

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS

[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página 1 de 78

Ed.	Rev.	Data	Descrição / Motivo de Revisão	Autor	Aprovação
01	00	dezembro/ 2009	→ Recomendação de 01/07/2009 do CPC.	EPAC – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 30/dezembro/2009 - Ata nº 01.
01	01	abril/ 2010	→ Execução/ Gestão do PPRCIC.	EPAC – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 07/abril/2011 - Ata nº 15.
01	02	novembro/ 2011 dezembro/ 2011	→ Execução/ Gestão do PPRCIC.	EPAC – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 21/dezembro/2011 - Ata nº 10, e em 12/abril/2012 – Ata nº 28.
02	00	dezembro/ 2012	→ Recomendação de 01/07/2009 do CPC. → Aprovação da Lei Orgânica das ARS (D.L. nº 22/2012, de 30/01. → Aprovação dos Estatutos ARSN,I.P. (Portaria nº 153/2012, de 22/05). → Recomendação de 07/11/2012 do CPC.	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 18/dezembro/2012 - Ata nº 60.
03	00	dezembro/ 2013	→ Recomendação de 01/07/2009 do CPC. → Portaria nº 213/2013 de 27 de junho. → Deliberação do CD da ARSN,I.P. de 02/dezembro/2013 – Ata nº 46. → Relatório de Execução do PPRCIC – 2012 – Inf. Int. nº 107/2013 de 10/12/2013 da UACI da ARSN,I.P..	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 16/dezembro/2013 - Ata nº 49.
04	00	janeiro/ 2015	→ Recomendação de 01/07/2009 do CPC. → Portaria nº 213/2013 de 27 de junho. → Relatório de Execução do PPRCIC – Inf. Int. nº 163/2014 de 01/12/2014; Inf. Int. nº 02/2015 de 06/01/2015 e Inf. Int. nº 20/2015 de 22/01/2015 da UACI da ARSN,I.P..	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 26/janeiro/2015 - Ata nº 05.
05	00	janeiro/ 2016	→ Recomendação de 01/07/2009 do CPC. → Recomendação de 01/07/2015 do CPC. → Inf. Int. nº 156/2015, de 29/09/2015 da UACI da ARSN,I.P.. → Relatório de Execução do PPRCIC – Inf. Int. nº 204/2015 de 30/12/2015; da UACI da ARSN,I.P.. → Inf. Int. nº 09/2016, de 27/01/2016 da UACI da ARSN,I.P..	UACI – ARSN,I.P.	Pelo Presidente do CD da ARSN,I.P. em 05/janeiro/2016 e em 30/05/2016.
06	00	março/ 2017	→ Relatório de Execução do PPRCIC dos Serviços Centrais da ARSN,I.P. (Volume I) – Inf. Int. nº 49/2017 de 22/03/2017; da UACI da ARSN,I.P.. → Alteração da imagem do documento. → Alteração da designação do documento, de PPRCIC para PGRCIC. → Alteração na composição do CD da ARSN,I.P.. → Atualização de Responsáveis.	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 05/04/2017 - Ata nº 16.
07	00	Junho/ 2018	→ Relatório de Execução do PPRCIC dos Serviços Centrais da ARSN,I.P. (Volume I) – Inf. Int. nº 40/2018 de 19/03/2017; da UACI da ARSN,I.P.. → Alteração na composição do CD da ARSN,I.P.. → Inserção de novo capítulo (3 - Matriz de Riscos / Probabilidade / Impacto / Grau de Risco). → Várias alterações quanto aos Riscos e Medidas Preventivas propostas pelos Responsáveis dos Serviços (DSP, DC/AFCCI, DC/AFCC, DGAG/UGF, DGAG/UA, DGAG/Sec. Geral, DRH, GIE, UACI) – Cfr. Inf. Int. nº 79/2018, de 08/06/2018, da UACI da ARSN,I.P...	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 06/07/2018 - Ata nº 29.

.../...

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **2** de **78**

.../...

Ed.	Rev.	Data	Descrição / Motivo de Revisão	Autor	Aprovação
08	00	abril/ 2019	<ul style="list-style-type: none">→ Relatório de Execução do PGR dos Serviços Centrais da ARSN,I.P. – Inf. Int. nº 38/2019 de 09/04/2019; da UACI da ARSN,I.P..→ Inserção da AFQ nos capítulos 2 e 4.→ Inserção de novo capítulo (5 - Identificação dos Riscos de Conflitos de Interesses / Medidas Preventivas dos Riscos).→ Várias alterações quanto aos Riscos e Medidas Preventivas propostas pelos Responsáveis dos Serviços Centrais da ARSN,I.P..	UACI – ARSN,I.P.	Pelo CD da ARSN,I.P. em 22/abril/2019 - Ata nº 13.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página 3 de **78**

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P., ORGANOGRAMA E IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	10
2.1. ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P.	10
2.2. ORGANOGRAMA DA ARSN,I.P.....	12
2.3. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS	13
2.3.1. CONSELHO DIRETIVO.....	13
2.3.2. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP).....	15
2.3.3. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP).....	16
2.3.4. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC).....	17
2.3.5. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG).....	17
2.3.6. DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)	19
2.3.7. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)	20
2.3.8. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)	20
2.3.9. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD)	21
2.3.10. UNIDADE DE GESTÃO FINANCEIRA (UGF)	23
2.3.11. UNIDADE DE APROVISIONAMENTO (UA)	23
2.3.12. UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI)	24
2.3.13. OUTRAS ÁREAS FUNCIONAIS	24
3. MATRIZ DE RISCOS / PROBABILIDADE / IMPACTO / GRAU DE RISCO	41
4. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS / MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	43
4.1. CONSELHO DIRETIVO (CD).....	43
4.2. SECRETARIADO DO CD	43
4.3. GABINETE DE RELAÇÕES PÚBLICAS E ASSESSORIA DE IMPRENSA (GRPAI)	44
4.4. GESTOR DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA HOSPITAL ESCALA BRAGA	44
4.5. COMISSÃO REGIONAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CRFT).....	45
4.6. COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES).....	46
4.7. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (UIC)	47
4.8. GRUPO COORDENADOR REGIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (GCR-PPCIRA)	48
4.9. ASSESSORIA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ACSP).....	48
4.10. EQUIPA REGIONAL DE APOIO E ACOMPANHAMENTO (ERA)	49
4.11. ÁREA FUNCIONAL DA QUALIDADE (AFQ)	49
4.12. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP)	50

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **4** de **78**

4.13. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP)	51
4.14. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)	52
4.15. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)	55
4.16. DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)	62
4.17. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)	64
4.18. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)	67
4.19. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD).....	68
4.20. UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI).....	69
5. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CONFLITOS DE INTERESSES / MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS.....	70
6. ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS	78

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **5** de **78**

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 Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC)*, 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 PGRIC, bem como procedam à avaliação da execução desses planos.

Em setembro de 2009, para servir de apoio à elaboração dos PGRIC, 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 PGRIC 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 PGRIC 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 PGRIC, 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 PGRIC da ARSN,I.P. foi elaborado de acordo com a estrutura sugerida - dividido em quatro partes, 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 Funcionais, Áreas

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **6** de **78**

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

O PGRIC então desenhado 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.

Também, de acordo com a Recomendação de 7 de novembro do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), *“as entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais”*, nomeadamente na adoção de três medidas fundamentais, que a seguir se destacam:

- 1) Elaboração de Manuais de Boas Práticas e Códigos de Conduta;
- 2) Realização de Ações de Formação / Sensibilização sobre esta temática;
- 3) Subscrição pelos trabalhadores de Declarações de Compromisso de Inexistência de Conflitos de Interesse em processos que possam de alguma forma pôr em causa a sua isenção e rigor.

Neste contexto, segundo a mesma Recomendação do CPC, o conflito de interesses no setor público *“pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.”*

Podem ser igualmente situações geradoras de conflito, *“situações que envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outras, porque participaram, direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram,*

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **7** de **78**

ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex-colaboradores.”

Ora, a questão dos conflitos de interesses no setor público, a par da problemática da corrupção, com a qual apresenta uma relação direta, tem vindo a assumir um lugar de destaque, pelo que, na Recomendação de 7 de novembro de 2012 do CPC, são evidenciadas as seguintes medidas a adotar pelos “gestores e órgãos de direção de todas as entidades do Setor Público, incluindo os que a qualquer título ou sob qualquer forma tenham de gerir dinheiros, valores ou património públicos”:

- a) Elaborar Manuais de Boas Práticas e Códigos de Conduta relativamente a todas as áreas de atuação, incluindo o período que sucede ao exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização;
- b) Identificar e caracterizar as principais áreas de risco;
- c) Identificar as potenciais situações de conflitos de interesses;
- d) Implementar mecanismos e medidas adequadas para prevenir e gerir conflitos de interesses;
- e) Identificar as sanções aplicáveis aos infratores, em conformidade com o quadro punitivo existente;
- f) Promover a sensibilização sobre esta temática e a divulgação do plano junto dos trabalhadores dos serviços.

Neste contexto, importa, desde já, referir que ARSN,I.P. dispõe de um *Código de Conduta* que se encontra publicitado no seu portal, refletindo medidas de prevenção que acautelam os riscos associados a situações de conflito de interesses, nomeadamente (cfr. Artigo 14.º - *Conflitos de interesses*):

«1. Os trabalhadores da ARS do Norte, I.P. devem evitar situações suscetíveis de originar, direta ou indiretamente, conflito de interesses, designadamente quando interesses pessoais e diretos, em determinada matéria, sejam capazes de influenciar o desempenho e imparcialidade daqueles.

2. Por interesse privado e direto entende-se qualquer potencial vantagem para o próprio, seus familiares ou afins.

3. Todos os trabalhadores deste instituto público, quando confrontados com a existência de conflitos de interesses relativamente aos processos que lhes são confiados no âmbito das suas funções e nos quais, de algum modo, tenham influência, devem comunicar por escrito aos superiores hierárquicos essa vicissitude, presumindo-se que na falta de declaração nesse sentido inexistente qualquer conflito de interesses com relação ao trabalho que desenvolvem.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **8** de **78**

4. Eventuais suspeitas de comportamentos ou situações ilícitas suscetíveis de comprometer ou afetar o dever de isenção e imparcialidade que são devidos, devem ser reportadas, por escrito, pelos trabalhadores da ARS do Norte, I.P. que delas tenham conhecimento no exercício das suas funções ao respetivo superior hierárquico.»

Na ARSN,I.P. foram identificadas as principais situações de risco de conflitos de interesses e respetivas medidas preventivas, refletidas no presente documento, que passará a denominar-se «**Plano de Gestão de Riscos [incluindo de Corrupção, Infrações Conexas e Conflito de Interesses]**» - PGR.

Assim, a estrutura do PGR da ARSN,I.P. contempla os seguintes temas:

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.

Identificação dos Riscos de Corrupção, Infrações Conexas e Conflito de Interesses, de acordo com os critérios expostos no quadro em baixo:

- Identificação dos riscos de corrupção, infrações conexas e conflitos de Interesses, 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.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **9** de **78**

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.

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 PGR 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.

Importa, ainda, neste PGR, dar ênfase ao exposto pelo CPC:

«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. 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.

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
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **10** de **78**

2. ATRIBUIÇÕES DA ARSN,I.P., ORGANOGRAMA E 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 janeiro¹, 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:

- Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;
- Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;
- Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;
- 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;
- Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;
- 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;

¹ Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **11** de **78**

- h) Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;
- i) Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou atuem no âmbito das áreas referidas nas alíneas e) e f);
- j) Celebrar, acompanhar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público -privadas, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e afetar os respetivos recursos financeiros;
- l) Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como nas áreas referidas nas alíneas e) e f);
- m) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;
- n) Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;
- o) Afetar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;
- p) Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;
- q) Licenciar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do sector social e privado;
- 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.

