



**PLANO DE PREVENÇÃO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO
E INFRAÇÕES CONEXAS
(PPGRCIC)**



Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

FICHA TÉCNICA:

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

Versão 2, aprovado pelo Conselho de Administração a 23 de maio de 2023

UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO FAIAL

Estrada Príncipe Alberto do Mónaco

9900 – 038 Horta

Telefone: 292 207 200

E-mail: sres-usifaial@azores.gov.pt

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	4
PARTE I – ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA USIFAIAL	5
1. ENQUADRAMENTO	5
2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO E OBJETIVOS DO PPGRCIC	7
3. CARACTERIZAÇÃO DA USIFaial	8
3.1 Carta de Missão e Valores da USIFaial	8
3.2 Carteira De Serviços	10
3.3 Estrutura Orgânica	10
Conselho de Administração	10
Conselho Consultivo	11
Conselho Técnico	12
3.4 Identificação dos Responsáveis do PPGRCIC	16
4 ARTICULAÇÃO COM OS INSTRUMENTOS DE CONTROLO E PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO E FRAUDE	18
5 SISTEMA DE AVALIAÇÃO - CONTROLOS E MONITORIZAÇÃO AOS INSTRUMENTOS DE CONTROLO DA CORRUPÇÃO E FRAUDE	19
6 FORMAÇÃO	21
PARTE II – PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	22
1. CONCEITOS	22
2. IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS DOS SERVIÇOS NÃO CLÍNICOS E CLÍNICOS	23
3. METODOLOGIA ADOTADA NA GESTÃO DO RISCO	24
3.1 Risco e Gestão de Risco	24
3.2 Metodologia usada para o mapeamento dos riscos	27
4. ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS	28
5. ÁREAS E FATORES DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	29
6. MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	31
7. MAPEAMENTO DOS RISCOS, MEDIDAS PROPOSTAS E RESPONSÁVEIS	32
7.1 Avaliação dos Riscos de Fraude e Medidas Antifraude	53
8. ENVIO PARA ENTIDADES EXTERNAS	53
9. PUBLICITAÇÃO	54
10. BIBLIOGRAFIA	55
11. REVISÃO E CIRCUITO DE APROVAÇÃO:	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CA	Conselho de Administração
CC	Conselho Consultivo
DL	Decreto Lei
DRR	Decreto Regulamentar Regional
FERMA	Federation of European Risk Management Associations
GC	Gravidade de Consequência
GR	Graduação de risco
IARTCC	Inspeção Administrativa Regional da Transparência e do Combate à Corrupção
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PO	Probabilidade de Ocorrência
PPGRCIC	Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
SCI	Sistema Controlo Interno
SGC	Sistema de Gestão de Correspondência
USIFaial	Unidade de Saúde da Ilha do Faial

PARTE I – ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DA USIFAIAL

1. ENQUADRAMENTO

De acordo com a Recomendação nº 1/2009 de 1 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) na qual requeria a todas as entidades públicas a elaboração de “Planos de Prevenção de Risco de Corrupção e Infrações Conexas”. Em reunião de 1 de julho de 2015, o Conselho de Prevenção da Corrupção, aprovou a seguinte Recomendação:

1. *“Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, objeto das Recomendações nºs 1/2009, de 1 de julho, e 1/2010, de 7 de abril, em resultados de um processo de análise reflexão interna das entidades respetivas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;”*
2. *“Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos;”*
3. *“Os Planos devem designar responsáveis sectoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais, os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de atividade das entidades a que respeitam;”*
4. *“As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimentos dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;”*
5. *“Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública;”*
6. *“O Conselho de Prevenção da Corrupção reitera o pedido de colaboração ao Tribunal de Contas e a todos os organismos de controlo interno do Setor Público, para que, nas suas ações, verifiquem se as entidades sob o seu controlo dispõem e aplicam de modo efetivo*
7. *seus Planos de Prevenção de Riscos, incluindo a verificação sobre a elaboração dos correspondentes relatórios anuais de execução.”*

Na sequência desta Recomendação, a Unidade de Saúde da Ilha do Faial (USIFaial) elaborou a sua primeira versão, em 2015, do seu Plano de Prevenção de Riscos e Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), baseada ainda no “Guião” para a “Elaboração de Planos de Prevenção de Riscos e Corrupção e Infrações Conexas” da mesma entidade.

Com o Decreto – Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro, foi mencionado na Secção III – Serviço de auditoria interna, no nº13, do artigo 19.º que “o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e



Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.”

Desde então a USIFaial assegura a sua avaliação de execução anual e intercalar (este a partir de outubro de 2022). Fruto destas avaliações detetou-se a necessidade de atualizar este instrumento de gestão.

Na elaboração deste plano foram envolvidos, para além dos dirigentes e chefias, um responsável interno de cada área alvo de identificação de riscos de corrupção e infrações conexas, bem como, na respetiva identificação das medidas que constam do plano de prevenção.

A atualização do documento teve o seu início em 2022 tendo sido terminada em 2023 uma vez que a sua revisão teve de ser assegurada sem o apoio jurídico (a jurista da unidade de saúde encontra-se a exercer funções, em regime de comissão de serviço noutro organismo público). Não obstante as dificuldades encontradas e o esforço de rever o normativo conforme o DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção bem como outros normativos legais em vigor. Acresce-se ainda que nesta atualização foram tidas em conta as recomendações decorrentes da ação de controlo da Inspeção Administrativa Regional da Transparência e do Combate à Corrupção (IARTCC) e atualização face às recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (ex: em matéria de conflito de interesses), demais legislação publicada e orientações.

Por último acresce-se que será ao abrigo do Sistema de Controlo interno que estão a ser desenvolvidos os mecanismos para acompanhamento e monitorização dos investimentos que a USIFaial, como entidade beneficiária intermedia do Programa de Recuperação e Resiliência tem de dar cumprimento ao previsto nos normativos em vigor.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO E OBJETIVOS DO PPGRCIC

O presente PPGRCIC aplica-se à USIFaial, seu Conselho de Administração, Chefias e Responsáveis de área/equipas, demais colaboradores unidade.

