o Douro e Vouga I – Feira/Arouca
- # ACES de Entre o Douro e Vouga II – Aveiro Norte

→ **Viseu:**

- # ACES do Douro II – Douro Sul

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01
Revisão: 00
Página 22 de 33

3. PARTE II – IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS/ PARTE III – MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS

De acordo com o *Guião* publicado em setembro de 2009 pelo CPC as **Partes II e III** do PPRCIC, relativamente aos **ACES da ARSN,I.P.**, caracterizam-se nos seguintes termos:

Parte II

→ *Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas tendo em conta as funções da entidade. Devem ser identificados e caracterizados por unidade orgânica os respetivos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. Estes riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco elevado, risco moderado e risco fraco, em função do grau de probabilidade de ocorrência (elevado, moderado ou fraco). Por sua vez, este grau de probabilidade deverá ser aferido a partir da própria caracterização de cada uma das funções.*

Grau de Probabilidade de Ocorrência	Baixa	Moderada	Elevada
Fatores de classificação	Existe possibilidade de ocorrer. Poderá ser minimizado quando aplicadas as medidas de controlo disponíveis.	Existe possibilidade de ocorrer. Poderá ser minimizado quando tomadas decisões e desenvolvidas ações adicionais.	Existe grande possibilidade de ocorrer. Não existem condições de o minimizar, mesmo aplicando as medidas de controlo e emitindo decisões e desenvolvendo ações adicionais.

Parte III

→ *Medidas preventivas dos riscos identificados. Devem ser indicadas as medidas que previnam a sua ocorrência, tais como mecanismos de controlo interno, segregação de funções, declarações de interesses, definição prévia de critérios gerais e abstratos de concessão de benefícios públicos, criação de gabinetes de auditoria interna em especial nas entidades de maior dimensão, controlo efetivo das situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesses. Esta é uma enumeração meramente exemplificativa.*

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **23** de **33**

**3.1.AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO GRANDE PORTO III (ACES GPIII) –
MAIA/VALONGO**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
ACES	Unidade Orgânica/ Funcional/ Apoio	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Diretor Executivo		Proceder à análise do funcionamento interno, gestão de conflitos de interesse na elaboração das normas orientadores do ACES Maia/Valongo.	Baixo	Baixo	Divulgação do código de conduta e cumprimento do manual de funcionamento.
			Ausência de registo da monitorização e elaboração de medidas tendentes a melhorar os serviços.	Baixo	Baixo	Divulgação dos resultados da auditorias internas considerados relevantes.
			Ausência de comunicação ou desconhecimento dos fundamentos das queixas dos utentes.	Moderado	Moderado	Implementar o processo de reclamação e queixas e processar respostas pelo Gabinete do Cidadão
			Implementação das campanhas de comunicação interna e externa.	Moderado	Moderado	Rotatividade e definição das campanhas dirigidas aos diferentes públicos alvo.
			Observação das normas legais e Regulamentos em Recursos Humanos com recrutamento do pessoal dentro do princípio de equidade e utilização excessiva de recurso de trabalho extraordinário.	Baixo	Baixo	Elencar critérios objetivos de seleção de candidatos nas mobilidades. Elaboração de orientações no sentido da não utilização de trabalho extraordinário.
			Erros na gestão corrente ou de avaliação técnica da coordenação das atividades do ACES.	Baixo	Baixo	Plano anual de formação, legislação, regulamentos, normas, despachos e ordens de serviço.
			Erros na avaliação, informação deficiente, favorecimento, tráfego de influências, nos procedimentos na administração de bens e prestação de serviços.	Moderado	Moderado	Normas de procedimentos internos e normas de procedimentos em vigor.
	Conselho Executivo		Parcialidade na elaboração de parcerias e/ou protocolos	Baixo	Baixo	Implementação do sistema de registo de protocolos e ou parcerias com divulgação dos critérios
	Conselho Clínico e da Saúde		Flexibilização da validação dos critérios para atribuição da verba relativa aos incentivos institucionais e financeiros.	Baixo	Baixo	Definição à priori da metodologia/critérios de verificação dos requisitos; casos excecionais devidamente aprovados pelo DC ARSN.
			Parcialidade na emissão de Pareceres e/ou Conclusões.			Definição à priori da metodologia/critérios de verificação dos requisitos devidamente aprovados pelo Diretor Executivo
			Parcialidade na aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública.			Utilização de plataforma eletrónica e consequente elaboração de relatórios por fases de avaliação.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **24** de **33**