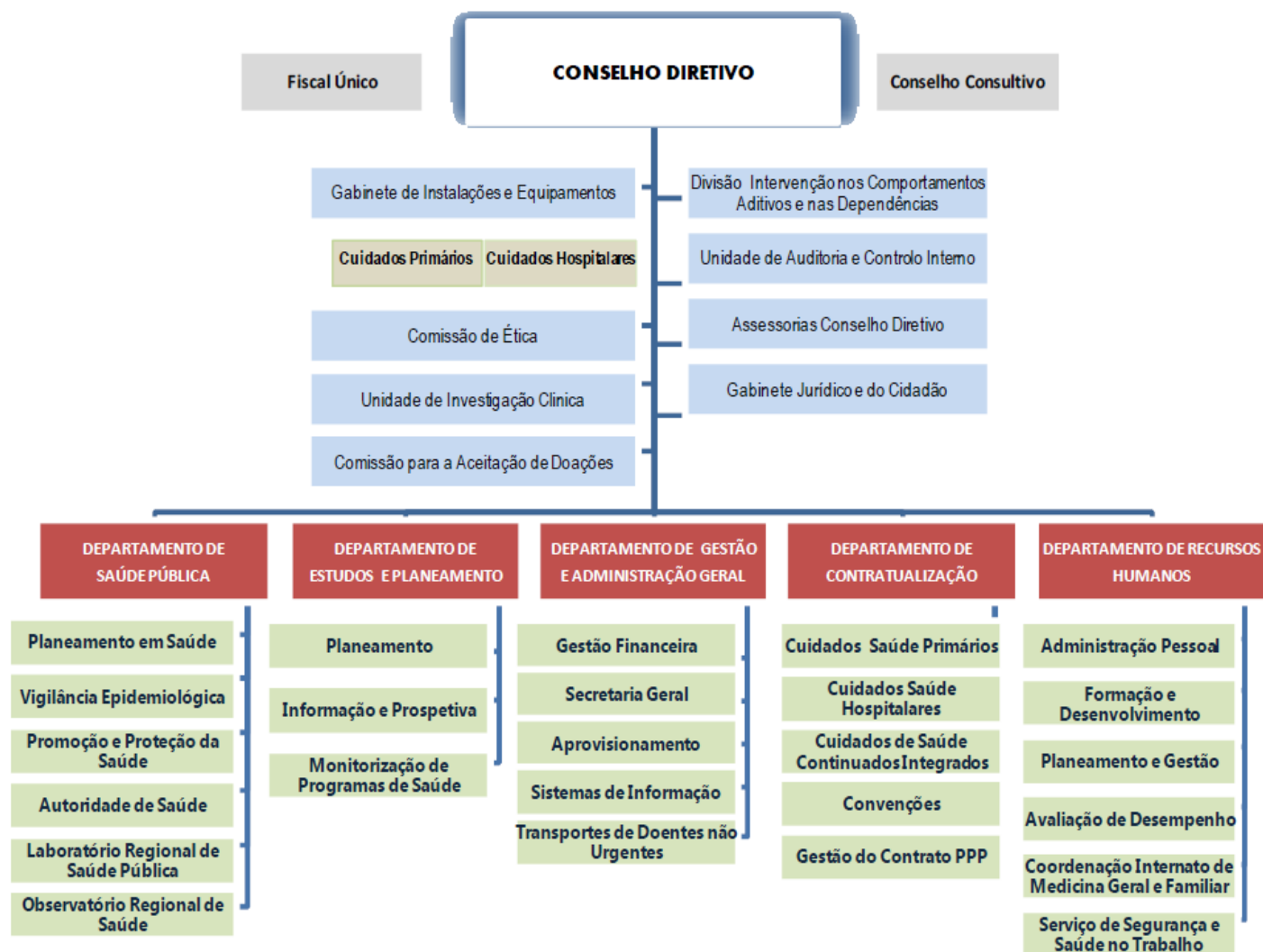
Para a prossecução das suas atribuições, as ARS, I. P., podem colaborar entre si e com outras entidades do sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, nos termos da legislação em vigor.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **12** de **78**

2.2. ORGANOGRAMA DA ARSN,I.P.



PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **13** de **78**

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.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **14** de **78**

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

- 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. Carlos Nunes
Vogais: - Enf^a Paula Duarte
- Dr. Ponciano Oliveira

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **15** de **78**

2.3.2. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP)

Nos termos do Art.º 3.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao DSP, compete:

- a) Caracterizar e monitorizar o estado de saúde da população e identificar as suas necessidades em saúde;
- b) Avaliar o impacto na saúde da população da prestação dos cuidados, de forma a garantir a adequação às necessidades e a sua efetividade;
- c) Elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução, apresentando o respetivo relatório de atividades;
- d) Participar em estudos com o objetivo de propor ajustamentos nas redes de referenciação e de emitir pareceres técnicos sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde;
- e) Monitorizar a execução de programas e projetos específicos de vigilância de saúde, designadamente os constantes do Plano Nacional de Saúde;
- f) Apoiar o desempenho das funções de autoridade de saúde, bem como divulgar orientações relativas às suas competências;
- g) Promover a investigação em saúde;
- h) Assegurar a gestão dos laboratórios de saúde pública;
- i) Elaborar, propor e acompanhar a aprovação dos turnos de serviço das farmácias;
- j) Realizar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes;
- k) Participar na instrução dos processos de licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e da área dos comportamentos aditivos e das dependências, nos sectores social e privado, verificando a observância dos respetivos requisitos técnico – terapêuticos e de outros definidos pela Direção -Geral da Saúde ou pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, e acompanhar o seu funcionamento, no cumprimento da legislação aplicável.

2 — Compete ainda ao DSP, no âmbito de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

3 — O DSP integra o Observatório Regional de Saúde.

→ O DSP da ARSN,I.P. é dirigido pela Dra. Maria Neto, dirigente intermédio de 1º grau.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **16** de **78**

2.3.3. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP)

Nos termos do Art.º 4.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao DEP, compete:

- a) Elaborar os planos de atividades anuais e plurianuais, tendo em consideração o Plano Regional de Saúde elaborado pelo DSP e os objetivos definidos pelo conselho diretivo, e avaliar a sua execução;
- b) Elaborar o relatório de atividades, em articulação com os restantes departamentos;
- c) Propor os ajustamentos julgados necessários nas redes de referenciação ao nível regional;
- d) Emitir parecer técnico sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições e serviços de saúde;
- e) Analisar e emitir parecer sobre os planos diretores de unidades de saúde;
- f) Desenvolver instrumentos de apoio à gestão que permitam a promoção do uso racional de recursos materiais e financeiros, nomeadamente nas áreas do medicamento, dos dispositivos médicos e dos exames complementares de diagnóstico, bem como avaliar o cumprimento das orientações e políticas nacionais nestes domínios;
- g) Proceder à recolha, tratamento e análise dos dados estatísticos e propor as necessárias medidas corretivas relativas à atividade dos serviços de saúde da região;
- h) Apoiar a implementação de novos modelos de gestão em saúde;
- i) Emitir parecer, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas cofinanciados;
- j) Planear os recursos materiais, nomeadamente a execução dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS;
- k) Garantir um sistema de informação atualizado da execução física e material de investimentos públicos.

2 — Compete ainda ao DEP, no âmbito de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

→ O DEP da ARSN,I.P. é dirigido pelo Dr. Fernando Tavares, dirigente intermédio de 1º grau.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **17** de **78**

2.3.4. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)

Nos termos do Art.º 5.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao DC, compete, compete participar na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde e ainda:

- a) Propor a afetação de recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS ou entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde, que atuem no âmbito das áreas dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- b) Preparar e acompanhar o processo de contratualização e revisão de contratos no âmbito das parcerias público – privadas e propor a afetação dos respetivos recursos financeiros;
- c) Preparar e acompanhar a celebração e a execução dos contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação no âmbito da prestação de cuidados de saúde, dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- d) Assegurar a avaliação de 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;
- e) Propor a realização de auditorias administrativas e clínicas.

2 — Compete ainda ao DC, no âmbito de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

→ O DC da ARSN,I.P. é dirigido pela Dra. Fernanda Oliveira, dirigente intermédio de 1º grau.

2.3.5. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)

Nos termos do Art.º 6.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao DGAG, compete:

- a) Elaborar o orçamento de investimento e de funcionamento da região e acompanhar e controlar a sua execução orçamental;
- b) Promover a constituição de fundos de maneo, bem como assegurar o controlo da sua gestão;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **18** de **78**

- c) Assegurar a conferência dos elementos relativos à faturação de terceiros, nomeadamente das prestações indiretas, farmácias, convenções e transportes;
- d) Arrecadar as receitas, efetuar o pagamento das despesas e controlar a tesouraria;
- e) Preparar os processos de atribuição de apoios financeiros;
- f) Analisar a viabilidade económica e o impacto financeiro de acordos com entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que se revelem necessários a nível regional;
- g) Acompanhar a execução orçamental e a situação económico -financeira das unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, a nível regional;
- h) Instruir os processos na área de convenções internacionais e na área da deslocação para assistência médica no estrangeiro;
- i) Desenvolver todas as ações de gestão económico-financeira, efetuar estudos e elaborar os relatórios económico -financeiros que se mostrem necessários, que lhe forem solicitados ou determinados pelo conselho diretivo;
- j) Gerir os bens patrimoniais afetos à ARSN, I. P., organizar e manter atualizado o cadastro e inventário destes bens e providenciar pela sua manutenção e segurança;
- k) Assegurar a gestão de *stocks* e o aprovisionamento de bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento da ARSN, I. P.;
- l) Organizar e gerir os arquivos documentais da ARSN, I. P.;
- m) Assegurar a implementação dos sistemas de informação e comunicações de utilização comum;
- n) Gerir e assegurar a manutenção de sistemas e das infraestruturas tecnológicas, em articulação com as entidades competentes;
- o) Assegurar o apoio técnico aos utilizadores no âmbito dos sistemas e infraestruturas tecnológicas;
- p) Assegurar a receção, registo, distribuição e expedição de toda a correspondência, bem como o registo da informação interna.

2 — Compete ainda ao DGAG, no âmbito de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

→ **O DGAG da ARSN,I.P. é dirigido pela Dra. Graça Azevedo, dirigente intermédio de 1º grau.**

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **19** de **78**

2.3.6. DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)

Nos termos do Art.º 7.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao DRH, compete:

- a) Assegurar o planeamento, a gestão e a administração dos recursos humanos a nível regional;
- b) Assegurar a coordenação do sistema de avaliação de desempenho a nível regional;
- c) Promover a qualificação e valorização profissional dos recursos humanos da área da saúde da região, identificando necessidades, propondo planos de formação profissional e organizando ações de formação;
- d) Emitir parecer sobre os projetos de mapas de pessoal das instituições do SNS da região;
- e) Promover, nos serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação da prestação da atividade profissional, propondo medidas para a adequação de distribuição de recursos humanos;
- f) Assegurar, ao nível regional, uma base de dados de recursos humanos atualizada e desenvolver estudos de gestão previsional de recursos humanos do SNS;
- g) Propor os mapas de vagas para os internatos médicos, bem como para as restantes profissões de saúde de acordo com a previsão de necessidades em recursos humanos para a região;
- h) Elaborar, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas cofinanciados para a área da formação profissional;
- i) Assegurar os procedimentos relativos à administração de pessoal designadamente os relativos à constituição, modificação e extinção da relação jurídica de emprego, ao processamento das remunerações e outros abonos, ao registo da assiduidade, à elaboração do mapa de férias e avaliação do desempenho do pessoal e à organização e atualização do cadastro do pessoal da ARSN, I.P.

2 — Compete ainda ao DRH, no âmbito de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

→ O DRH da ARSN,I.P. é dirigido pela Dra. Maria José Marques, dirigente intermédio de 1º grau.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **20** de **78**

2.3.7. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)

Nos termos do Art.º 8.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao GIE, compete:

- a) Promover a aplicação das normas, especificações e requisitos técnicos aplicáveis a instalações e equipamentos de unidades de saúde integradas ou financiadas pelo SNS;
- b) Elaborar programas funcionais e projetos tipo para estabelecimentos de saúde e adequá-los a situações concretas;
- c) Assegurar a atualização de uma base de dados relativa às instalações e equipamentos dos serviços e instituições prestadores de cuidados de saúde da região, monitorizando o respetivo estado de conservação e, quando necessário, apresentar propostas para a sua reparação;
- d) Emitir parecer sobre a aquisição e a expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instituições prestadoras de cuidados de saúde no âmbito da região;
- e) Proceder à elaboração de cadernos de encargos para a adjudicação de empreitadas e fornecimento de bens e serviços, no âmbito das instalações e equipamentos;
- f) Acompanhar e fiscalizar a execução de empreitadas e fornecimentos cuja responsabilidade lhe seja atribuída;
- g) (...)²;
- h) (...)³;
- i) Elaborar e acompanhar a carta de instalações e equipamentos de saúde da ARSN, I. P.

→ O GIE da ARSN,I.P. é coordenado pela Eng^a. Maria João Viterbo, dirigente intermédio de 2º grau.