A identificação dos riscos de gestão, de corrupção e infrações conexas, inclui todas os seus serviços/áreas/unidades:

- Aprovisionamento e Armazém
- Área de Expediente e Arquivo
- Arquivos: clínico e geral
- Assistentes Operacionais
- Chefias e Responsáveis de Área
- Conselho de Administração
- Delegação de Saúde
- Direção de Enfermagem
- Equipa de Comunicação
- Gabinete da Gestão da Qualidade
- Gestão
- Núcleo de Formação
- Organização dos Processos de Deslocação de Doentes
- Proteção de Dados Pessoais
- Secretariado clínico
- Serviço de Informática
- Serviço de Pessoal/Recursos Humanos
- Serviço Social/Gabinete do Utente
- Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde (todos os serviços incluídos na carteira de serviços)
- Serviços Financeiros

O PPGRCIC tem os seguintes objetivos:

- Identificar riscos de gestão, corrupção e infrações conexas relativamente a cada um dos serviços/ unidades/equipas/Conselho de Administração;
- Servir de ponto de partida para os riscos de fraude relativamente às áreas de: seleção de candidatos, contratos públicos com concursos organizados e geridos por beneficiários, certificação de pagamentos e adjudicação por ajuste direto;
- Verificar, com base num processo anual de acompanhamento, o nível de eficácia das medidas e o estado de implementação;
- Reforçar e consolidar os procedimentos e mecanismos de prevenção de comportamentos associados a fraude e corrupção;
- Fomentar uma cultura de responsabilidade e de integridade, transversal a toda a unidade de saúde.

3. CARACTERIZAÇÃO DA USIFaial

A Unidade de Saúde de Ilha Faial, doravante USIFaial, é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, nos termos da lei. O Decreto Regulamentar Regional nº3/2011/A, de 28 de janeiro define a orgânica, competências e quadro de pessoal da USIFaial. Neste diploma é definido no seu art.º 2.º as atribuições da unidade:

“1 — A USIFaial tem como missão a promoção da saúde na sua área geográfica, através de ações de educação para a saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença.

2 — Pode ainda a USIFaial prestar cuidados de saúde diferenciados e desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, de formação profissional, de investigação em cuidados de saúde, de melhoria da qualidade dos cuidados e de avaliação dos resultados da sua atividade.”

3.1 Carta de Missão e Valores da USIFaial

Na sua Carta de Missão e Valores o Conselho de Administração expressa a vontade de alcançar um elevado nível ético, promovendo a sua divulgação interna e externa. De forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público. (aprovada pelo Conselho de Administração a: 07-07-2022 | Ref.º do documento: 01|33|00). Neste documento de gestão ficou definido o seguinte:

Missão

A *missão* da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.

O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, de forma cortês e profissional, com rigor e qualidade técnico-científica; utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.

Visão

A nossa visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.



Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

Valores

Como **valores** da Equipa salientamos os seguintes:

- **Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação:** traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de **Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade, Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade; e, Urbanidade** por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

Objetivos

O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

- ✓ Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
- ✓ Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e com as várias entidades e parceiros;
- ✓ Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

3.2 Carteira De Serviços

A carteira de serviços da USIFaial é a seguinte:

- a) Consultas: complementar e programada; cessação tabágica; diabetes; hipertensão; nutrição; planeamento familiar; saúde do adulto; saúde escolar; saúde infantojuvenil; saúde materna; saúde da mulher; viajante.
- b) Outros serviços clínicos: cuidados de enfermagem e vacinação, psicologia; terapia da fala, medicina dentária.
- c) Meios Complementares de Diagnóstico: eletrocardiogramas e espirometrias; raio X convencional.
- d) Serviços nos domicílios: cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros técnicos) e apoio técnico.
- e) Outros serviços e apoio a grupos vulneráveis: Intervenção Precoce; Serviço Social; Gabinete do Utente; Deslocação de Doentes; Reembolsos de despesas médicas; Equipa de Gestão de Altas; Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; Atribuição de Produtos de Apoio, comissão de Dissuasão à Toxicodependência, Grupo de Apoio aos Cuidadores Informais, e Comissão de Dissuasão à Toxicodependência da Horta.

3.3 Estrutura Orgânica

A estrutura orgânica da USIFaial, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, é composta por um Conselho de Administração (CA), um Conselho Consultivo e um Conselho Técnico.

A USIFaial é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.

Conselho de Administração

Os representantes legais da USIFaial são os membros do Conselho de Administração:

- Andy Rodrigues– Presidente do Conselho de Administração
Competências do presidente (art.º 14.º do diploma referido):
 - Representar a USIFaial em juízo e fora dele;
 - Coordenar a atividade do conselho de administração;
 - Convocar e presidir às reuniões do conselho de administração;
 - Assegurar a correta execução das deliberações do conselho de administração;
 - Praticar os atos cuja competência lhe seja atribuída por lei, regulamento ou por delegação
- Nídia de Fátima Neves Faria– Vogal Executiva e Diretora Clínica
- Maria Manuela Ferreira Oliveira– Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem

De forma genérica conforme diploma atrás referido compete-lhes:

- Gerir os recursos humanos, materiais e financeiros;
- Assegurar a prestação de cuidados de saúde à população da sua área da ilha do Faial;
- Aprovar o Regulamento da USIFaial;
- Definir as diretrizes orientadoras da gestão e funcionamento da USIFaial e assegurar o seu cumprimento;
- Elaborar o plano anual de atividades e o orçamento;
- Elaborar o relatório anual de atividades e a conta de gerência;
- Assegurar a articulação entre os diversos serviços da USIFaial;
- Planear e coordenar as atividades de prestação de cuidados de saúde;
- Celebrar contratos-programa com a tutela, protocolos de colaboração ou de apoio e contratos de prestação de serviços com outras instituições no âmbito das suas atividades e visando atingir os seus objetivos;
- Promover a formação do pessoal;
- Determinar medidas adequadas sobre as reclamações e queixas dos utentes;
- Avaliar sistematicamente o desempenho global do funcionamento da USIFaial.