ACES Grande Porto III – Maia / Valongo	Conselho da Comunidade		Parcialidade na elaboração de parcerias e/ou protocolos.	Baixo	Baixo	Implementação do sistema de registo de protocolos e ou parcerias com divulgação dos critérios.
	Unidade de Apoio à Gestão (UAG)	Secretariado	Existência deficiente de um registo de entrada de correspondência	Baixo	Baixo	Implementação de um sistema de registo mais eficiente.
			Receção não controlada de toda a correspondência destinada ao ACES	Baixo	Baixo	
		Gestão Recursos Humanos	Processamentos indevidos de: -remunerações. -abonos/ajudas de custo/subsídios. -Trabalho extraordinário/ trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados.	Baixo	Baixo	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Considerar, indevidamente, que se encontram cumpridos os requisitos aquando da análise de requerimentos de acumulação de funções.	Baixo	Baixo	Segregação de funções dos trabalhadores.
			Atribuição de dias a mais de férias ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Plano de Férias.	Baixo	Baixo	
		Gestão de Aprovisionamento	Desvio de existências.	Baixo	Baixo	Realização de contagens físicas periódicas aos materiais de consumo administrativo e hoteleiro.
			Inexistência de um sistema estruturado de gestão do material/equipamento inventariável.	Moderado	Moderado	Implementação de um sistema de registo eficiente.
		Gestão Financeira	Possibilidade de alteração do valor e do NIB nas transferências bancárias.	Baixo	Baixo	Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à conciliação bancária
			Pagamento de despesas não autorizadas.	Baixo	Baixo	Os profissionais que efetuam os pagamentos não são os mesmos que cabimentam e processam a despesa.
			Desvio de receita referente a taxas moderadoras.	Baixo	Baixo	O valor da receita proveniente da cobrança de taxas moderadoras deve ser depositado, diariamente, na respetiva conta bancária.
	Gabinete do Cidadão (GC)	Serviço Social	Manipulação de Opinião	Baixa	Baixa	- Formação Regular - Informação Constante - Divulgação de Legislação - Definição de Procedimentos
ACES Grande Porto III – Maia / Valongo	Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)	Instalações e Equipamentos	Extravio dos equipamentos ou sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Moderado	Moderado	Criar uma listagem de equipamentos Criar procedimentos de controlo do equipamento. Manter atualizada (numa base de dados) o inventário dos equipamentos Contagens físicas periódicas. Existência de registos de não conformidade, resultante de registos efetuados pelas profissionais aquando da verificação de discrepâncias de existências

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **25** de **33**

			Receção não controlada dos equipamentos em termos de qualidade e quantidade.	Baixo	Baixo	Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/ quantidade. Assinatura e confirmação do material recebido em documento descritivo do mesmo. Registo em suporte papel e/ou informática do material/ equipamento rececionado.
		Receção e Armazenamento de bens e receção de Serviços	Falha do controlo de qualidade dos procedimentos e produtos armazenados	Moderado	Moderado	Supervisão dos procedimentos adotados. Melhoria dos procedimentos de controlo da qualidade. Segregação de funções Contagens físicas periódicas. Utilização comum de sistema informático de gestão de <i>stocks</i> . Criação do manual interno. Formação.
		Área Administrativa	Deficiente organização e sistematização	Moderado	Moderado	Proporcionar a existência de pessoal administrativo.
		Sistemas e Tecnologias de Informação e Gestão de dados	Interrupção de serviço contínuo e consequente perda de informação.	Elevado	Elevado	Existência de <i>backups</i> .
			Acesso a informação privilegiada	Moderado	Moderado	Criar procedimentos de acesso.
ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)	Gestão de Arquivo Documental Geral	Extravio de documentos ou sua inutilização, por ação humana ou causas naturais Acesso a informação privilegiada	Baixo	Moderado	Verificação do cumprimento das regras de manuseamento e utilização dos documentos. Criar uma listagem de documentos. Designação do responsável de gestão do arquivo. Criar local de depósito do arquivo morto.
			Deterioração dos documentos causados pela ação humana resultante de acondicionamento incorreto da documentação.	Baixo	Moderado	Procedimentos de acondicionamento dos documentos utilizando os sistemas e materiais mais adequados e revisão de procedimentos Disponibilização preferencial dos documentos em suporte alternativo ou formato digital
			Informação não integrada - Ferramentas informáticas que não comunicam entre si (Gestcare, CCI e SCLinico).	Elevado	Moderado	Ferramentas informáticas que comuniquem entre si e permitam relatórios.
ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)	Gestão de Correspondência	Controlo deficiente da confidencialidade dos registos e documentos referentes a receção, registo, distribuição e expedição de correspondência. Dispersão do registo de entrada e saída de informação. Acesso a informação	Moderado	Moderado	Gestão de correspondência realizada através de sistema informático. Implementação de mecanismos de controlo para assegurar a confidencialidade dos registos e documentos à receção, registo, distribuição e expedição de correspondência
		Gestão de segurança dos sistemas de informação	Acesso indevido a dados; Partilha de senhas entre os utilizadores; Manipulação ou destruição de dados; Apropriação de códigos de acesso; Acesso a informação privilegiada.	Moderado	Moderado	Alteração periódica das senhas de acesso; Avaliação dos níveis de segurança e controlo de acesso à informação