2.3.8. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)

Nos termos do Art.º 9.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio,

1 — Ao GJC, compete:

- a) Emitir parecer e prestar informação sobre as questões de natureza jurídica, suscitadas no âmbito da atividade da ARSN, I. P., bem como acompanhar a instrução dos respetivos processos administrativos;

² Alíneas sem efeito, com a publicação do D.L. nº 127/2014. De acordo com a alínea c), do Artigo 24.º deste diploma, a alínea q) do nº 2, do Artigo 3.º do D.L. nº 22/2012, de 30 de janeiro, foi revogada, retirando a competência às ARS o licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde atribuindo tal competência à Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **21** de **78**

- b) Participar na análise e preparar projetos de diplomas legais relacionados com a atividade da ARSN, I. P., procedendo aos necessários estudos jurídicos, bem como na elaboração de minutas de contratos, protocolos, regulamentos, circulares ou outros documentos de natureza normativa que lhe sejam solicitados pelo conselho diretivo;
- c) Emitir parecer sobre reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSN, I. P., bem como sobre exposições ou petições respeitantes a atos ou procedimentos dos mesmos órgãos;
- d) Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares;
- e) Assegurar, por si ou em articulação com mandatário judicial quando a sua constituição seja obrigatória, o patrocínio judicial nas ações propostas pela ARSN, I. P., ou em que esta seja demandada;
- f) Assegurar o apoio à instrução dos processos de contraordenação nos termos previstos na lei;
- g) Prestar apoio técnico às diferentes unidades orgânicas da ARSN, I. P.;
- h) Assegurar, em cooperação com o Observatório Regional de Saúde, a gestão das reclamações/sugestões apresentadas pelos utentes do SNS, diretamente dirigidas ou encaminhadas para a ARSN, I. P.;
- i) Assegurar as funções inerentes à existência de um Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim-Cidadão, com acompanhamento e monitorização das exposições e reclamações dos utentes do SNS no âmbito da ARSN, I. P., apresentando propostas corretivas;
- j) Produzir indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente final pelos serviços de saúde, designadamente o grau de satisfação e a participação dos cidadãos;
- k) Promover ações de formação, em articulação com o DRH, destinadas aos responsáveis e profissionais dos gabinetes do utente e do cidadão dos serviços das unidades de saúde do SNS da área de influência da ARSN,I.P..

→ O GJC da ARSN,I.P. é coordenado pelo Dr. Miguel Cardoso, dirigente intermédio de 2º grau.

2.3.9. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD)

Nos termos do aditamento ao Art.º 10.º da Portaria nº 153/2012 de 22 de maio, através da Portaria nº 213/2013 de 27 de junho,

1 — À DICAD, compete:

- a) Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **22** de **78**

- b) Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na definição da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências e na sua avaliação;
- c) Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a avaliação dos programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social;
- d) Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local;
- e) Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e enviar ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, abreviadamente designado por SICAD, os dados e informações necessárias para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região e elaborar os relatórios de atividades;
- f) Emitir pareceres sobre propostas de implementação de projetos regionais apresentados por entidades públicas ou privadas que se candidatem a apoios no âmbito da sua área de intervenção;
- g) Promover a realização de diagnósticos das necessidades de intervenção de âmbito regional e local, definir as prioridades e o tipo de intervenção a efetuar e os recursos a afetar, nomeadamente a projetos e programas cofinanciados, contribuindo para um planeamento nacional sustentado;
- h) Avaliar e supervisionar o funcionamento das unidades de intervenção local, prestadoras de cuidados de saúde nesta área, assegurar o planeamento e gestão dos recursos necessários à respetiva atividade e propor a criação de novas unidades ou o seu encerramento;
- i) Planear a articulação interinstitucional e incentivar a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de ações de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no âmbito dos programas nacionais promovidos pelo SICAD;
- j) Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, elaborar relatórios e analisar as respetivas conclusões;
- k) Colaborar com o SICAD na definição dos requisitos para licenciamento de unidades de prestação de cuidados, nos setores social e privado e monitorizar o seu cumprimento;
- l) Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para o desenvolvimento de programas e projetos.
- 2 – Compete ainda à DICAD, no âmbito de intervenção regional, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **23** de **78**

→ A DICAD da ARSN,I.P. é coordenada pela Dra. Kerstin Hoffmeister, dirigente intermédio de 2º grau.

2.3.10. UNIDADE DE GESTÃO FINANCEIRA (UGF)

Nos termos da alínea a) da Deliberação (extrato) nº 1393/2012 do CD da ARSN,I.P., publicada no DR , 2ª série – Nº 195, de 09 de outubro de 2012, à UGF, compete o previsto nas alíneas a) a g) e i) do Artigo 6.º dos Estatutos aprovados pela Portaria nº 153/2012, de 22 de maio e, integra o DGAG.

Ou seja, à UGF compete:

- a) Elaborar o orçamento de investimento e de funcionamento da região e acompanhar e controlar a sua execução orçamental;
- b) Promover a constituição de fundos de maneoio, bem como assegurar o controlo da sua gestão;
- c) Assegurar a conferência dos elementos relativos à faturação de terceiros, nomeadamente das prestações indiretas, farmácias, convenções e transportes;
- d) Arrecadar as receitas, efetuar o pagamento das despesas e controlar a tesouraria;
- e) Preparar os processos de atribuição de apoios financeiros;
- f) Analisar a viabilidade económica e o impacto financeiro de acordos com entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que se revelem necessários a nível regional;
- g) Acompanhar a execução orçamental e a situação económico -financeira das unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS, a nível regional;
- i) Desenvolver todas as ações de gestão económico-financeira, efetuar estudos e elaborar os relatórios económico -financeiros que se mostrem necessários, que lhe forem solicitados ou determinados pelo conselho diretivo.

→ A UGF da ARSN,I.P. é coordenada pela Dra. Teresa Neves, dirigente intermédio de 2º grau.

2.3.11. UNIDADE DE APROVISIONAMENTO (UA)

Nos termos da alínea b) da Deliberação (extrato) nº 1393/2012 do CD da ARSN,I.P., publicada no DR , 2ª série – Nº 195, de 09 de outubro de 2012, à UA, compete o previsto na alínea k) do Artigo 6.º dos Estatutos aprovados pela Portaria nº 153/2012, de 22 de maio, e integra o DGAG.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **24** de **78**

Ou seja, à UA compete:

k) Assegurar a gestão de *stocks* e o aprovisionamento de bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento da ARSN, I. P..

→ À data da elaboração da presente Edição do PGR, esta Unidade não tinha Coordenador nomeado.

2.3.12. UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI)

Nos termos da alínea c) da Deliberação (extrato) n.º 1393/2012 do CD da ARSN,I.P., publicada no DR , 2.ª série – N.º 195, de 09 de outubro de 2012, à UACI, na dependência direta do CD da ARSN,I.P., compete, nomeadamente, a realização de auditorias, emissão de pareceres e informações de gestão e assessoria e consultadoria ao CD.

→ A UACI da ARSN,I.P. é coordenada pela Eng.ª. Madalena Barros, dirigente intermédio de 2.º grau.

2.3.13. OUTRAS ÁREAS FUNCIONAIS

2.3.13.1.COMISSÃO REGIONAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CRFT)

Nos termos da Portaria n.º 340/2012, de 25 de outubro, foi criada a CFT da ARSN,I.P. (Comissão Regional de Farmácia e Terapêutica – CRFT), a quem compete proceder ao acompanhamento regular da prescrição, dispensa e utilização de medicamentos.

1 - São atribuições da CRFT da ARSN,I.P. (cfr. artigo 3.º):

- a) Monitorizar a prescrição, dispensa e utilização de medicamentos;
- b) Avaliar a adoção das normas de orientação clínica, emitidas pela Direção -Geral da Saúde, sem prejuízo das auditorias desenvolvidas por esta Direção -Geral;
- c) Avaliar e pronunciar -se sobre a adequação clínica das justificações técnicas apresentadas nos termos do n.º 3 do artigo 6.º e do n.º 3 do artigo 7.º da Portaria n.º 137 -A/2012, de 11 de maio;
- d) Notificar os órgãos de direção clínica dos Hospitais do SNS e dos Agrupamentos de Centros de Saúde, ou os médicos no exercício da prática de medicina privada em relação ao incumprimento de normas de prescrição e ou em relação a justificações técnicas consideradas desadequadas ou insuficientes;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **25** de **78**

- e) Notificar o INFARMED,I.P., em relação ao incumprimento das normas aplicáveis à dispensa de medicamentos;
- f) Emitir recomendações sobre a prescrição e utilização de medicamentos, dirigidas aos órgãos clínicos de Hospitais, dos Agrupamentos de Centros de Saúde, bem como aos demais médicos no exercício da prática de medicina privada;
- g) Publicar relatórios de acompanhamento e de monitorização da prescrição, dispensa e utilização de medicamentos, com periodicidade semestral, no âmbito da ARSN,I.P. com inclusão das atividades desenvolvidas pela comissão;
- h) Promover estudos e iniciativas, em articulação com o Conselho Diretivo da ARSN,I.P., destinados à produção de evidência sobre a prescrição, a dispensa e a utilização de medicamentos;
- i) Emitir recomendações em relação aos mecanismos de prescrição, dispensa e monitorização da utilização de medicamentos.

2 - Compete ainda à CRFT da ARSN,I.P. identificar situações de eventual incumprimento das determinações legais relativas à prescrição ou dispensa de medicamentos e proceder à sua comunicação às entidades legalmente competentes para o efeito.

3 — Devem os órgãos clínicos de Hospitais do SNS, dos Agrupamentos de Centros de Saúde, bem como os demais médicos no exercício da prática de medicina privada, e as farmácias reportar à CRFT qualquer situação anómala relacionada com a prescrição ou dispensa de medicamentos que decorram do exercício das suas funções.

4 — A CRFT da ARSN,I.P. detém autonomia técnico-científica na prossecução das suas atribuições, devendo os seus elementos apresentar declaração de conflito de interesses junto da ARSN,I.P., de forma prévia ao início de funções.

→ A CRFT da ARSN,I.P. é coordenada pela Dr.^a Ana Maria Miranda, Assessora CSP da ARSN,I.P..

2.3.13.2. COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

A CES é um órgão colegial e consultivo, multidisciplinar e independente, cuja atividade se desenvolve nos termos do regulamento em vigor, supletivamente, em tudo o que nele não esteja expressamente definido, pelo Decreto-Lei n.º97/95, de 10 de maio, e, nas situações em que a CES for a “Comissão de Ética Competente”

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **26** de **78**

(CEC) também pela Lei n.º21/2014, de 16 de abril e ainda pela Portaria n.º135-A/2014, de 1 de julho, com as necessárias adaptações.

No âmbito da sua atividade, a missão da CES é proceder à análise, reflexão e divulgação de temas da prática biomédica e da saúde em geral que envolvam questões de ética no domínio das atividades da ARS Norte, I.P. e respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), emitindo, sempre que necessário, pareceres sobre essas matérias.

É também missão da CES, de um modo particular, zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas e da saúde em geral, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade da pessoa humana, assegurando a correspondente qualidade de vida e salvaguardando o exercício do consentimento, livre e esclarecido, como base do respeito pelo princípio da autonomia, por parte dos utentes, e o direito de objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde. A CES detém as competências genericamente atribuídas no regime legal que institui as Comissões de Ética para a Saúde, bem assim como na legislação conexa, designadamente a Lei n.º21/2014, de 16 de abril, e das Portarias n.ºs 64/2015 e 65/2015, ambas de 5 de março. Para o efeito, a CES emite pareceres sendo os respetivos projetos, previamente elaborados por um ou mais do que um dos seus membros enquanto relatores, submetidos a apreciação e discussão.

→ **A CES da ARSN,I.P. é presidida pelo Prof. Doutor Alberto Augusto Oliveira Pinto Hespanhol.**

2.3.13.3. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (UIC)

A UIC da ARSN,I.P. tem por missão o fomento e o apoio aos projetos e acompanhamento de estudos, pesquisas e ensaios clínicos em geral, que decorram ou aproveitem a capacidade instalada na dependência direta e exclusiva da ARSN,I.P.. São observados, necessária e obrigatoriamente, todos os aspetos ligados ao respeito e cumprimento da legislação nacional e comunitária, em especial os que garantem a salvaguarda dos participantes e doentes, bem como os pareceres da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARSN,I.P..

Cabe ainda à UIC apresentar propostas de protocolos e acordos celebrados com terceiros para sua homologação e cumprimento.

A UIC é composta por três elementos que reportam diretamente ao CD da ARSN,I.P..

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **27** de **78**

2.3.13.4. GRUPO COORDENADOR REGIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (GCR-PPCIRA)

De acordo com o Despacho nº 15423/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 18 de novembro de 2013, ao GCR-PPCIRA compete:

- a) Coordenar e apoiar as atividades de prevenção e controlo de infeção, o uso adequado de antimicrobianos e a prevenção de resistências a antimicrobianos, nas unidades de saúde de cada região, no respeito pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- b) Garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica nacionais e de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos;
- c) Promover e monitorizar a investigação de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos, colaborando na realização de auditorias;
- d) Programar a realização de ações de formação e divulgação em cada região;
- e) Elaborar um plano e um relatório anual de atividades e um plano de atividades trianual.

O GCR-PPCIRA presta apoio ao membro do conselho diretivo da ARSN,I.P. que tenha competências na área da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

→ O GCR-PPCIRA da ARSN,I.P. é presidido pela **Dra. Paula Batista**.