Existe um Regulamento Interno de Funcionamento do CA, aprovado pelo CA em 06 de janeiro de 2017 e homologado pelo Ex.mo Sr. Secretário Regional da Saúde, em 28 de janeiro de 2017. Em dezembro de 2019 foi efetuada uma análise ao conteúdo do documento verificando-se que o mesmo se mantém atualizado tendo sido prorrogado o prazo de revisão por 3 anos conforme registo interno: Int-USIF/2019/2908. Em dezembro de 2022 foi efetuada nova revisão ao documento e por o mesmo se manter adequado foi validado o seu conteúdo e enviado para a Secretaria Regional da saúde e do Desporto a 10 de janeiro de 2023 (Sai-USF/2023/12).

Conselho Consultivo

Para funcionamento do Conselho Consultivo (CC) foi elaborado o Regulamento do Conselho Consultivo da USIFaial, aprovado pelo CA em 2017 e homologado pelo Ex.mo Sr. Secretário Regional da Saúde, em 31 de agosto de 2017.

O Conselho Consultivo da USIFaial foi constituído pela primeira vez em 2016 por representantes dos parceiros/comunidade em sede de reunião realizada a 12 de setembro de 2016.

A 22 de junho de 2017 foi realizada a II reunião ordinária do Conselho Consultivo da USIFaial onde um dos pontos da ordem de trabalho foi a aprovação da versão final do Regulamento do Conselho Consultivo.

Em agosto de 2020 foi efetuada revisão e análise ao conteúdo do regulamento pelo Conselho de Administração tendo sido considerado que o conteúdo se mantinha atualizado, pelo que, foi prorrogado a revisão para 3 anos.

Em novembro de 2022 foram contactados todos os representantes dos parceiros e da comunidade para atualização e constituição deste órgão.



Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

De acordo com o normativo em vigor possui as seguintes competências:

- Emitir parecer sobre os planos e relatórios de atividades da USIFaial;
- Pronunciar -se sobre o funcionamento dos serviços de saúde na ilha e sobre quaisquer outras matérias relacionadas com os serviços de saúde;
- Aprovar o regulamento interno de funcionamento do conselho consultivo e submetê-lo a homologação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

Conselho Técnico

O Conselho Técnico é um órgão de consulta e de apoio técnico da USIFaial que será renomeado de acordo com a tomada de posse do atual CA.

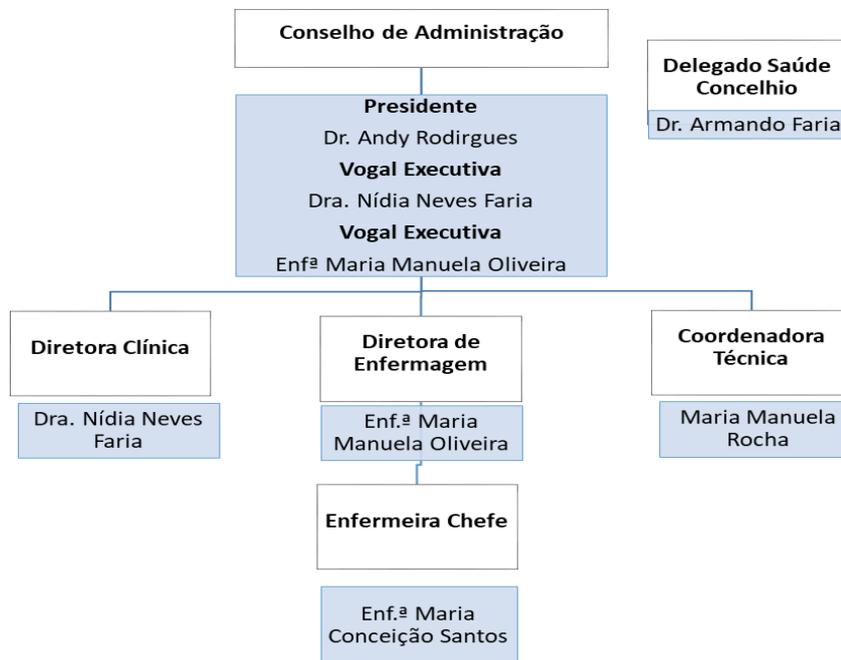
O **Regulamento Interno do Conselho Técnico** foi homologado pelo Ex.mo Sr. Secretário Regional da Saúde a 19 de abril de 2016 (artigo 20.º, n.º 1, alínea c).

Em 2019 e 2022 foram efetuadas análises ao documento e verificando-se que o seu conteúdo se mantinha atualizado, pelo que, foi aprovado uma renovação automática da sua revisão.

De forma genérica são competências do Conselho Consultivo:

- Cooperar com o conselho de administração da USIFaial e com as direções técnicas das entidades prestadoras de cuidados de saúde;
- Pronunciar-se sobre as matérias da sua competência para fomentar a articulação entre as entidades prestadoras de cuidados de saúde e estimular a eficiência na utilização dos recursos humanos e financeiros, por forma a promover uma atuação técnica dentro de parâmetros de qualidade, no respeito pelos princípios da ética e da deontologia;
- Aprovar o regulamento interno de funcionamento do conselho técnico e submetê-lo a homologação do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde

Organograma nominativo dos Dirigentes e Chefias Intermédias



Para a prestação de cuidados de saúde foi prevista a criação de quatro “Unidades Funcionais”: unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e, unidade básica de urgência, esta última não aplicável à USIFaial.

A área administrativa integra duas secções:

-Secção de pessoal, expediente e arquivo;

Compete à Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo (art.º 32 do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro):

- Executar as operações administrativas relacionadas com o recrutamento, gestão corrente e mobilidade do pessoal
- Organizar e manter atualizado o cadastro e o registo biográfico do pessoal;
- Assegurar a receção e expedição da correspondência e documentação;
- Marcar consultas e exames complementares de diagnóstico;
- Prestar apoio administrativo às unidades funcionais;
- Organizar e manter o arquivo geral da USIFaial;
- Emitir certidões;
- Organizar o trabalho dos motoristas e do pessoal auxiliar;
- Efetuar as operações de controlo da assiduidade e pontualidade do pessoal.

- Secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

Compete à Secção de Contabilidade, Património e Aprovisionamento (art.º 33 do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro):

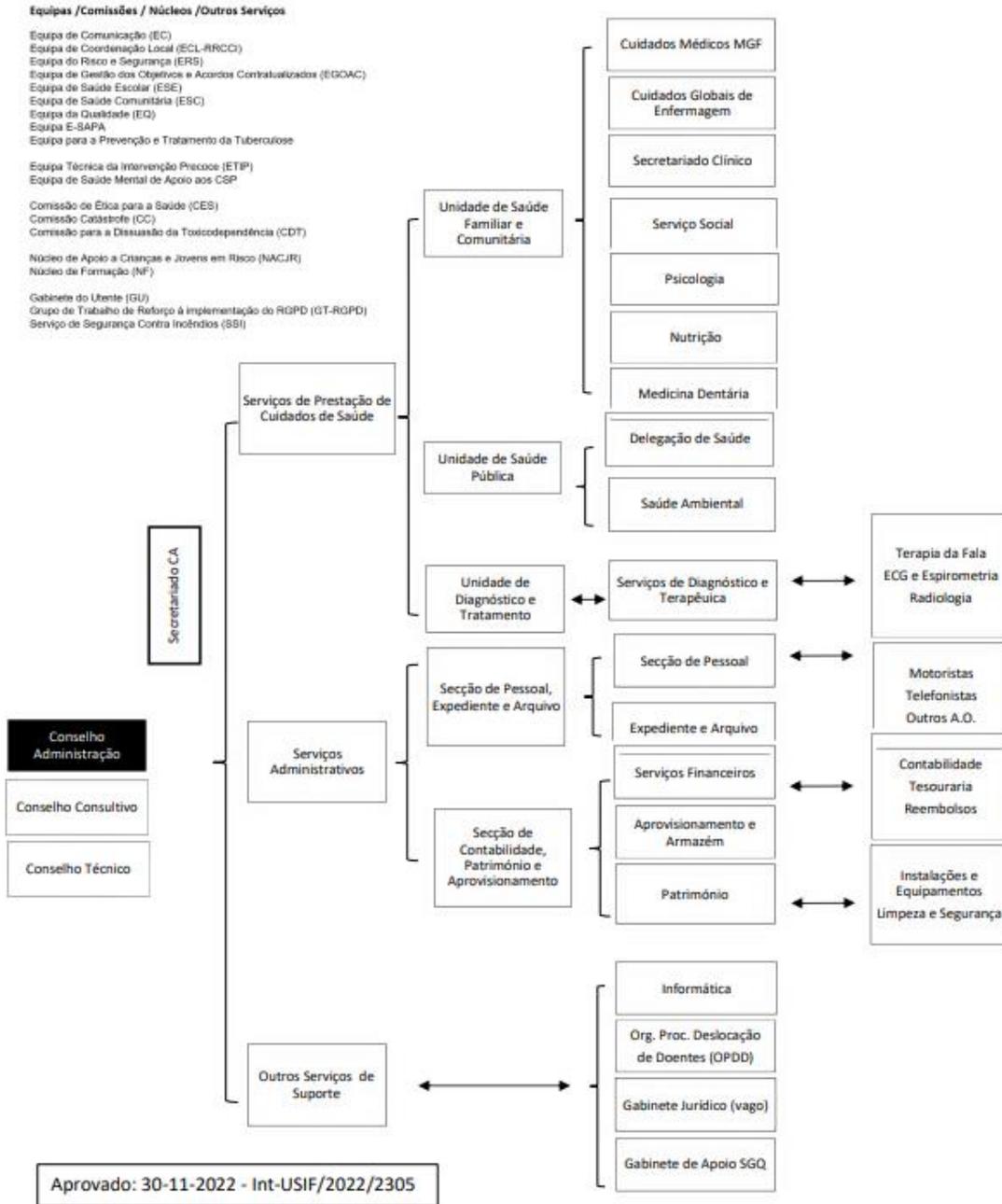
- Elaborar a proposta de orçamento da USIFaial e organizar o projeto de orçamento, de acordo com as propostas dos serviços;
- Processar as remunerações devidas ao pessoal;
- Processar as despesas com aquisição de bens e serviços e encargos diversos;
- Controlar as contas correntes relativas a fornecedores e quaisquer outras entidades;
- Pagar reembolsos e participações aos utentes;
- Assegurar as operações contabilísticas;
- Propor alterações orçamentais e transferências de verbas, de acordo com a execução efetuada e a evolução verificada nas despesas;
- Executar as operações administrativas relacionadas com a aquisição de bens e serviços e com a alienação de quaisquer bens;
- Emitir certidões;
- Promover, acompanhar e verificar as atividades de segurança, limpeza, manutenção e reparação das instalações e equipamentos;
- Administrar o parque automóvel;
- Organizar e manter atualizado o cadastro dos bens móveis e imóveis.

Internamente foram nomeados pelo Conselho de Administração responsáveis de área /equipa a quem são atribuídas as seguintes funções:

- Elaboração de planos e relatórios de atividades;
- Propor objetivos para o serviço/área;
- Coordenação diária das atividades e profissionais sob a sua responsabilidade e correção dos desvios detetados;
- Apoiar o superior hierárquico no planeamento das férias, escalas de serviço, intersubstituições e emissões de parecer para frequência de formação (entre outros);
- Preparar as reuniões com as equipas e com o superior hierárquico;
- Garantir o cumprimento da legislação, dos procedimentos e normas do serviço/ área em particular, e da USIFaial, em geral;
- Colaborar com os dirigentes na avaliação de desempenho;
- Contribuir para a melhoria contínua dos seus serviços.

Na USIFaial existe um organigrama nominal e funcional, ambos publicitados aos trabalhadores na página da Intranet.

Organograma Funcional



3.4 Identificação dos Responsáveis do PPGRCIC

A aprovação, gestão e iniciativa de revisão do PPGRCIC compete ao Presidente do Conselho de Administração, que também é o responsável pela implementação, acompanhamento e avaliação da sua execução. Este documento aplica-se aos trabalhadores de todas as áreas da USIFaial.