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **26** de **33**

ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo		Gestão dos Processos dos Utentes	Tratamento desconforme dos processos.	Baixo	Baixo	Existência de <i>checklists</i> atualizadas; Existência e atualização de Manuais de procedimentos.
		Desenvolvimento de atividades de promoção da saúde/ prevenção da doença, prestação de cuidados e articulação / parceria com outros serviços para a continuidade de cuidados.	Permeabilidade à influência de entidades externas, em troca de benefícios	Baixo	Baixo	Divulgação e cumprimento das normas e procedimentos instituídos. Cumprimento da legislação vigente.
			Favoritismo por determinado profissional relativamente à frequência de formação.	Baixo	Baixo	Ponderação com base em critérios pré-definidos (pertinência; temática; frequência; disponibilidade) Programação de frequência atempada, por forma a garantir os pressupostos definidos
	Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC)		Permanência dos doentes nas Unidades de Internamento	Baixo	Baixo	Monitorização da manutenção dos critérios de saúde e sociais dos doentes. Preparação da alta desde a admissão do doente.
			Tratamentos desconformes dos processos.	Moderado	Elevado	Existência de manual de procedimentos. Ausência de parametrização do SClínico no que respeita aos processos chaves da UCC para os diferentes projetos.
			Desvalorização de reclamações ou não dar seguimento às mesmas.	Baixo	Moderado	Sensibilização dos profissionais de saúde para o eficaz tratamento de reclamações/sugestões. Existência de registo dos mesmos. Cumprimento do procedimento definido do Notific@, através do elemento destacado para o efeito.
			Receção não controlada de equipamentos destinados aos ACES.	Moderado	Moderado	Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/ quantidade. Em cumprimento com o manual de articulação.
			Favoritismo de referenciação de fornecedores de ajudas técnicas.	Moderado	Moderado	Listagem atualizada de fornecedores locais para facilitação de deslocação geográfica e indicação de locais de pesquisa de outros potenciais fornecedores, realizada pelo ACES Maia/Valongo.
		Domiciliária	Risco de isolamento.	Baixo	Baixo	Proporcionar meios de comunicação.
		Sistemas e tecnologias de informação e gestão de dados	Risco de interrupção de serviço contínuo e consequente perda de informação.	Elevado	Elevado	Existência de backups. Falhas constantes do sistema informático.
			Acesso a informação privilegiada	Moderado	Moderado	Criar procedimentos de acesso
		Área Administrativa	Risco de deficiente organização e sistematização	Moderado	Moderado	Proporcionar a existência de pessoal administrativo