2.3.13.5. ASSESSORIA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ACSP)

À ACSP, na dependência direta do CD da ARSN,I.P., compete, nomeadamente,

- a) Dinamização e acompanhamento do Grupo de Trabalho URAP bem com da realização anual das respetivas jornadas;
- b) Comissão de Apoio e Acompanhamento dos ACeS (C3A);
- c) Assessoria do Conselho Diretivo na vertente dos Cuidados de Saúde Primários;
- d) Articulação com GJC – processos disciplinares, emissão de pareceres técnicos nomeadamente relativos a reclamações;
- e) Participação em Júris dos processos de recrutamento de médicos;
- f) Interligação com os ACeS da ARSN;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **28** de **78**

- g) Articulação com AF Transportes de Doentes não Urgentes - validação na plataforma SGT D conforme previsto na lei;
- h) Articulação com UGF – Análise mensal da faturação resultante dos Acordos com Hospitais e Misericórdias;
- i) Acompanhamento das reuniões de contratualização das USF;
- j) Representação da ARSN/CD/MS em sessões de abertura/encerramento de congressos, jornadas, simpósios.

2.3.13.6. EQUIPA REGIONAL DE ACOMPANHAMENTO (ERA NORTE)

A Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na Região Norte, ERA Norte, foi criada em 2005, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157, de 12 de outubro e mantém até hoje as funções de apoio e acompanhamento da implementação das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados da Comunidade, estas desde 2009 e até 2014.

A ERA Norte é responsável pela apreciação das respetivas candidaturas, modelo A e modelo B, conforme Despachos Normativos nº 9/2006, de 16 de fevereiro, nº 10/2007, de 26 de janeiro e nº 5/2011 de 15 de março, emitindo Pareceres Técnicos sobre as mesmas e pela gestão das alterações das equipas das USF, reajustando os Pareceres emitidos a essas alterações, através da emissão de Adendas. Habitualmente, a ERA Norte é chamada a dar Pareceres sobre os assuntos inerentes à Reforma dos CSP.

Atualmente é constituída por três Médicos de Família (um a tempo inteiro, o coordenador, e dois a tempo parcial: um dia por semana), uma enfermeira (tempo parcial: quatro dias por semana) e uma coordenadora técnica (tempo parcial: 1 dia por semana).

→ **A ERA da ARSN,I.P. é Coordenada pelo Dr. José Carlos Alvarenga.**

2.3.13.7. GABINETE DE RELAÇÕES PÚBLICAS E ASSESSORIA DE IMPRENSA (GRPAI)

Ao GRPAI compete, em geral, proceder à gestão cuidadosa da imagem da Instituição, cumprindo uma política de informação, definida pelo Conselho Diretivo da ARSN,I.P..

→ **O GRPAI da ARSN,I.P. é coordenado pelo Sr. Antonino Leite.**

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **29** de **78**

2.3.13.8. ÁREA FUNCIONAL DA QUALIDADE (AFQ)

A AFQ³ tem como objetivos: Implementar, a nível regional, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde. A nova Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, estabelece as seguintes prioridades, no âmbito do sistema de saúde:

1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional: Aumento de adesão às normas - divulgação, discussão e auditorias internas às normas clínicas e organizacionais, melhoria na qualidade de prescrição de medicamentos e MCDT, os processos assistenciais integrados –continuidade assistencial e a coordenação entre os vários níveis de cuidados de forma a garantir que o utente recebe os melhores cuidados (Risco vascular, Febre, Asma, Pré-obesidade, Diabetes - quem, onde - nível de atuação, o quê – atividade que presta, como – as características de qualidade, quando – sequencia das atividades, indicadores).
2. Reforço da Segurança dos doentes:
 - Aumentar a Cultura de Segurança (Preenchimento do Questionário da Cultura de Segurança nos CSP, formações)
 - Aumentar a Segurança da Comunicação (auditorias efetuadas sobre a transferência de informação na transição de cuidados);
 - Aumentar a Segurança Cirúrgica (exclusiva dos Hospitais)
 - Aumentar a Segurança na Utilização da Medicação (Lista de medicamentos LASA e alerta máximo atualizada e divulgada, estratégia para a armazenagem etiquetagem e identificação desta medicação, notificações, auditorias, reconciliação terapêutica – iniciativas);
 - Implementar Práticas Seguras na Identificação Inequívoca do Doente (estratégia para a identificação inequívoca do doente; auditorias, notificações)
 - Prevenir a Ocorrência de Quedas (avaliação de risco de quedas nos domicílios);
 - Prevenção de Úlceras de Pressão – atividades no âmbito de prevenção de úlceras de pressão;
 - Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes (notificação; auditorias)
 - Prevenir e Controlar as Infecções e as Resistências aos Antimicrobianos (diminuição de quinolonas e carbapenemes, adesão à estratégia multimodal da promoção do PBCI e sua monitorização);
3. Monitorização permanente da qualidade e segurança (avaliação da satisfação do utente);
4. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
5. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (iniciativas de divulgação de informação ao utente, análise as causas de reclamações etc...).

³ Pese embora esta Área Funcional esteja inserida no DEP, responde diretamente ao CD.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **30** de **78**

A AFQ prossegue com as seguintes atividades:

- Reduzir a variabilidade da prática clínica, através de normas clínicas e organizacionais e a disseminação de boas práticas;
- Intensificar a verificação da qualidade da prescrição de tratamentos, Medicamentos e MCDTS
- Aumentar a integração das respostas assistenciais
- Disseminar a prática de auditorias internas à qualidade e segurança
- Disseminar regularmente as boas práticas privilegiando o seu intercâmbio
- Promover a investigação clínica
- Auscultar regularmente a opinião dos cidadãos sobre a qualidade do sistema de saúde;
- Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional da Segurança do Doente;
- Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas de reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde – notificação;
- Intensificar a acreditação das unidades prestadoras de cuidados
- Aumentar a frequência de divulgação de informação transparente sobre qualidade e segurança;
- Promover a educação e a literacia em saúde dos cidadãos;

→ **A AFQ da ARSN,I.P. é coordenada pela Dra. Elsa Ramos.**

2.3.13.9. 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:

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **31** de **78**

- 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 suprimimento 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;
- 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 júzo quando requisitado nos termos da lei de processo;
- t) Outras que lhe sejam delegadas ou subdelegadas pelo conselho diretivo da respetiva ARS, I. P.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **32** de **78**

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.

→ **CONSELHO CLÍNICO (CC)** - Nos termos do Artigoº 25.º do D.L nº 28/2008 de 22 de fevereiro, o CC 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 CC 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;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **33** de **78**

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 CC 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.

→ **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;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **34** de **78**

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 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.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **35** de **78**

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.º14.º do D.L nº 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.º15.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. 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;
- c) A formação em gestão, preferencialmente na área da saúde.

→ **UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)** - Nos termos do D.L nº 298/2007 de 22 de agosto⁴, 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.

⁴ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **36** de **78**

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. A estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral.

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.

Compete ao coordenador da equipa:

- 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, 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:

- 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;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **37** de **78**

f) Pronunciar -se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.

O Conselho Técnico 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;
- 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.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **38** de **78**

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 n° 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 n° 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.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **39** de **78**

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 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;

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **40** de **78**

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 distritos⁵:

→ **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

⁵ Os ACES da ARSN,I.P. possuem os seus respetivos Planos de Gestão de Riscos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **41** de **78**

3. MATRIZ DE RISCOS / PROBABILIDADE / IMPACTO / GRAU DE RISCO

O Risco pode ser definido como a combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências⁶.

O simples facto de existir atividade, abre a possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo).

Matriz de Riscos (COSO)

Matriz de Riscos		Probabilidade		
		Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Impacto	Reduzido	Muito Reduzido	Reduzido	Médio
	Médio	Reduzido	Médio	Alto
	Alto	Médio	Alto	Muito Alto

Matriz de Grau (nível) de Risco

		Probabilidade		
		Alta	Média	Baixa
Impacto	Alto	A/A	A/M	A/B
		Nível I	Nível II	Nível III
	Médio	M/A	M/M	M/B
		Nível IV	Nível V	Nível VI
	Baixo	B/A	B/M	B/B
		Nível VII	Nível VIII	Nível IX

⁶ Fonte: Federation of European Risk Management Associations (FERMA)

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **42** de **78**

Tabela da Probabilidade de Ocorrência

Alta (provável)	→ Margem de Erro > 5% → Inconformidades ≥ 10 → Com possibilidade de ocorrência todos os anos ou hipótese de ocorrência superior a 25%
Média (possível)	→ $2\% \leq$ Margem de Erro < 5% → $5 \leq$ Inconformidades < 10 → Com possibilidade de ocorrência em cada 10 anos ou hipótese de ocorrência inferior a 25%
Baixa (remota)	→ Margem de Erro < 2% → Inconformidades < 5 → Sem possibilidade de ocorrência em cada 10 anos ou hipótese de ocorrência inferior a 2%

Tabela da Magnitude do Impacto / Consequências Impacto

Alto (significativo)	→ Impacto significativo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização → Grande preocupação dos intervenientes → Risco Residual $\geq 0,05\%$
Médio (moderado)	→ Impacto moderado sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização → Preocupação moderada dos intervenientes → Risco Residual < 0,05%
Baixo (não significativo)	→ Impacto baixo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização → Pouca preocupação dos intervenientes → Risco Residual < 0,01%

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **43** de **78**

4. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS / MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS

4.1. CONSELHO DIRETIVO (CD)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD			Parcialidade na tomada de Decisão.	Baixo	Moderado	- Decisão fundamentada e baseada nos Pareceres e Informações dos Serviços da ARSN,I.P.. - Validação dos Pareceres e Informações dos Serviços da ARSN,I.P. em reuniões do CD, ficando registado em ata a Decisão.
			Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos.	Baixo	Moderado	- Emissão de declaração de ética sobre conflitos de interesses e impedimentos.
			Não transparência na divulgação da informação.	Baixo	Moderado	- Disponibilização no portal da ARSN,I.P. de toda a informação passível de ser divulgada para o exterior. - Internamente, desenvolver uma política de partilha de informação através do Gabinete de Relações Públicas e Assessoria de Imprensa (GRPAI) da ARSN,I.P..

4.2. SECRETARIADO DO CD

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	Secretariado		Falhas no registo de entrada e saída de documentos.	Baixo	Moderado	- Utilização da plataforma <i>Gestão Documental</i> sempre que possível. - Os registos manuais, em formato papel, devem ser alvo de revisão e monitorização periódica pelo Coordenador do Secretariado.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **44** de **78**

4.3. GABINETE DE RELAÇÕES PÚBLICAS E APOIO À IMPRENSA (GRPAI)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	GRPDI	Fornecimento de Informação à Comunicação Social	Manipulação de informação proveniente do Conselho Diretivo ou dos diferentes Departamentos/Serviços destinada a ser prestada Comunicação Social.	Fraco	Moderado	Garantir que todas as respostas facultadas por este Gabinete a questões colocadas pela Comunicação Social sejam previamente validadas pelo Conselho Diretivo.
		Divulgação de informação	Divulgar informação proveniente do exterior sem a prévia autorização do Conselho Diretivo.	Fraco	Fraco	Garantir que todos os pedidos de divulgação de informação por parte deste Gabinete, seja acompanhado por prévia autorização do Conselho Diretivo.

4.4. GESTOR DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA HOSPITAL ESCALA BRAGA

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	Equipa de Gestão do Contrato (EGC) da Parceria Público Privada Hospital de Braga ⁷		Definição facilitadora dos critérios de elegibilidade da produção efetiva.	Baixo	Elevada	Existência de Metodologia de elegibilidade da produção efetiva proposta pela assessoria da EGC, verificada pela EGC e aprovada pelo Conselho Diretivo.
			Verificação facilitadora dos critérios de elegibilidade da produção efetiva.	Baixo	Elevada	Verificação da aplicação dos critérios de elegibilidade por uma terceira entidade (assessoria da Equipa de Gestão do Contrato) aquando da valorização da produção; impossibilidade contratual de ultrapassar por linha de produção os valores orçamentalmente estabelecidos, à exceção da linha da urgência.
			Verificação facilitadora dos critérios de elegibilidade dos serviços prestados no âmbito dos programas verticais de financiamento.	Baixo	Elevada	Verificação por uma terceira entidade dos critérios definidos nas circulares normativas da ACSS (assessoria da EGC).
			Verificação facilitadora das obrigações contratuais.	Baixo	Elevada	Existência de um Manual de Procedimentos aprovado pelo Conselho Diretivo; escrutínio de terceiros, nomeadamente órgãos fiscalizadores do Estado.

.../...

⁷ Pese embora esteja inserido no DC, responde diretamente ao CD.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **45** de **78**

.../...