O Grupo de Trabalho do PPGRCIC, constituído por 3 elementos de carácter multidisciplinar, é designado por 2 anos pelo Presidente do CA que integrará de modo rotativo as chefias, responsáveis de área/equipas de apoio à gestão, competindo aos mesmos a elaboração dos Relatórios Anuais e Relatórios Intercalares de Execução e, sempre que seja detetada a necessidade de revisão deste documento pelo Presidente do Conselho de Administração.

Abaixo identificam-se os responsáveis pela gestão do PPGRCIC:

- **Presidente do Conselho de Administração:**

Responsabilidades:

- Responsável máximo pelo PPGRCIC e pela sua implementação;
- Orientar sobre a gestão de riscos do Plano;
- Assegurar a revisão e atualização do Plano;
- Receber e comunicar os riscos;
- Identificar as medidas preventivas adequadas ao mapeamento dos riscos;
- Responsável pela eficácia das medidas de controlo e elaboração de propostas de melhoria;
- Nomear o(s) Representante(s) do PPGRCIC.

- **Grupo de Trabalho do PPGRCIC para o ano 2023 a 2024:** jurista (independentemente do vínculo), Coordenadora do Gabinete de Gestão da Qualidade e a Responsável pela Área Financeira

Responsabilidades:

- Seguindo as orientações do presidente do CA efetuar a atualização e revisão (quando necessário) do PPGRCIC;
- Envolver as chefias, responsáveis de área/equipas para a identificação dos riscos e respetivas medidas de prevenção do PPGRCIC;
- Apoiar e propor ações de melhorias;
- Elaborar os Relatórios Anuais e Relatórios Intercalares de Execução.

- **Dirigentes, Chefias e responsáveis de área/equipas**

Responsabilidades:

- Participar a identificação dos riscos e implementar as medidas de prevenção do PPGRCIC;
- Envolver os trabalhadores das suas áreas para a implementação das medidas preventivas e ações de melhoria;

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

- Sensibilizar para uma Cultura de Prevenção da Corrupção através de sessões de trabalho em equipa para análise e consolidação do exposto nos instrumentos de prevenção à corrupção existente na USIFaial (ex.: PPGRCIC, Código de Ética e Conduta, Política Antifraude, Canal de Denúncia, etc.), devendo existir registos dos conteúdos analisados nas sessões e assinatura dos participantes, com menção à data e hora das sessões.
 - Efetuar o levantamento de necessidades formativas nestas matérias e enviar anualmente para o Núcleo de Formação.
 - Promover e incentivar a participação em eventos formativos internos e externos relacionados com a Prevenção de Risco de Fraude, Conflito de Interesses, Contratação de Pública, Código de Ética, etc.).
- **Trabalhadores**
 - Executar e acompanhar as medidas prevista no Plano no desempenho das suas funções e sempre que solicitado pelas chefias/responsáveis de área/equipas;
 - Notificar sobre situações de risco e medidas de prevenção que identifiquem como oportunas e necessárias;
 - Participar nas sessões de trabalho/reuniões e formação interna no âmbito dos instrumentos de conduta e prevenção de riscos de corrupção;
 - Inscrever-se em formação externa, em particular nas temáticas relacionadas com a conduta e prevenção de riscos de corrupção;
 - Sempre que solicitados colaborar na recolha de informação anual para monitorizar o grau de execução das medidas de prevenção assim como colaborar na identificação de ações de melhoria.

4 ARTICULAÇÃO COM OS INSTRUMENTOS DE CONTROLO E PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO E FRAUDE

Na USIFaial existem instrumentos para gerir a e promover a Qualidade em particular as ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude:

- ✓ Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRCIC);
- ✓ Relatórios de acompanhamento e de execução do PPGRCIC;
- ✓ Código de Ética e de Conduta;
- ✓ Procedimento do “Sistema de apresentação e tratamento de denúncias da USIFaial - Canal de Denúncias”;
- ✓ Política Antifraude da USIFaial;
- ✓ Sistema de Controlo Interno – prevendo-se em 2023 a concretização das monitorizações conforme plano autoauditoria, assim como a finalização da norma/manual do Sistema de Controlo Interno (conforme plano de melhoria: Int-USIF/2022/602).

5 SISTEMA DE AVALIAÇÃO - CONTROLOS E MONITORIZAÇÃO AOS INSTRUMENTOS DE CONTROLO DA CORRUPÇÃO E FRAUDE

A USIFaial implementa mecanismos para verificação do cumprimento do PPGRCIC, da implementação do Sistema de Controlo Interno e dos restantes procedimentos internos. Considerando a dimensão da entidade e, não sendo possível afetar trabalhadores única e exclusivamente à atividade de Auditoria Interna, as avaliações/monitorizações serão da competência do grupo do trabalho criado pelo o PPGRCIC para efetuar essa avaliação podendo em situações que considere eficaz recolher informações de avaliações/autoauditorias que possam ser desenvolvidas internamente no âmbito de outras áreas de atividade/ instrumentos (ex.: Certificação, Sistema Controlo Interno, etc.).

Na USIFaial as avaliações sistemáticas / monitorizações visam a prática de três tipos de controlos. São eles os controlos preventivos, controlos detetivos e controlos corretivos. Entende-se por:

- **Controlos preventivos** – objetivo de prevenir a ocorrência de erros e/ou fraude e impedirem que determinados erros /fraude aconteçam;
- **Controlos detetivos** - destinam-se a detetar erros e/ou fraude após a sua ocorrência;
- **Controlos corretivos** - estes retificam os problemas identificados.

Na USIFaial e apesar da existência de um Programa Anual de Autoauditorias/ Monitorias que engloba a atividade geral assim como o SCI, e que suporta o controlo das atividades no âmbito do projeto da melhoria contínua, é com o grupo de trabalho do PPGRCIC que serão aplicados os controlos aos riscos organizacionais considerados neste Plano.

Monitorização/avaliação do PPGRCIC

A responsabilização da avaliação do PPGRCIC e das irregularidades existentes da unidade, serão do grupo mencionado. Assim, a atividade deste grupo é de ajudar a unidade de saúde a identificar e a avaliar as exposições significativas ao risco e contribuir para melhorar a gestão de risco e os respetivos sistemas de controlo.