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **27** de **33**

		Receção e armazenamento de bens e receção de serviços	Risco de falha do controlo de qualidade dos procedimentos e produtos armazenados.	Moderado	Moderado	Supervisão dos procedimentos adotados. Melhoria dos procedimentos de controlo da qualidade. Segregação de funções Contagens físicas periódicas. Utilização comum de sistema informático de gestão de stocks. Criação do manual interno. Formação
		Instalações e equipamento	Risco de extravio dos equipamentos ou sua inutilização, por ação humana ou causas naturais	Baixo	Baixo	Criada uma listagem de equipamentos; Criado procedimentos de controlo do equipamento; Manter atualizada (numa base dados) o inventário dos equipamentos; Contagens físicas periódicas.
		Gestão Patrimonial de Instalações e Recursos Materiais	Desvio e/ou utilização indevida de bens e serviços para benefício próprio.	Baixo	Baixo	Contagens físicas periódicas de equipamento existentes de acordo com o inventário fornecido pelo ACeS. Existência de registos de não conformidade, resultado de registos efetuados pelos profissionais aquando da verificação de discrepância de existências. Garantir o registo de entrada e Saída do material. Reporte do desaparecimento de bens. Registo da quilometragem do veículo de serviço. Comunicação de intercorrências
		Atendimento	Incorreto encaminhamento ou discriminação no atendimento telefónico ou presencial.	Moderado	Moderado	Conhecimento do procedimento no atendimento, cortesia no atendimento
ACES Grande Porto III - Maia/ Valongo	Unidade de Saúde Pública (USP)	---	Permeabilidade à influência de entidades externas na emissão de pareceres técnicos envolvendo as mesmas, em troca de benefícios.	Baixo	Baixo	Revisão de cada parecer, pelo menos por mais um técnico ou pelo respetivo superior hierárquico.
	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	Coordenação	Controlo indevido da assiduidade.	Baixo	Baixo	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de Férias.	Baixo	Baixo	
			Favorecimento a trabalhadores aquando da aplicação das regras de Comissão de Serviço.	Baixo	Baixo	
		Áreas Profissionais da URAP	Favorecimento no atendimento de utentes.	Elevado	Baixo	Cumprimento das regras aplicáveis à lista de espera (por ordem de entrada com exceção em situações de prioridade).
		Secretariado Clínico	Receção não controlada de materiais destinados à Unidade.	Moderado	Baixo	Conferência/verificação da qualidade/quantidade.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **28** de **33**

			Desvio de existências.	<i>Elevado</i>	<i>Baixo</i>	Realização de contagens periódicas com registo
			Desvio de numerário de taxas moderadoras.	<i>Moderado</i>	<i>Baixo</i>	No final do dia/turno, os secretários clínicos entregam as Fichas de Trabalho Diárias, juntamente com a receita arrecadada no dia em numerário.
ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Unidade de Saúde Familiar (USF/UCSP)	<i>Médica</i>	Permeabilidade à pressão da Indústria farmacêutica influenciando a prescrição médica.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Avaliação da prescrição por médico segundo as NOC.
			Permeabilidade à pressão da Indústria farmacêutica com propostas de formação tendendo de modo indireto a influenciar a prescrição.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Avaliação da prescrição por médico segundo as NOC.
			Permeabilidade à pressão dos Laboratórios e Gabinetes fornecedores de MCDT influenciando a orientação para esses locais.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Publicitação na sala de espera da lista apenas das entidades convencionadas por área geográfica, fornecido pelo ACES/ARSNIP para escolha sem influências.
			Favorecimento de determinadas empresas da indústria farmacêutica em detrimento de outras	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Agendamento obrigatório das visitas dos delegados de informação médica na plataforma própria - Obrigatoriedade de registo na plataforma informática própria de todas as ofertas recebidas da indústria farmacêutica - Avaliação regular do padrão de prescrição médica, bem como dos gastos com medicação, de forma a detetar desvios observáveis de alteração na prescrição - Fornecimento pelos serviços centrais de todos os instrumentos e material identificado pelos profissionais como necessário - Cumprimento atempado do programa de investimentos dos incentivos institucionais atribuídos à USF
			Favorecimento no atendimento de utentes fora dos horários estabelecidos e fora da programação	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Obrigatoriedade de contacto com o secretariado clínico prévio ao atendimento pelo médico - Cumprimento da recomendação de orientação dos utentes para consulta aberta em regime de intersubstituição quando o pedido de contacto seja feito fora do período de consulta aberta
			Permeabilidade à influência de entidades externas na prescrição ou atitudes terapêuticas	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimento das normas de orientação clínica emitidas pela Direção Geral de Saúde - Cumprimento das Guidelines nacionais e internacionais relativas ao diagnóstico e tratamento - Reuniões clínicas formativas sobre as NOC e sobre diagnóstico e tratamento médico