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	Equipa de Gestão do Contrato (EGC) da Parceria Público Privada Hospital de Braga		Disponibilidade dos serviços contratualmente previstos.	<i>Baixo</i>	<i>Elevada</i>	Existência de um Manual de Procedimentos aprovado pelo Conselho Diretivo; escrutínio de terceiros, nomeadamente outras unidades hospitalares da rede de referênciação do Hospital de Braga e órgãos fiscalizadores do Estado.
			Identificação dos doentes do SNS por quem a ARS Norte é responsável pelo pagamento dos serviços que lhe são prestados.	<i>Baixo</i>	<i>Elevada</i>	Existência de um Manual de Identificação de Utentes aprovado pelo Conselho Diretivo; Verificação da aplicação dos critérios do Manual por uma terceira entidade (assessoria da EGC).

4.5. COMISSÃO REGIONAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CRFT)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	CRFT		Parcialidade na emissão de orientações aos ACES, na monitorização do padrão das prescrições de medicamentos e na avaliação das justificações técnicas e condições de dispensa.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Preenchimento de Declaração de Inexistência de Incompatibilidades e de Declaração Pública de Interesses por todos os membros da Comissão.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **46** de **78**

4.6. COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD		CES	Falta de transparência dos procedimentos. Risco de falta de isenção para com entidades com quem os membros da CES já tenham colaborado. Risco incúria no tratamento dos processos. Risco de obtenção de benefícios secundários que possam alterar a interpretação pessoal de princípios éticos. Risco de interesses conflituosos que possam fazer pender uma decisão num determinado sentido.	Baixo	Baixo	Cumprimentos das normas regulamentares nacionais e da CES; cumprimento do Regulamento; o secretariado verificar todos os documentos necessários e preencher a folha respetiva; dar a todos os investigadores o mesmo prazo para envio de documentos em falta; respeito por todas as opiniões; projetos anónimos. Projetos anónimos; identificação e participação à CES de eventuais situações de conflito. Assegurar o cumprimento das normas regulamentares nacionais e da CES; uniformizar critérios de todos os elementos. Projetos anónimos. Assinatura da declaração de inexistência de conflitos de interesse; projetos anónimos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **47** de **78**

4.7. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (UIC)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	UIC		<ul style="list-style-type: none"> - Falta de transparência dos procedimentos. - Risco de falta de isenção para com entidades com quem os membros da UIC já tenham colaborado. - Risco incúria no tratamento dos processos. - Possibilidade obtenção de benefícios secundários que colocam em risco os princípios éticos na interpretação pessoal aquando da avaliação dos processos. - Risco de interesses conflituosos que possam fazer pender uma decisão num determinado sentido. 	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Cumprimento das normas regulamentares nacionais e das CES; cumprimento do Regulamento; dar a todos os processos o mesmo prazo para emissão de parecer/resposta; respeito por todas as opiniões.
						Identificação e participação à UIC pelos seus membros de eventuais situações de conflito.
						Assegurar o cumprimento das normas regulamentares nacionais e da CES;
						Uniformizar critérios de todos os elementos. (*)

(*) Em fase de implementação do fluxograma de avaliação de processos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **48** de **78**

**4.8. GRUPO COORDENADOR REGIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE
INFECÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (GCR-PPCIRA)**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	GCR do PPCIRA		Parcialidade ou Emissão de pareceres e/ou conclusões podendo favorecer determinados fornecedores.	Baixo	Baixo	- Pareceres/conclusões serem baseados em normativos do MS (DGS) e entidades Internacionais que regulam o Controlo de Infecção (ECDC e CDC); - Emissão de Declaração de Interesse pelos trabalhadores envolvidos na Equipa de Trabalho em como não detêm interesse privado.
			Existência de Parcialidade ou Emissão de pareceres e/ou conclusões injustas (por falta de informação completa) das unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde, na Região Norte.	Moderado	Moderado	- Serem definidos e adotados atempadamente critérios e indicadores iguais para todas Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde, na Região Norte, provenientes pelas entidades competentes

4.9. ASSESSORIA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ACSP)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD	ACSP		Conflito de interesses. Influência de entidades externas com vantagens para esta.	Baixo	Baixo	Pareceres e informações repartidos em equipa.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **49** de **78**

4.10. EQUIPA REGIONAL DE APOIO E ACOMPANHAMENTO (ERA)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD		ERA	Favoritismo no tratamento dos processos de candidatura (Mod. A ou Mod. B).	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia de Avaliação das Candidaturas conhecida e publicada no <i>site</i> da ACSS. - Informação regular (mínimo mensal) da posição individual e global no processo de candidatura. - Envolvimento das direções executivas no acompanhamento dos processos de candidatura, com emissão de parecer sobre as mesmas. - Organização de bolsa de auditores externos à Equipa Regional, mas profissionais da ARS, para as auditorias a modelo B, estando excluídos de participar nas auditorias das equipas dos próprios ACeS de origem.

4.11. ÁREA FUNCIONAL DA QUALIDADE (AFQ)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
CD		AFQ	Emissão de pareceres e/ou seleção de entidades, podendo favorecer determinados fornecedores.	<i>Baixo</i>	<i>Baixo</i>	Pareceres / seleção baseados em Normas legais Clínicas e Organizacionais (MS/DGS).

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **50** de **78**

4.12. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DSP	AF Planeamento de Saúde (Dr ^a Manuela Felício)		Não foram identificados riscos de corrupção	---	---	---
	AF Vigilância Epidemiológica (Dr. Rocha Nogueira)		Permeabilidade à influência de entidades externas na emissão de pareceres técnicos envolvendo as mesmas, em troca de benefícios	Baixa	Baixa	Revisão de cada parecer, pelo menos por mais um técnico e/ou respetivo superior hierárquico
	AF Promoção e Proteção da Saúde (Dr ^a Maria de Lurdes Maio)		Favoritismo por determinado fornecedor	Baixa	Baixa	O profissional que propõe o envio do orçamento emite uma declaração em como não detém interesses privados no(s) produto(s) em apreço.
	AF Autoridade de Saúde (Dr ^a Maria Neto)		Permeabilidade à influência de entidades externas na emissão de pareceres técnicos envolvendo as mesmas, em troca de benefícios	Baixa	Baixa	Revisão de cada parecer, pelo menos por mais um técnico e/ou respetivo superior hierárquico
	AF Observatório Regional de Saúde (Dr ^a Manuela Mendonça Felício)		Não foram identificados riscos de corrupção	---	---	---
DSP	AF Laboratório Regional de Saúde Pública (Dr. ^a Ana Margarida Heitor)		a) Favoritismo por determinado fornecedor	Baixa	Baixa	a) A Responsável do Laboratório Regional de Saúde Pública emite uma declaração em como não detém interesses privados no(s) produto(s) em apreço..
			b) Desvio de fundos	Baixa	Baixa	b)Elaboração de faturação através de aplicação informática da ARS Norte (Logiberica). Definido um mecanismo de controlo: - Elaboração mensal de mapa em “Excel” de toda a faturação e envio com o talão de depósito bancário do valor das receitas arrecadadas ao setor de Contabilidade da ARSN, I.P., através do Departamento de Saúde Pública.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **51** de **78**

4.13. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DEP	AF-P (Área Funcional de Planeamento)	Financiamento	Permeabilidade à influência de entidades externas com vantagens para estas.	Fraco	Fraco	Revisão de cada parecer por mais que um técnico e/ou rotação na atribuição dos profissionais a proferirem parecer.
						Submissão de todos os pareceres técnicos a despacho superior hierárquico.
	AF-MPS (Área Funcional de Monitorização de Programas de Saúde)	Financiamento	Ferramenta informática que gere os programas de rastreio (<i>Siima</i>) está pouco desenvolvida para informar a faturação devida.	Fraco	Fraco	Obrigar a empresa fornecedora do software de gestão dos rastreios a desenvolver e estabilizar Relatórios Financeiros que retratem fielmente a produção realizada e suportem a validação da faturação.
			Desfasamento entre o serviço que valida a produção realizada (DEP) e aquela que faz a gestão do pagamento à entidade emissora da fatura (UGF). Fragilidade no controlo da dupla faturação.	Moderado	Moderado	Diligenciar para que a entidade prestadora de cuidados – Hospitais – anexar á fatura de prestação de serviços os Relatórios Financeiros produzidos no <i>Siima</i> para automatizar a validação das faturas . Controlo da faturação pelo serviço que detém esse tipo de funções.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **52** de **78**

4.14. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DC	AF-CSH (Área Funcional – Cuidados Saúde Hospitalares)	Contratualização / SIGIC	Validação indevida de faturação no âmbito dos Acordos de Cooperação.	Moderado	Elevado	Automatismos / procedimentos instituídos de recolha de informação periódica das atividades contratadas.
						Auditorias Clínicas e Administrativas realizadas pelo DC.
			Flexibilização da validação /cumprimento dos indicadores para atribuição de incentivos financeiros.	Fraco	Moderado	Publicitação regular dos resultados dos indicadores de qualidade e desempenho (SNS).
						Materialização dos critérios inscritos nos Acordos de Cooperação do Setor Social, através de aprovação pelo CD.
			Encaminhamento de doentes para determinadas instituições convencionadas no âmbito do SIGIC.	Fraco	Fraco	Procedimento instituído de informar sobre todas as instituições convencionadas para o(s) procedimento(s) que o utente está inscrito.
			Validação indevida de faturação no âmbito do SIGIC.	Fraco	Moderado	Validação da faturação dos Hospitais de Destino em articulação com os Hospitais de Origem.
						Auditorias Clínicas e Administrativas realizadas pelo DC.
	AF-CSP (Área Funcional – Cuidados Saúde Primários)		Flexibilização da validação dos critérios para atribuição da verba relativa aos incentivos institucionais e financeiros.	Fraco	Fraco	Definição <i>à priori</i> da metodologia/critérios de verificação dos requisitos; casos excecionais devidamente aprovados pelo CD.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **53** de **78**

.../...

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DC	AF-C (Área Funcional – Convenções)		Favoritismo no tratamento dos processos	Elevado	Elevado	As regras aplicáveis ao tratamento dos processos (será por ordem de entrada do correio eletrónico ac.convencoes@arsnorte.min-saude.pt nesta ARS com exceção de determinação superior diversa em termos de urgência e prioridade), e distribuídos aleatoriamente pelo responsável da AF-Convenções aos seus 2 colaboradores; O Registro de entrada para os restantes pedidos que não seja de alteração das convenções deve ser utilizada a aplicação informática de <i>Gestão Documental</i> , devendo os elementos da AF-C utilizá-la para o acompanhamento dos processos que dão entrada em papel, sob a supervisão do Responsável da Área Funcional.
			Tratamento desconforme dos processos (em termos legais).	Elevado	Elevado	O Despacho n.º 4424/2017, de 23.05 e a Circular Normativa n.º 15/2017 de 19.07., da ACSS; I.P., estabeleceu a criação de um modelo de formulário e de ficha Técnica os quais são assinados digitalmente com recurso ao cartão de cidadão. Elaboração de informações (e não ofícios) sobre os processos instruídos, para os procedimentos de autorização; No caso de procedimento de notificação é elaborado um correio eletrónico à ACSS; I.P. informando da conformidade legal segundo os referidos Despacho de Circular Normativa Caso se permita transmissão de orientação por mero ofício deverá constar as iniciais do profissional responsável pela minuta do mesmo.
			Tratamento preferencial e parcial de processos derivado às pressões das Entidades privadas.	Elevado	Elevado	Impossibilitar o contacto (telefónico) da Entidade com o profissional afeto ao respetivo processo, devendo as questões ser colocadas formalmente por escrito ou junto da respetiva Coordenação; Não permissão de reuniões entre Entidades privadas e Técnicos afetos aos respetivos processos, sendo apenas admissível com a Coordenação; Criação de um correio eletrónico para esclarecimentos às entidades convencionadas (convencoes@arsnorte.min-saude.pt), gerido unicamente pelo Responsável da AFC; Rotatividade dos processos pelos recursos humanos existentes no Sector.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **54** de **78**

.../...