Conforme previsto no art.º 10º do DL n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro a USIFaial implementa mecanismos para avaliação do Plano abrangendo os controlos para avaliar a eficácia e garantir a melhoria contínua, através de:

- No mês de outubro em que deverá ser elaborado um relatório de avaliação intercalar para as situações identificadas de risco elevado ou máximo;
- No mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução do Plano deverá ser efetuada o relatório de avaliação anual, que incluirá a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação.

A coordenação da monitorização periódica será efetuada com o envolvimento dos responsáveis das diferentes áreas de intervenção, traduzindo-se em relatórios a remeter ao Conselho de Administração

da USIFaial, no qual deverão ser identificadas as não conformidades detetadas, as ações de melhoria e as recomendações propostas.

Sempre que sejam diagnosticados riscos que importe prevenir, os dirigentes e demais responsáveis das diversas áreas de intervenção devem informar o coordenador do grupo de trabalho do PPGRCIC para que, em conjunto com o Conselho de Administração, possam promover a adequação dos processos da USIFaial de forma a uma eficiente gestão dos riscos.

Outros Procedimentos de Controlo Interno

Controlo periódico aos normativos internos, tais como:

- Conflito de Interesses – aplicação de questionário anual e poderá ser ainda avaliado no âmbito do Sistema de Controlo Interno;
- Acumulação de funções, contratação pública, controlo do orçamento serão efetuados anualmente no âmbito das autoauditorias ao Sistema de Controlo Interno;
- Plano de Recuperação e Resiliência – Como referido na Parte I deste documento será ao abrigo do Sistema de Controlo interno que serão desenvolvidos os mecanismos para acompanhamento e monitorização dos investimentos que a USIFaial, como entidade beneficiária intermedia do Programa de Recuperação e Resiliência para dar cumprimento ao previsto nos normativos em vigor.

À data da elaboração do PPGRCIC existia o Plano de Autoauditoria no âmbito do Sistema de Controlo Interno da USIFaial com os seguintes objetivos:

- Realizar uma avaliação de processos da unidade ligados às áreas de suporte para verificar se os normativos internos estão presentes na prática diária e em funcionamento, e face às deficiências encontradas efetuar recomendações de melhoria;
- Comunicar as deficiências do controlo interno aos responsáveis pela tomada de ações corretivas, incluindo o conselho de administração.

Para tal foram elaboradas listas de verificação para monitorizar áreas específicas como por exemplo: aquisição de bens e serviços, contratação pública, Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), processamento de salários, contratação pública, etc. Pretende-se com esta monitorização definir implementar um sistema de avaliações sistemáticas nestas áreas de suporte à gestão.

6 FORMAÇÃO

A organização da formação relacionada com o PPRCIC visa promover uma Cultura de Integridade e envolver as pessoas comunicando os pressupostos inerentes a este documento e sensibilizando para o papel de TODOS na Cultura de prevenção, deteção e repressão da corrupção. Assim, no Plano de Formação Interno existem módulos inseridos nas sessões de integração a novos profissionais para divulgar os normativos internos relacionados com a Prevenção da Corrupção e Ferramentas existentes na unidade e com a temática da Proteção dos Dados.

A inclusão da temática em ação numa ação de formação vai depender de decisão do órgão de gestão de acordo com a identificação da necessidade formativa.

De forma sistemática é feita a disseminação de formação organizada por entidades externas e sensibilizando em particular as chefias e responsáveis de área para a sua participação.

Internamente e além da formação dada aos novos colaboradores, serão realizadas sessões de trabalho organizadas pelos responsáveis pela implementação deste Plano, e/ou pelas chefias/responsáveis de área, que deve existir, pelo menos, 1 sessão anual com registo de presença e assim como o assunto abordado com os colaboradores. Sempre que existe uma revisão ao PPGRCIC será efetuada uma sessão formativa destinada aos dirigentes, chefias e responsáveis de área/equipas com o objetivo de sensibilizar para uma Cultura de Prevenção da Corrupção e instrumentos de Controlo e prevenção da corrupção e fraude existentes na unidade.

PARTE II – PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

As responsabilidades do Conselho de Administração em matéria de gestão do risco abrangem, para além dos serviços/unidades que concentram a atividade da unidade, a atividade exercida pelas equipas e grupos de trabalho existentes.

1. CONCEITOS

Neste contexto importa definir o objeto dos riscos organizacionais a tratar, ou seja, clarificar o conceito de irregularidade, bem com os associados à fraude nas suas múltiplas variantes.

Para este efeito, importa ter presente o conceito de irregularidade definido no ponto 36 do artigo 2º do Regulamento (UE) nº 1303/2013, de 17 de dezembro:

“Uma violação do direito da União ou do direito nacional relacionado com a sua aplicação, resultante de um ato ou omissão de um operador económico envolvido na execução dos FEEL que tenha, ou possa ter, por efeito lesar orçamento da União através da imputação de uma despesa indevida ao orçamento da União.”

No centro deste Plano estão os riscos organizacionais. Refira-se, deste modo, que o conceito de "irregularidade" é vasto e cobre irregularidades intencionais e não intencionais, sendo este último aspeto o elemento diferenciador face ao conceito de fraude.

Por seu turno, os riscos de fraude configuram factos que envolvem potenciais desvios no desenvolvimento da atividade e serão tratados noutro documento que complementa este Plano onde serão abordados os riscos de fraude de 4 áreas: seleção de candidatos; contratos públicos com concursos organizados e geridos por beneficiários, certificação de pagamentos, adjudicação por ajuste direto.

No domínio das irregularidades intencionais enquadram-se os seguintes conceitos:

- Fraude
- Corrupção:
 - Corrupção Passiva
 - Corrupção Ativa
- Infrações Conexas
 - Tráfico de Influências
 - Peculato
 - Concussão
 - Suborno
 - Participação Económica em Negócio
 - Abuso de poder

No âmbito dos riscos de corrupção e infrações conexas, importa referir os crimes que se encontram, neste âmbito, previstos no Código Penal (CP).