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **29** de **33**

			Acumulação de funções que não sejam compatíveis com o exercício da função exercida.	Baixo	Baixo	Todos os profissionais assinam declaração de não acumulação de funções incompatíveis com a sua atividade
			Situações de conluio entre médicos e DIM.	Baixo	Baixo	Atendimento de DIM com agendamento prévio de visita. Cumprimento por parte dos profissionais das orientações para uma ética profissional.
			Vinhetas em local de fácil acesso	Elevado	Elevado	Cada profissional ser responsável pelas suas vinhetas.
			Referenciação hospitalar inadequada e falta de acompanhamento posterior de tal referenciação.	Moderado	Moderado	Cumprimento das orientações normativas.
		Enfermagem	Receção não controlada dos produtos/ equipamentos em termos de quantidade/ qualidade.	Baixo	Moderado	Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/ quantidade.
			Desvio de medicação.	Baixo	Moderado	Controlo e gestão de stocks. Preenchimento de guia terapêutica na administração de estupefacientes e benzodiazepinas.
			Desvio de existências.	Baixo	Moderado	Realização de contagens físicas periódicas, aos materiais de grande volume financeiro, vacinas e planeamento familiar.
		Enfermagem	Favorecimento no atendimento de utentes fora da programação.	Baixo	Baixo	Obrigatoriedade de contacto com o secretariado clínico prévio ao atendimento pela equipa de enfermagem
			Favorecimento de determinadas empresas da indústria farmacêutica em detrimento de outras.	Baixo	Baixo	- Agendamento obrigatório das visitas dos delegados de informação médica na plataforma própria. - Proibição da aceitação de ofertas ou brindes para entrega aos utentes que tenham informação comercial visível. - Fornecimento de material adequado e em quantidade suficiente pelos serviços centrais para suprir as necessidades identificadas pelos profissionais.
			Risco de entrega de material clínico aos utentes.	Baixo	Baixo	Stocks controlados pelo programa Iberia.
			Desvio de Estupefacientes	Elevado	Elevado	Guardar em cofre.
		Secretariado Clínico	Receção não controlada dos produtos/ equipamentos em termos de quantidade/ qualidade.	Baixo	Moderado	Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/ quantidade.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01

Revisão: 00

Página 30 de 33

			Desvio de numerário (taxas moderadoras)	Baixo	Moderado	O numerário deve ser depositado, na respetiva conta bancária, diariamente, segundo mapa emitido pelo sector financeiro da UAG (justificação de recibos anulados). Depósito diário na instituição bancária do valor apurado, com arquivo do comprovativo de depósito e respetivas cópias dos totais apurados
			Favorecimento de utentes na inscrição, chamada e atendimento nos balcões de atendimento ao público.	Baixo	Baixo	- Obrigatoriedade de retirada de senha de ordem no sistema disponibilizado para todos os contactos com o secretariado clínico - Obrigatoriedade de chamada pelos números de ordem do sistema de distribuição de senhas - Rotatividade de funções e locais no atendimento aos utentes
			Favorecimento de utentes na atribuição e isenção de pagamento de taxas moderadoras.	Baixo	Baixo	- Cumprimento da legislação em vigor, sem exceção, de atribuição de isenção de pagamento de taxas moderadoras
			Identificação equivocada do utente.	Baixo	Moderado	Solicitar a identificação do utente (cartão do cidadão ou 2 elementos de identificação distintos), que permita a identificação inequívoca do utente.
			Violação da confidencialidade – fácil acesso a dados clínicos dos utentes.	Elevado	Elevado	Alargamento da área de <i>backoffice</i> . Criação de espaços para o arquivo adequado dos processos clínicos em papel.
	ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Unidade de Saúde Familiar (USF/UCSP)	Controlo indevido da assiduidade (processamento de faltas e aceitação de justificações indevidas).	Baixo	Moderado	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Trabalho Extraordinário.	Baixo	Moderado	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Favorecimento a trabalhadores aquando da aplicação das regras da Formação Externa e Interna.	Baixo	Moderado	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Deficiente avaliação dos requisitos na análise do requerimento de Acumulação de Funções.	Baixo	Baixo	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.
			Risco e inadequação das necessidades de coordenação.	Baixo	Moderado	Avaliação do processo formativo pela equipa e avaliação da eficácia da formação.
	Todas as Unidades	Todos os profissionais cujos riscos são transversais	Falhas na inserção de dados informáticos relativos aos utentes por parte dos profissionais das Unidades Funcionais.	Moderado	Moderado	Sensibilização dos profissionais para uma maior atenção no manuseamento dos dados dos utentes com penalizações para o incumprimento.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01