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DC	AF-CSCI (Área Funcional – Cuidados de Saúde Continuados Integrados)		O processo de candidatura à prestação de cuidados continuados integrados.	Elevado	Moderado	O processo de candidatura deve seguir as regras da contratação pública.
			Contratualização de serviços no âmbito da RNCCI.	Fraco	Fraco	Entidades decisoras não podem ser prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI. O processo de contratualização deve ser público.
			Referenciação de doentes – admissão.	Elevado	Elevado	Elementos de entidades decisoras não devem decidir em causa própria. Definição de critérios de admissão na RNCCI mais objetivos.
			Referenciação de doentes – tipologia.	Moderado	Moderado	Definição de critérios de referenciação mais objetivos.
			Referenciação de doentes - escolha de unidades.	Moderado	Moderado	Assinatura do Consentimento Informado (CI) e TA por parte do Utente/ Família/ Representante.
			Colocação de utentes nas Unidades.	Fraco	Fraco	Critério de colocação de utentes nas Unidades: escolha do doente, data, hora, minutos, segundos e vaga disponível. Número de lugares disponíveis do conhecimento de todas as entidades intervenientes no processo de referenciação. Conhecimento por parte dos doentes do seu posicionamento na lista de espera.
			Permanência dos doentes nas Unidades de Internamento.	Moderado	Moderado	Monitorização da manutenção dos critérios de saúde e sociais dos doentes.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **55** de **78**

4.15. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	UGF	Contas a Pagar	Manipulação dos ficheiros (do SISO, CCF, PHC) de integração de documentos para processamento contabilístico	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>	Conferência do processamento, através do suporte em papel, efetuado por profissionais distintos dos que realizam a integração dos ficheiros.
			Faturas emitidas por Entidades fictícias	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	Consulta, no Portal da Autoridade Tributária e Aduaneira, de informação relativa ao sujeito passivo (NIF).
			Indicar, à Gestão Orçamental, um NIB diferente do apresentado pelo fornecedor	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	Solicitar sempre comprovativo bancário. Verificações sistemáticas de legitimidade, através de contacto telefónico com a entidade, bem como pela confrontação do novo NIB indicado com o NIB referenciado na fatura da entidade. No caso de subsistir alguma dúvida é mantido o NIB anterior, não procedendo a qualquer alteração.
		Tesouraria e Pagamentos	Possibilidade de alteração do valor e do NIB nas transferências bancárias.	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à conciliação bancária.
			Pagamento de despesas não autorizadas	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Os profissionais que efetuam os pagamentos não são os mesmos que processam as despesas.
			Desvio de numerário	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	A entrega de numerário referente a receitas deve ser efetuada na Tesouraria, acompanhada de documento que evidencie a natureza e o montante dos valores entrados e a identificação do responsável pela sua receção. O numerário deve ser depositado, na respetiva conta bancária, mensalmente.
		Gestão Orçamental	Ao criar a Entidade, na aplicação SIDC, colocar um NIB diferente	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	Conferência por amostragem, por um profissional diferente daquele que realizou a inserção.

.../...

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **56** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	UGF	Prestações Indiretas	Validação para pagamento de prestações não devidamente assinadas pelo utente.	Fraco	Elevado	Confirmação da existência de assinatura ou representante a rogo (com identificação do cartão de cidadão ou bilhete de identidade), confirmando a prestação dos cuidados para: Saúde Oral-PNPSO, MCDT ou na dispensa de medicamentos cedidos em ambulatório por Farmácias Hospitalares.
			Validação de prestações de serviços que não cumpram as regras fundamentais para a sua aceitação.	Fraco	Elevado	- Manuais de procedimentos com todas as regras para a aceitação, registo e conferência de faturas de MCDT, Farmácias Hospitalares e Saúde Oral. - Validação por amostragem do cumprimento das regras definidas.
			Pagamento indevido de reembolsos de prestações obtidas no estrangeiro – ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Acordos Internacionais.	Moderado	Elevado	Segregação de funções ao nível do recebimento, processamento e validação de reembolso de despesas no estrangeiro.
		Contas a Receber	Anulação de faturas e emissão indevida de notas de crédito	Fraco	Elevado	Elaboração de informação com a fundamentação para a anulação da fatura e/ou emissão de nota de crédito, e respetiva autorização do responsável pela Unidade Orgânica.
DGAG	AF-SI (Área Funcional – Sistemas de Informação)	Receção não controlada dos produtos/ equipamentos em termos de quantidade/ qualidade.		Fraco	Fraco	Receção de bens efetuada por profissionais da AFSI especializados e com conhecimento específico dos bens em causa.
						Rotatividade dos profissionais assegurada pela existência de vários elementos afetos a cada área específica, como sejam: comunicações; sistemas; hardware; impressoras.
		Insistência no envio de convites aos mesmos fornecedores.		Fraco	Fraco	Criação da figura de gestor de categoria para todas as aquisições de bens e serviços geradas pela AFSI, cujas funções são as de compilar as necessidades de aquisição de bens e serviços identificados pelas unidades dos ACES e pelos serviços Centrais.
						Elaborar os cadernos de encargos em conjunto com os especialistas das áreas inerentes à compra em causa. Identificar os fornecedores passíveis de serem consultados em conjunto com os especialistas das áreas inerentes à compra em causa e indica-los à Unidade de Aprovisionamento para que seja esta a remeter os convites.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **57** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	UA	Compras	Receção não controlada de equipamentos destinados aos ACES.	Moderado	Elevado	Envio aos ACES/Unidades de Saúde dos equipamentos a fornecer (notas de encomenda ou listagem individual por centro de custo) e envio ao Aprovisionamento de comprovativo dos equipamentos rececionados. Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/quantidade. Pagamento de faturas só com comprovativo de receção do equipamento. Verificação pontual e por amostragem, da conformidade entre as características dos equipamentos adquiridos e os equipamentos fornecidos às unidades de saúde, no local de instalação/fornecimento, por funcionários da UA.
			Favoritismo por determinados fornecedores.	Moderado	Moderado	O colaborador que identifica a necessidade, não pode fazer parte do júri. Quando não é necessário júri, o material é analisado por funcionário especializado em equipamentos com o devido parecer de conformidade. Emissão de <i>Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses</i> , em conformidade com o CCP revisto (Anexo XIII). Utilização de plataforma eletrónica. Aquisição de material/equipamento ao abrigo dos <i>Acordos-Quadro</i> .
			Inexistência de controlo na tramitação dos processos cujos bens e serviços são adquiridos centralmente pelas Centrais de Compras (SPMS e ESPAP), tendo em conta que os processos são iniciados com vários meses de antecedência à data de início de facto das prestações de serviços e/ou do fornecimento dos bens.	Moderado	Moderado	A UA/Compras solicita às Centrais de Compras um ponto de situação mensal de todos os processos.
			Inexistência de Manual de Procedimentos de Aquisição de Bens e Serviços	Elevada	Elevado	Elaboração de um Manual de Procedimentos de Aquisição de Bens e Serviços.
			Alterações contratuais.	Elevado	Moderado	As alterações terão que ser aprovadas nas mesmas condições do contrato inicial, e devidamente justificadas. Deverão ter o enquadramento legal. A informação deverá estar arquivada no processo.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **58** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	UA	Logística	Gestão ineficiente de <i>stocks</i> centrais.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Assegurar a continuidade do Sistema Informático <i>PHC Enterprise</i> , com módulo de gestão de <i>stocks</i> , que permite verificar em tempo real o <i>stock</i> (existências), assim como o <i>stock</i> reservado e cativo.
			Gestão ineficiente de <i>stocks</i> avançados	<i>Elevado</i>	<i>Elevado</i>	Auditorias periódicas aos <i>stocks</i> avançados e promoção do registo de consumos regular (semanal)
						Reavaliação dos níveis de <i>stocks</i> dos armazéns avançados.
						Validação criteriosa dos pedidos extraordinários.
			Desvio de existências	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	Realização de contagens físicas periódicas, aos materiais de grande volume financeiro, vacinas e planeamento familiar.
						Assegurar a continuidade do Sistema Informático <i>PHC Enterprise</i> que permita a visualização das quantidades existentes no momento das contagens físicas.
						Assegurar a continuidade do Sistema Informático <i>iBeria Pocket Warehouse</i> , para leitura de códigos de barras, contagem das existências em tempo real e contagem físicas periódicas e aleatórias.
						Existência de “ <i>Relatórios de Não Conformidades</i> ”, resultantes de registos efetuados pelos trabalhadores aquando da verificação de discrepância de existências.
			Existência de stock obsoleto e fora de validade.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Revisão do catálogo de artigos. Análise aos produtos fora de validade e obsoletos, respetiva divulgação e regularização.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **59** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	UA	Património	Inexistência de informação referente aos imóveis de todas as ex. sub-regiões de saúde/ACES que compõe a ARSN.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	Solicitar/Compilar toda a informação das ex Sub-Regiões de Saúde/ACES, com o intuito de atualizar o SIIE ; regularizar os registos e inscrições dos Imóveis da ARSN e atualizar a base de dados de imoveis da ARS.
			Inexistência de Manual de Procedimentos para a Gestão de Imoveis.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	Atualização obrigatória (Anual), com reporte/comunicação obrigatória à UA/Património (Imóveis) dos Imóveis novos e US encerradas.
			Abate e Transferência de bens sem comunicação.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	Elaboração de Manual de Procedimentos para Gestão de Imoveis (Abertura/ Encerramento/ Entrega de unidades de Saúde), dando conhecimento do mesmo aos ACES.
			Controlo dos abastecimentos de combustível nas viaturas serviços centrais.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	Elaborar Manual de procedimentos sobre a temática, sensibilizar os ACES/Departamentos para manterem os registos patrimoniais atualizados, comunicando todos os abates e transferências corretamente ao Património.
						Conferências dos Km's percorridos com o mapa de utilização de serviços gerais e talões de combustível. Preenchimento dos mapas e talões de acordo com as regras vigentes.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **60** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG	Área Funcional Transporte Não Urgente de Doentes (AFNUD)		Alterações do planeamento das prestações.	Moderado	Baixa	Os <i>logins</i> para o SGTD têm perfil de Supervisão, com acesso a todas as fases dos transportes programados. Os <i>logins</i> são nominais, sendo imediatamente identificados os respetivos profissionais em qualquer ação/instrução na plataforma.
			Criação/ anulação/ aprovação de credenciais de transporte.	Moderado	Baixa	
			Criação/ desativação de utilizadores.	Moderado	Baixa	
			Inserção/ desativação de viaturas/motoristas.	Moderado	Baixa	
			Registo de horas de entrada/saída dos utentes nas entidades prestadoras.	Moderado	Baixa	

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **61** de **78**

.../...

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DGAG Secretaria - Geral	Expediente		- Extravio de correspondência	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	- Triagem atenta e eficiente da correspondência. - Acompanhamento diário do trabalho desenvolvido pelos profissionais que executam estas funções.
			- Fuga de informação por acesso a documentos confidenciais	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>	- Sensibilização e acompanhamento diário do trabalho desenvolvido pelos profissionais que executam estas funções. - Cumprimento das condutas éticas.
	Gestão de Consumíveis		- Desvio de material.	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	- Sugerir ao superior hierárquico que, através da AFSI se elabore uma base de dados, onde conste todo o material existente em armazém (Stª Catarina), bem como o que sai, para um maior controle.
			- Receção de material danificado ou impróprio para utilização.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	- Através de email reportar-se à U.A. - Logística Vila Real.
	Gestão da Frota (Viaturas CD e Substituição - Stª Catarina)		- Mapas de Utilização de Viaturas indevidamente preenchidos. - Desencontro na informação, relativamente à marcação de saídas de viaturas - Mapa de Viaturas.	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>	- Envio dos Mapas para a UA somente após verificação do seu correto preenchimento e do cumprimento do Regulamento Interno de Uso de Veículos da ARSN,I.P.. - A verificação dos dados inseridos nos Mapas, será efetuada através da comparação do documento, “Pedido de Autorização para Condução de Viatura – ARS Norte, I.P.”. - Melhor e maior articulação dos profissionais incumbidos deste serviço. - Agendamento atempado por parte dos interessados.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **62** de **78**

4.16. DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DRH	AF – PG (Área Funcional - Planeamento e Gestão)	Considerar, indevidamente, que se encontram cumpridos os requisitos aquando da análise de requerimentos de: - Acumulação de Funções; - Licenças sem Vencimento.	Fraco	Moderado	Utilização, de carácter obrigatório, por todos os serviços que integram a ARSN, do modelo de requerimento para a acumulação de funções, que terá que estar correta e totalmente preenchido; Os pedidos de licença sem remuneração deverão ser acompanhados de parecer fundamentado por parte do superior hierárquico;
		Favorecimento a trabalhadores aquando da aplicação das regras de Mobilidade e/ou Cedência de Interesse Público	Fraco	Moderado	Distribuição aleatória pela equipa dos processos de mobilidade
	AF- FD (Área Funcional – Formação e Desenvolvimento)	Favoritismo por determinado fornecedor de formação.	Moderado	Moderado	Emissão de Declaração de Interesse pelos técnicos que decidem a aquisição de serviços de formação. Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada área de formação.
		Alteração de políticas dos Fundos Comunitários, mudanças na elaboração das candidaturas verificando-se pouca informação disponível sobre os elementos necessários para submissão da mesma.	Elevado	Moderado	Enquadrar os projetos nas prioridades formativas definidas pela Entidade Responsável da gestão dos programas operacionais.
		Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários).	Fraco	Fraco	Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos. Monitorização periódica para que se possam a proceder a ajustes que não desvirtuem os requisitos pré-definidos.
		Processamentos indevidos de: - Remunerações; - Abonos/ Ajudas de Custo/ Subsídios/ ...; - Trabalho Extraordinário/ Trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriadados. - Descontos CGA/ ADSE/ SS/ IRS.	Fraco	Moderado	- Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos. - Segregação de funções dos trabalhadores. - Rotatividade dos trabalhadores.
	AF-AP (Área Funcional - Administração de Pessoal)	Controlo indevido da assiduidade (processamento de faltas como justificadas indevidamente).	Fraco	Moderado	
		Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de Férias.	Fraco	Moderado	
		Erros no cálculo dos suplementos e incentivos associados às USF Modelo B.	Fraco	Moderado	Segregação de funções dos profissionais envolvidos no processo.