Constituem crimes de corrupção, os seguintes crimes, previstos no CP:

- Recebimento Indevido de Vantagem (art.º 372º);
- Corrupção Passiva para ato ilícito (art.º 373º, n.º 1);
- Corrupção Passiva para ato lícito (art.º 373º, n.º 2);
- Corrupção Ativa (art.º 374º do CP).

Constituem infrações conexas, os seguintes crimes, previstos no CP:

- Abuso de Confiança (art.º 205);
- Tráfico de influência (art.º 335);
- Suborno (art.º 363);
- Peculato e Peculato de Uso (art.º 375 e 376);
- Participação Económica em Negócio (art.º 377);
- Concussão (art.º 379º);
- Abuso de Poder (art.º 382º);
- Violação de segredo por funcionário (art.º 383º).

2. IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS DOS SERVIÇOS NÃO CLÍNICOS E CLÍNICOS

Diariamente, a USIFaial está exposta a vários riscos sejam eles clínicos, não clínicos e organizacionais. Neste plano serão refletidos os riscos organizacionais evidenciados nas áreas/serviços, onde maior será a sua probabilidade de ocorrência (PO).

A identificação dos riscos tem como principal objetivo assinalar na organização os elementos de incerteza que podem ocorrer com impactos positivos ou negativos a nível financeiros e de credibilidade na prestação dos seus serviços.

Ora, as ameaças existentes numa entidade são de quatro tipos: os desastres naturais, as avarias, os erros/enganos e os crimes/fraudes. Neste âmbito, as ameaças possíveis de ocorrer são as avarias (e.g.: equipamentos), os erros/enganos (e.g.: erros humanos e administrativos) e os crimes/fraudes provocadas por pessoas de forma intencional, do qual uma entidade tem de estar prevenida para combater e diminuir esse potencial risco. Portanto, a entidade terá de ter controlos, considerados como medidas levadas a efeito para reduzir o risco de exposição a uma determinada ameaça, de forma a que a entidade atinja os seus objetivos.

3. METODOLOGIA ADOTADA NA GESTÃO DO RISCO

3.1 Risco e Gestão de Risco

Para efeitos de identificação dos riscos, a USIFaial utilizou a estrutura conceptual proposta pelo Tribunal de Contas no seu Plano que se enquadra também na Adaptação interna de Normas de Gestão de Riscos da FERMA – *Federation of European Risk Management Associations*, 2003, dada a sua consistência e aplicabilidade genérica. Neste contexto, define-se:

RISCO como “*o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na consecução dos objetivos de uma unidade organizacional*”. Ou seja, os riscos correspondem a “*factos, cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de natureza similar*”.

A GESTÃO DO RISCO “*é um processo através do qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às suas atividades com o objetivo de atingirem melhores desempenhos ou prevenir riscos previamente identificados. A gestão do risco deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento, deve proceder a uma análise sistemática dos riscos inerentes às atividades passadas, presentes e, em especial, futuras de uma organização.*”

A gestão do risco implica uma atuação disciplinada em várias fases, a saber:

1. Identificação e definição do risco – Nesta fase procede-se ao reconhecimento e à classificação de factos cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de natureza similar.

2. Análise do risco – para classificar o risco segundo critérios de probabilidade e de gravidade na ocorrência, estabelecem-se conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;

O nível de risco é uma combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência, de que resulta a graduação do Risco.

3. A graduação do nível de risco (gr) - A cada risco identificado deve ser atribuído uma graduação fundada na avaliação da probabilidade e de gravidade na ocorrência, divididos por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais, e é determinada em função dos dois parâmetros:

Probabilidade de Ocorrência (PO) e Gravidade da Consequência (GC).

Cada risco deve ser avaliado e estimado numa Matriz com base nos princípios enunciados para a sua graduação.

Para a avaliação dos riscos de corrupção e infrações conexas adotamos as tabelas de classificação de gradação da probabilidade de ocorrência e de gravidade das consequências de ameaça ao sucesso de acordo com a tabela seguinte¹:

Critérios de classificação do risco

Probabilidade de ocorrência (PO)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Fatores de graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar/ evitar o evento com o controlo existente para prevenir ou tratar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais para reduzir o risco	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais
Gravidade das consequências (GC)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Fatores de graduação	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos, sem prejuízo financeiro e/ou de credibilidade para a USIFaial	Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos, ou seja com prejuízo financeiro e/ou de credibilidade para a USIFaial	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da missão, com graves prejuízos financeiros e/ou de credibilidade para a USIFaial

Após a análise combinada destes parâmetros, classifica-se o **risco**, de acordo com a seguinte matriz com a estimativa do Grau de Risco (GR)².

¹ Adaptado de Normas de Gestão de Riscos da FERMA – Federation of European Risk Management Associations, 2003 e da matriz utilizada pelo Tribunal de Contas

Matriz/Gradação do Risco

Grau de Risco		Medidas	Evitar/Transferir	Transferir/Prevenir	Aceitar/Prevenir
		Possibilidade de Ocorrência			
		Alta (3)	Média (2)	Baixa (1)	
Gravidade das Consequências	Alta (3)	3	3	2	
	Média (2)	3	2	1	
	Baixa (1)	2	1	1	

Escala de Risco:

- **Probabilidade de Ocorrência (PO) | Gravidade da Consequência (GC)** = 1-Baixo; 2 Médio; 3 Alto
- **Gradação do Risco (GR)** = 1 – Fraco; 2 – Moderado; 3 - Elevado

Havendo uma adequada quantificação dos objetivos estabelecidos, tornar-se-á mais transparente e até mesmo facilitada, a análise, o desenvolvimento e o tratamento dos riscos, uma vez que com esta quantificação poder-se-á avaliar com rigor se os objetivos são ultrapassados, atingidos, parcialmente atingidos, ou não atingidos e, portanto, até que ponto são positivos ou negativamente influenciados pela ocorrência do(s) risco(s).

Esta elaboração de planos de gestão de riscos, a par da existência de procedimentos, das atividades de controlo, da divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respetivas medidas de minimização, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas constituem alguns dos fatores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infrações conexas.