Revisão: 00

Página 31 de 33

			<ul style="list-style-type: none"> - Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos. - Existência de situações de conluio entre os concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários. - Existência de favoritismo injustificado. - Tratamento preferencial e parcial de processos derivado às pressões das Entidades privadas. 	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisões de contratação de pessoal em conselho geral. - Imparcialidade. - Ausência de favoritismos no tratamento dos utentes, profissionais e entidades convencionadas.
ACES Grande Porto III – Maia/ Valongo	Todas as Unidades	Todos os profissionais cujos riscos são transversais Todas as Áreas / Serviços	Existência deficiente de um sistema estruturado de gestão de stocks.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/quantidade.
			Desvio de existências.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Contagens físicas periódicas aos materiais de consumo de grande volume financeiro.
			Permeabilidade à influência de entidades externas nas decisões relativas à prática médica ou de enfermagem.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Avaliação da prescrição por médico segundo as NOC e atentar às mesmas em qualquer procedimento.
			Favoritismo no tratamento dos pedidos dos utentes.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Cumprimento do Regulamento Interno. Rotatividade de funções no atendimento aos utentes.
			Risco de extravio dos equipamentos ou sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Verificação do cumprimento das regras de manuseamento e utilização dos documentos.
			Risco de falha do controlo de qualidade dos procedimentos e produtos armazenados.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Supervisão dos procedimentos adotados. Melhoria dos procedimentos de controlo da qualidade. Segregação de funções Contagens físicas periódicas. Utilização comum de sistema informático de gestão de stocks.
			Acesso a informação privilegiada.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Cumprimento integral da legislação em vigor quanto à proteção de dados. Criar local de depósito do arquivo morto.
			Risco de deterioração dos documentos causados pela ação humana resultante de acondicionamento incorreto da documentação.	<i>Baixo</i>	<i>Moderado</i>	Procedimentos de acondicionamento dos documentos utilizando os sistemas e materiais mais adequados e revisão de procedimentos Disponibilização preferencial dos documentos em suporte alternativo ou formato digital

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: 01

Revisão: 00

Página 32 de 33

			Risco de inadequação das necessidades de formação	Baixo	Baixo	Avaliação do processo formativo pela equipa. Avaliação da eficácia da formação.
			Controlo deficiente da confidencialidade dos registos e documentos referentes a receção, registo, distribuição e expedição de correspondência. Dispersão do registo de entrada e saída de informação. Acesso a informação.	Moderado	Elevado	Gestão de correspondência realizada através de sistema informático. Implementação de mecanismos de controlo para assegurar a confidencialidade dos registos e documentos à receção, registo, distribuição e expedição de correspondência
			Acesso indevido a dados; Partilha de senhas entre os utilizadores; Manipulação ou destruição de dados; Apropriação de códigos de acesso; Acesso a informação privilegiada	Moderado	Elevado	Gestão de segurança dos sistemas de informação
			Existência de situações de conluio entre profissionais e utentes, situações de conflito de interesse que ponham em causa o cumprimento dos procedimentos estipulados.	Baixo	Baixo	Criação de procedimentos internos a serem cumpridos por parte dos profissionais e verificação do cumprimento dos mesmos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES MAIA / VALONGO

Edição: **01**
Revisão: **00**
Página **33** de **33**

4. PARTE IV - ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS

De acordo com o *Guião* publicado em setembro de 2009 pelo CPC a **Parte IV** do PPRCIC caracteriza-se por:

Parte IV

→ *Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas. Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.*

Por ser um instrumento de gestão dinâmico, o presente **Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – Volumes I e II** (6ª Edição), será revisto sempre que se justifique, mediante proposta apresentada ao Conselho Diretivo da ARSN,I.P. pela UACI.

Será revisto também, com uma periodicidade anual, por proposta apresentada pelos Responsáveis dos ACES – cfr. Partes II e III do presente Plano, como sendo áreas de risco ao nível dos ACES, enquanto Serviços desconcentrados da ARSN,I.P..

Neste sentido, os mesmos Responsáveis diligenciarão pelo envio, à UACI, de relatório circunstanciado, onde deverão ser evidenciados os seguintes itens:

- Fase em que se encontra a implementação das medidas preventivas definidas;
- A necessidade da sua atualização.

Com a mesma periodicidade, o **Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas** será apresentado ao Conselho Diretivo da ARSN,I.P. para aprovação e, em cumprimento do ponto 1.2. da *Recomendação de 01 de Julho de 2009 do CPC*, deve ser dado conhecimento ao Conselho de Prevenção da Corrupção, ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde - “os planos e os relatórios de execução ... devem ser remetidos ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo”. Ainda, em cumprimento da *Recomendação nº 1/2010, de 07 de abril do CPC*, o mesmo Plano deve ser publicitado no Portal da ARSN,I.P. – “Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado, devem publicitar no sítio da respetiva entidade na Internet o Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas”.

Dezembro de 2018