.../...

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **63** de **78**

.../...

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
DRH	AF- AD (Área Funcional – Avaliação do Desempenho)	Falta de Uniformização da implementação do SIADAP – Carreiras gerais, de enfermagem e especial médica	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Monitorização de forma a garantir a uniformidade de aplicação do processo em toda a região.
					Realização de visitas de acompanhamento/ auditoria aos ACES para verificação e controlo do SIADAP da carreira especial Médica.
					Prestação de esclarecimentos por parte da AF–AD aos ACES.
		Não aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública.	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>	Utilização de plataforma eletrónica e subsequente elaboração de relatórios referentes às diversas fases do processo de avaliação.
		Definição de objetivos insuficientemente claros e/ou pouco rigorosos, potencialmente geradores de elevados e indesejáveis níveis de discricionariedade dos avaliadores.	<i>Elevado</i>	<i>Moderado</i>	Acompanhamento dos elementos (avaliadores e avaliados) nas diferentes áreas de atuação.
					Formação aos avaliadores.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **64** de **78**

4.17. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública / Planeamento da contratação	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de sistema estruturado de avaliação das necessidades, com elementos externos dos serviços (Diretores dos ACES, elementos das USF, ERA, etc.); - Definição prévia das responsabilidades de cada um dos intervenientes, nos processos de empreitadas; - Rotatividade dos elementos nas diferentes áreas de atuação; - Consagração de critérios internos que determinem e delimitem a realização e dimensão dos estudos necessários; - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.
		Inexistência, ou existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades.			
		Tratamento deficiente das estimativas de custos.			
		Planeamento deficiente dos procedimentos, obstando a que sejam assegurados prazos razoáveis.			
		Indefinição das responsabilidades de cada um dos intervenientes no processo, nas diversas fases.			
		Inexistência ou existência deficiente de estudos adequados para efeitos de elaboração dos projetos.			
		Inexistência de cabimentação prévia da despesa.			

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **65** de **78**

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública / Procedimentos pré-contratuais	Inexistência ou existência deficiente de um sistema de controlo interno, destinado a verificar e a certificar os procedimentos pré-contratuais.	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Não designação dos mesmos elementos, para os júris, ou seja os profissionais que avaliam e propõem a empreitada, não fazem parte do Júri nem tem mais interferência na decisão de adjudicação. Integração de elementos dos ACES nos júris de concursos, nomeadamente o DE e Responsável pela UAG. - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei da Acesso aos Documentos Administrativos; - Que a entidade que autorizou a abertura do procedimento dispõe de competência para o efeito; - Que no caso em que se adote o ajuste direto com base em critérios materiais os mesmos são rigorosamente justificados baseando-se em dados objetivos e devidamente documentados; - Que caso o procedimento esteja sujeito a publicação de anúncio, este é publicado nos termos da lei e com as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis; - Que o conteúdo do programa de procedimento ou do convite à apresentação de propostas está em consonância com os preceitos legais; - Que as especificações técnicas fixadas no caderno de encargos se adequam à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar; - Que os requisitos fixados não determinam o afastamento de grande parte dos potenciais concorrentes, mediante a imposição de condições inusuais ou demasiado exigentes e/ou restritivas; - Que as cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos são claras, completas e não discriminatórias; - Que é garantida a prestação atempada dos esclarecimentos, tidos por pertinentes, aos potenciais concorrentes que os solicitem, assegurando-se que tais respostas são amplamente divulgadas e partilhadas por todos os interessados; - Que o modelo de avaliação das propostas tem um carácter objetivo e baseiam-se em dados quantificáveis e comparáveis; - Que os critérios de adjudicação, fatores e subfatores de avaliação das propostas vêm enunciados de uma forma clara e suficientemente pormenorizada no respetivo programa do procedimento ou do convite; - Que a escolha dos critérios, fatores e subfatores de avaliação das propostas, assim como a sua ponderação relativa, adequam-se à natureza e aos objetivos específicos de cada empreitada em concreto; - Que os referidos critérios e o modelo de avaliação são definidos no caderno de encargos e portanto delimitados antes de conhecidos os concorrentes; - Que as propostas foram apresentadas dentro do prazo fixado; - Que os concorrentes não estão impedidos de participar nos procedimentos; - Que o preço das propostas é avaliado por referência a parâmetros objetivos, os quais permitem aferir da respetiva razoabilidade; - Que os concorrentes foram devidamente ouvidos sobre o relatório preliminar e a decisão de adjudicação; - Que os concorrentes preteridos foram notificados nos termos legais sobre a decisão de adjudicação.
			Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza das prestações objeto do contrato a celebrar.		
			Incompletude das cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos, com especificação, nomeadamente, de marcas ou denominações comerciais.		
			Controlo deficiente dos prazos.		
			Não audição dos concorrentes sobre o relatório preliminar/decisão de adjudicação.		

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **66** de **78**

PARTE II					PARTE III	
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
Unidade Orgânica	Área/ Serviço		Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
GIE	AF-CSF	Contratação Pública - Celebração e execução do contrato	Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado.	Moderado	Elevado	- Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, conforme o modelo previsto no anexo XIII do Código, pelos membros do júri do procedimento, antes do exercício das suas funções.
			Não verificação ou verificação deficiente das cláusulas contratuais que prevejam ou regulem os suprimentos dos erros e omissões.			- Verificação que as cláusulas contratuais são legais; - Que existe uma correspondência entre as cláusulas contratuais e o estabelecido nas peças do respetivo concurso; - Que o seu clausulado é claro e rigoroso, não existindo erros, ambiguidades, lacunas ou omissões que possam implicar, designadamente, o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução; - Que prevejam e regulem com rigor as situações de eventual falta de autorizações fundamentais para a execução do contrato; - Que prevejam e regulem com o devido rigor o eventual suprimento de erros e omissões;
			Fundamentação insuficiente ou incorreta para a “natureza imprevista” dos trabalhos.			a) No caso da existência de “trabalhos a mais”: - Verificação da circunstância de que tais trabalhos respeitam a “obras novas” e foram observados os pressupostos legalmente previstos para a sua existência, designadamente a “natureza imprevista”; - Que esses trabalhos não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra; - Exigência de comprovação da circunstância, juntando a respetiva documentação; - Verificação da garantia, no caso das empreitadas, de que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei;
			Fundamentação insuficiente ou incorreta para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.			b) Normas internas que garantem a boa e atempada execução dos contratos pelos empreiteiros, mediante: - Fiscalização regular do desempenho, de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos nos contratos e documentos anexos. - Controlo rigoroso dos custos do contrato, garantindo a sua concordância com os valores orçamentados; - Medição dos trabalhos e a vistoria da obra, relativamente à emissão da ordem de pagamento; - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.
			Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos.			
			Inexistência de medição dos trabalhos e de vistoria da obra.			

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **67** de **78**

PARTE II					PARTE III	
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
Unidade Orgânica	Área/ Serviço		Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública / Outros	Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos.	Moderado	Moderado	- A escolha das empresas a consultar em Consultas Prévias é o cumulativo da proposta do GIE e de empresas propostas pelo ACES.
			Existência de situações de conluio entre os concorrentes e de eventual corrupção dos funcionários.			- Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, conforme o modelo previsto no anexo XIII do Código, pelos membros do júri do procedimento, antes do exercício das suas funções.
			Existência de favoritismo injustificado.			- Não designação dos mesmos elementos, para os júris, ou seja os profissionais que avaliam e propõem a empreitada, não fazem parte do Júri nem tem mais interferência na decisão de adjudicação.
						- Identificação das necessidades de formação e implementação das respetivas ações; - Publicitação dos documentos com os resultados das análises levadas a efeito; - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.

4.18. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
GJC	Apreciação jurídica de acordos / contratos	Falta de níveis de avaliação da conveniência e do interesse público do ponto de vista da gestão.	Fraco	Moderado	Emissão de pareceres de ponto de vista gestor por outras unidades orgânicas.
	Emissão de pareceres jurídicos (genericamente)	Deficiente instrução dos processos entrados.	Fraco	Fraco	Melhoria da completude dos processos entrados. Pedido de elementos complementares.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS [INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES] SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.	Edição: 08 Revisão: 00 Página 68 de 78
--	--

4.19. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD)

PARTE II						PARTE III	
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco		Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	
DICAD	-	1. Conflito de interesses no exercício de funções no âmbito do PORI.	1.1. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros, pondo-se em causa a transparência de procedimentos.	Moderado	Moderado	A) Subscrição, pelos colaboradores, de Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses relativamente a procedimentos no âmbito da monitorização e emissão de pareceres no âmbito do PORI (Modelo 1), a qual deverá ser reportada ao seu superior hierárquico. B) Inclusão, nos procedimentos do PORI, do conflito de interesses e suas medidas preventivas. C) Realização de ações de formação sobre a temática (ver Plano de Formação DICAD 2019) D) Divulgação da Informação de serviço juntos dos colaboradores, assim como do Modelo 1, 2 e 3. E) Divulgação e cumprimento do código de conduta e estatutos da ARS Norte, IP junto de todos os colaboradores da DICAD.	
			1.2. Interferência das entidades financiadas nas decisões técnicas dos colaboradores da DICAD.	Moderado	Moderado	F) Realização de auditorias por amostragem aos projetos financiados.	
			1.3. Falta de segregação de funções nas diversas fases do procedimento	Moderado	Moderado	G) Assegurar que existe segregação de funções; o técnico que intervém numa fase do procedimento concursal, não deverá intervir na seguinte.	
		2. Conflito de interesses aquando de acumulação de funções	2.1. Desenvolvimento de atividades privadas concorrenciais.	Elevado	Elevado	H) Subscrição, por parte de todos os colaboradores que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma Declaração atualizada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não colidem sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação (Modelo 3). O pedido de acumulação de funções é visado pelo superior hierárquico e sujeito a prévia autorização da ARSN, IP	
						I) Realização de ações de formação sobre a temática (ver Plano de Formação DICAD 2019)	
						J) Divulgação da Informação de serviço juntos dos colaboradores, assim como do Modelo 1, 2 e 3.	
						F) Divulgação e cumprimento do código de conduta e estatutos da ARS Norte, IP junto de todos os colaboradores da DICAD.	

...

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **69** de **78**

.../...

PARTE II						PARTE III	
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco		Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	
DICAD	---	3. Instabilidade organizacional	3.1. Não validação superior da proposta de reorganização da DICAD	Baixo	Elevado	I) Entrega de proposta de reorganização, fundamentada, e negociação da mesma com o Conselho Diretivo com vista a solução consensual	
			3.2. Colaboradores desmotivados	Elevado	Elevado	J) Reafetação de recursos, harmonização procedimentos, linhas de orientação estratégica e operacional de acordo com estratégia da ARSN, investimento na cultura organizacional	
		4. Deficiente articulação com outros departamentos da ARS Norte, com CSP, hospitalares, ULS e entidades externas	4.1. Departamentos ARSN, cuidados de saúde primários e secundários, ULS: acessibilidade cuidados saúde utentes, equidade acesso saúde	Médio	Elevado	K) Reuniões periódicas com departamentos, criação de objetivos estratégicos partilhados, Divulgação e implementação da Rede de Referenciação e Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências (RRACAD)	
			4.2. Entidades externas ARSN (Redes Sociais, entidades de ensino, justiça, segurança social, SICAD)	Baixo	Elevado	L) Reuniões periódicas, manifestação de disponibilidade em integrar as Redes Sociais, divulgação e implementação da RRACAD, proposta de protocolos de cooperação	
		5. Não fixação de recursos médicos nas Unidades da DICAD	5.1. Abertura de lugares na DICAD através do concurso de recrutamento de MF, sem que haja concursos específicos	Elevado	Elevado	M) Entendimento com a CNCSP e ERA Norte no sentido de propor ao CD da ARS Norte a abertura de concursos específicos, com perfil próprio para a medicina dos comportamentos aditivos e dependências.	

4.20. UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI)

PARTE II					PARTE III
IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS
Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
UACI	:	Existência de conflitos de interesses por parte dos trabalhadores envolvidos na Equipa de Trabalho, com o risco de existir parcialidade na emissão das apreciações e/ou conclusões.	Fraço	Fraço	Emissão de <i>Declarações de Inexistência de Conflitos de Interesses</i> pelos trabalhadores envolvidos na Equipa de Trabalho. Estas Declarações deverão ser parte integrante do <i>dossier</i> do processo.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **70** de **78**

5. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CONFLITOS DE INTERESSES / MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS

Não obstante no capítulo anterior já se ter abordado os *Riscos de Conflitos de Interesses* como Riscos intrínsecos à atividade desenvolvida pelos trabalhadores dos diversos Serviços da ARSN,I.P., no presente capítulo este tema volta a ser abordado tendo em conta a Recomendação de 7 de novembro do CPC, reforçando a sua importância. De acordo com esta Recomendação “*as entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais*”, nomeadamente na adoção de três medidas fundamentais, que a seguir se destacam:

- 1) Elaboração de Manuais de Boas Práticas e Códigos de Conduta;
- 2) Realização de Ações de Formação / Sensibilização sobre esta temática;
- 3) Subscrição pelos trabalhadores de *Declarações de Compromisso de Inexistência de Conflitos de Interesse* em processos que possam de alguma forma pôr em causa a sua isenção e rigor.

Neste contexto, segundo a mesma Recomendação do CPC, o Conflito de Interesses no setor público “*pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.*”

Podem ser igualmente situações geradoras de Conflito de Interesses, “*situações que envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outras, porque participaram, direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram, ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex-colaboradores.*”

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **71** de **78**

Ora, a questão dos Conflitos de Interesses no setor público, a par da problemática da corrupção, com a qual apresenta uma relação direta, tem vindo a assumir um lugar de destaque, pelo que, na Recomendação de 7 de novembro de 2012 do CPC, são evidenciadas as seguintes medidas a adotar pelos “gestores e órgãos de direção de todas as entidades do Setor Público, incluindo os que a qualquer título ou sob qualquer forma tenham de gerir dinheiros, valores ou património públicos”:

- a) Elaborar Manuais de Boas Práticas e Códigos de Conduta relativamente a todas as áreas de atuação, incluindo o período que sucede ao exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização;
- b) Identificar e caracterizar as principais áreas de risco;
- c) Identificar as potenciais situações de conflitos de interesses;
- d) Implementar mecanismos e medidas adequadas para prevenir e gerir conflitos de interesses;
- e) Identificar as sanções aplicáveis aos infratores, em conformidade com o quadro punitivo existente;
- f) Promover a sensibilização sobre esta temática e a divulgação do plano junto dos trabalhadores dos serviços.

Neste contexto, importa, desde já, referir que ARSN,I.P. dispõe de um *Código de Conduta* que se encontra publicitado no seu portal, refletindo medidas de prevenção que acautelam os riscos associados a situações de conflito de interesses, nomeadamente (cfr. Artigo 14.º - Conflitos de interesses):

«1. Os trabalhadores da ARS do Norte, I.P. devem evitar situações suscetíveis de originar, direta ou indiretamente, conflito de interesses, designadamente quando interesses pessoais e diretos, em determinada matéria, sejam capazes de influenciar o desempenho e imparcialidade daqueles.

2. Por interesse privado e direto entende-se qualquer potencial vantagem para o próprio, seus familiares ou afins.

3. Todos os trabalhadores deste instituto público, quando confrontados com a existência de conflitos de interesses relativamente aos processos que lhes são confiados no âmbito das suas funções e nos quais, de algum modo, tenham influência, devem comunicar por escrito aos superiores hierárquicos essa vicissitude, presumindo-se que na falta de declaração nesse sentido inexistente qualquer conflito de interesses com relação ao trabalho que desenvolvem.

4. Eventuais suspeitas de comportamentos ou situações ilícitas suscetíveis de comprometer ou afetar o dever de isenção e imparcialidade que são devidos, devem ser reportadas, por escrito, pelos

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **72** de **78**

trabalhadores da ARS do Norte, I.P. que delas tenham conhecimento no exercício das suas funções ao respetivo superior hierárquico.»

Considerando a Recomendação de 7 de novembro de 2012 do CPC, foram identificadas as seguintes principais potenciais situações de *Riscos de Conflitos de Interesses* às quais os trabalhadores da ARSN,I.P. estarão sujeitos e respetivas *Medidas Preventivas*.

- 1. Conflito de interesses no exercício das suas funções;**
- 2. Conflito de interesses aquando dos procedimentos de contratação pública;**
- 3. Conflito de interesses aquando de acumulação de funções;**
- 4. Conflito de interesses aquando da saída de trabalhadores para entidades privadas;**
- 5. Conflito de interesses aquando da aceitação de cargos por trabalhadores em entidades privadas que foram abrangidas por decisões em que, direta ou indiretamente, aqueles participaram no exercício de funções públicas.**

Área/ Serviço	Caraterização do Potencial Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
Todas	<p>1. Conflito de interesses no exercício das suas funções e que se pode manifestar através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros, pondo-se em causa a transparência de procedimentos. ii. Quebra de sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para entidade privada. iii. Aceitação ou solicitação indevida de qualquer forma de pagamento ou outro benefício que possa colocar em causa a liberdade de ação, a independência do colaborador e a credibilidade da ARSN,I.P. e criar a expectativa de favorecimento ou vantagem ilícitas, tais como ofertas ou recebimentos de clientes ou fornecedores iv. Interferência nas decisões técnicas dos colaboradores 	Moderada	Elevada	<ul style="list-style-type: none"> - Subscrição, por todos os trabalhadores, de <u>Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses</u> relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual, de algum modo, tenha influência (Modelo 1), a qual deverá ser reportada ao seu superior hierárquico. - Comunicação formal ao superior hierárquico sempre que se verifique algum caso que possa originar uma situação de Conflito de Interesses. - Preenchimento de <u>Declaração</u>, por parte do trabalhador, sempre que receba quaisquer ofertas no exercício de funções (Modelo 2), a qual deverá ser reportada ao seu superior hierárquico. - Fomentar, entre os trabalhadores, a denúncia de situações indiciadoras de existência de conflitos de interesses. - Realização de Ações de Formação sobre a temática. - Cumprimento do Código de Conduta e Estatutos da ARSN,I.P.. - Monitorização da aplicação das Medidas Preventivas pelos respetivos superiores hierárquicos.

.../...

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **73** de **78**

Área/ Serviço	Caraterização do Potencial Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
Contra- tação Pública	<p>2. <u>Conflito de interesses aquando dos procedimentos de contratação pública</u> e que se pode expressar através de:</p> <p>v. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros, pondo-se em causa a transparência dos procedimentos.</p> <p>vi. Aceitação ou solicitação indevida de qualquer forma de pagamento ou outro benefício que possa pôr em causa a liberdade de ação, a independência do colaborador e a credibilidade da ARSN,I.P. e criar a expectativa de favorecimento ou vantagem ilícitas, tais como ofertas ou recebimentos de clientes ou fornecedores</p>	Moderado	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Subscrição, por todos os trabalhadores, de <u>Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses</u> relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual, de algum modo, tenha influência (Modelo 1), a qual deverá ser reportada ao seu superior hierárquico. - <u>Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses</u>, conforme o Modelo previsto no anexo XIII do Código dos Contratos Públicos, pelos membros do júri do procedimento, antes do exercício das suas funções. - Comunicação formal ao superior hierárquico sempre que se verifique algum caso que possa originar uma situação de Conflito de Interesses. - Preenchimento de <u>Declaração</u>, por parte do trabalhador, sempre que receba quaisquer ofertas no exercício de funções (Modelo 2), a qual deverá ser reportada ao seu superior hierárquico. - Fomentar, entre os trabalhadores, a denúncia de situações indiciadoras de existência de conflitos de interesses. - Realização de Ações de Formação sobre a temática. - Cumprimento do Código de Conduta e Estatutos da ARSN,I.P.. - Monitorização da aplicação das Medidas Preventivas pelos respetivos superiores hierárquicos.
Todas	<p>3. <u>Conflito de interesses aquando de acumulação de funções</u> e que se pode manifestar através de:</p> <p>vii. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros;</p> <p>viii. Quebra de sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para a entidade privada.</p> <p>ix. Interferência nas decisões.</p> <p>x. Desenvolvimento de atividades privadas concorrenciais.</p>	Moderada	Elevada	<ul style="list-style-type: none"> - Subscrição, por todos os funcionários que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma <u>Declaração</u> atualizada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não colidem sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação (Modelo 3). - O pedido de acumulação de funções é visado pelo superior hierárquico e sujeito a prévia autorização da ARSN,I.P.. - A autorização de acumulação de funções deve constar do processo individual do trabalhador e indicar o seu período de vigência. - Fomentar, entre os trabalhadores, a denúncia de situações indiciadoras de existência de conflitos de interesses. - Realização de Ações de Formação sobre a temática - Cumprimento do Código de Conduta e Estatutos da ARSN,I.P.. - Monitorização da aplicação das Medidas Preventivas pelos respetivos superiores hierárquicos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **74** de **78**

Área/ Serviço	Caraterização do Potencial Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
Todas	<p>4. <u>Conflito de interesses aquando da saída de trabalhadores para entidades privadas</u> e que se pode manifestar através de:</p> <p>xi. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros.</p> <p>xii. Quebra de sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para a entidade privada</p> <p>xiii. Influência através de ex-colaboradores.</p>	Baixo	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar, entre os trabalhadores, a denúncia de situações indiciadoras de existência de conflitos de interesses. - Realização de Ações de Formação sobre a temática. - Cumprimento do Código de Conduta e Estatutos da ARSN,I.P.. - Monitorização da aplicação das Medidas Preventivas pelos respetivos superiores hierárquicos.
Todas	<p>5. <u>Conflito de interesses aquando da aceitação de cargos por colaboradores em entidades privadas que foram abrangidas por decisões em que, direta ou indiretamente, aqueles participaram no exercício de funções públicas</u> e que se pode manifestar através de:</p> <p>xiv. Favorecimento de interesses pessoais, familiares, de terceiros, políticos, económicos ou outros.</p> <p>xv. Quebra de sigilo e uso de informação privilegiada com interesse para a entidade privada.</p> <p>xvi. Influência através de ex-colaboradores.</p>	Baixo	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar, entre os trabalhadores, a denúncia de situações indiciadoras de existência de conflitos de interesses. - Realização de Ações de Formação sobre a temática - Cumprimento do Código de Conduta e Estatutos da ARSN,I.P.. - Monitorização da aplicação das Medidas Preventivas pelos respetivos superiores hierárquicos.

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **75** de **78**

Modelo 1

DECLARAÇÃO
DE
INEXISTÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

_____(nome completo), a exercer
funções de _____ no Serviço
_____ desta Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P., e responsável / interveniente no processo
_____ declara
sob sua honra não estar abrangido(a), na presente data, por quaisquer conflitos de
interesses relacionados com o Processo referido.

_____, ____ de _____ de ____

_____ (assinatura)

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **76** de **78**

Modelo 2

DECLARAÇÃO
DE
RECEBIMENTO DE OFERTAS

_____(nome completo), a exercer
funções de _____ no Serviço
_____ desta Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P., e responsável / interveniente no processo

_____,
não obstante o exposto no Código de Conduta da ARSN,I.P. (Artigo 15.º), declara
que recebeu as ofertas simbólicas de valor diminuto listadas a seguir, e que, sob sua
honra, não colocam em causa a isenção e objetividade na tramitação processual.

_____, ____ de _____ de _____

_____ (assinatura)

Lista de ofertas:

Data:	Item:	Responsável pela oferta:

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN, I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **77** de **78**

Modelo 3

DECLARAÇÃO

DE

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES

_____ (nome completo), a exercer
funções de _____ no Serviço
_____ desta Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P., declara sob sua honra que as funções de
_____ (descrição das funções)
acumuladas em _____ (local de
acumulação), e que foram autorizadas em _____ não colidem, sob
forma alguma, com as funções públicas que exerce, nem colocam em causa a
isenção e o rigor que deve pautar a sua ação.

_____, ____ de _____ de ____

_____ (assinatura)

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS
[INCLUINDO DE CORRUPÇÃO, INFRAÇÕES CONEXAS E CONFLITOS DE INTERESSES]

SERVIÇOS CENTRAIS – ARSN,I.P.

Edição: **08**
Revisão: **00**
Página **78** de **78**

6. ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS

Por ser um instrumento de gestão dinâmico, o presente **PGR**, será revisto sempre que se justifique, mediante proposta apresentada ao Conselho Diretivo da ARSN,I.P. pela UACI.

Será revisto também, sempre que necessário e por proposta apresentada pelos Responsáveis pelos Departamentos e/ou Unidades Orgânicas.

Não obstante, anualmente, os mesmos Responsáveis diligenciarão pelo envio, à UACI, de relatório circunstanciado (*Relatório de Execução*), 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 **PGR** da ARSN,I.P. 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 CPC, ao Gabinete da Senhora Ministra 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”*).

abril de 2019