Para cada risco identificado nas áreas de intervenção da USIFaial será aplicada a matriz do risco e planeadas ações de prevenção para controlar, minimizar ou eliminar os riscos identificados.

3.2 Metodologia usada para o mapeamento dos riscos

O mapeamento dos riscos da USIFaial foi efetuado em diferentes fases. Inicialmente efetuou-se um levantamento exaustivo dos riscos para todas as áreas (clínicas e de suporte) desenvolvidas na USIFaial organizando os mesmos por áreas e submetidos a análise e revisão dos respetivos responsáveis de área. Recebidos os contributos foi elaborada uma grelha global para facilitar a visão global dos riscos identificados. Isto permitiu agrupar os riscos associando-os a vários serviços, quando necessário. Acrescenta-se que coube a cada dirigente, chefia e responsável de área a tarefa de mediante o risco identificado, efetuar a análise do risco assim como a apresentação de medidas preventivas o que culminou na proposta de graduação do risco. Recolhidos e reunidos os contributos elaborou-se uma matriz global tendo a mesma sido submetida novamente a uma análise por parte de todos os intervenientes atrás citados para última análise/sugestões. Terminada esta fase efetuou-se uma revisão global do mapeamento tendo para tal, contado com o apoio da Gestora da Equipa do Risco e Segurança da USIFaial.

Todo este processo teve o seu início em julho de 2022 terminando no mês de abril de 2023. Este período coincidiu com o planeamento e consolidação do processo de mudança para o novo edifício tendo-se optado por uma dinâmica de trabalho baseado no uso de ferramentas eletrónicas (mail institucional) por ter sido considerada a mais eficaz dado o contexto de mudança organizacional, e permitindo mais flexibilidade de gestão do tempo dos intervenientes sem, contudo, prejudicar a revisão e atualização deste PPGRCIC.

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

A monitorização das medidas deverá ser permanente e, anualmente, será apresentado um relatório de acompanhamento ao Conselho de Administração da USIFaial, além de que deverá ser incluído um capítulo no Relatório Anual de Atividades sobre os instrumentos de conduta e de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Nos relatórios anuais do PPGRCIC deverão ser contemplados os seguintes pontos:

- Monitorização Intercalar e Anual;
- A identificação das medidas preventivas adotadas e por adotar;
- A descrição dos riscos eliminados ou cujo impacto foi reduzido e aqueles que se mantêm;
- Os riscos identificados ao longo do ano que não foram considerados no plano inicial.

Conforme exposto na parte I deste documento estão definidas as responsabilidades na forma de aplicar, implementar as ações e o PPGRCIC assim como a metodologia de monitorização.

O processo de acompanhamento deve garantir que são implementados os mecanismos de controlo adequados para as atividades da USIFaial e que os procedimentos sejam compreendidos e seguidos a todos os níveis. Os Dirigentes, Chefias Intermédias e os outros Responsáveis dos serviços/áreas devem informar o Conselho de Administração, sempre que surjam riscos elevados ou novos que importe prevenir.

Este Plano deve ser entendido como um documento dinâmico, sistematicamente monitorizado e periodicamente revisto, de modo a enquadrar-se nas reais necessidades desta unidade de saúde.

5. ÁREAS E FATORES DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Os danos potenciais de uma situação de risco são diretamente proporcionais a dois aspetos: a extensão dos danos (valor ou número de pessoas afetadas) e a sua permanência no tempo.

Em 2028 o Conselho de Prevenção da Corrupção publicou o documento “Prevenção Da Corrupção Na Gestão Pública Mapeamento de Áreas e Fatores de Risco”, que (...) traduz o trabalho e a reflexão realizados pelo CPC tendo em vista a produção de um mapeamento de riscos específicos de corrupção e infrações conexas nas entidades do Setor Público” e identifica as áreas consideradas de maior importância para mapear os riscos e os principais fatores de caracterização das fragilidades encontradas (imagem infra).

Quadro 2 – Principais fatores de caracterização das fragilidades identificadas	
Fragilidade identificada	Principais fatores de caracterização
Gestão dos acessos informáticos	Utilização indevida de <i>passwords</i> de outros funcionários para aceder de forma “encapotada” aos sistemas informáticos e aos elementos informativos que os integram Inserção de alterações dos elementos informativos constantes dos sistemas informáticos, incluindo registos contabilísticos e de valores cobrados Acesso a informação reservada e partilha indevida e ilícita com terceiros
Acumulação de funções e conflitos de interesses	Acumulação de funções privadas com funções públicas com prejuízo destas, por conflitos de interesses Conflito entre interesse público e interesses particulares dos funcionários e/ou de terceiros
Controlo deficiente do exercício de poderes públicos delegados	Exercício deficiente do controlo pelos serviços públicos competentes sobre as atividades de interesse público delegadas pelo Estado a entidades com um caráter privado
Exercício de poderes discricionários	Ausência da necessária ação e decisão administrativa em troca de subornos Decisão administrativa distinta da adequada motivada por subornos Controlo deficiente sobre o exercício de funções públicas de decisão individual imediata
Gestão e manuseamento de verbas	Controlo deficiente do exercício de funções e tarefas de cobrança e registo de valores Registo dos valores cobrados inferiores aos reais
Gestão de bens financeiros e materiais dos serviços	Controlo deficiente no acondicionamento de valores monetários e bens materiais dos serviços ou à sua guarda Controlo deficiente no acondicionamento e utilização de bens e equipamentos dos serviços ou à sua guarda
Indefinição de critérios, normativos e / ou técnicos, nos cadernos de encargos na contratação pública	Indefinição ou menor rigor e clareza de critérios e / ou de objetividade e transparência nos procedimentos de contratação pública
Indefinição de critérios para atribuição de apoios e/ ou subsídios sobretudo financeiros	Indefinição ou menor rigor e clareza de critérios e / ou de objetividade e transparência nos procedimentos de concessão apoios, benefícios e subsídios públicos
Nota explicativa: Os fatores de caracterização das fragilidades decorrem dos elementos mais frequentes nas comunicações analisadas	

Assim, do mapeamento de riscos efetuado identificamos como os mais suscetíveis de comportarem riscos de existência de situações violadoras dos princípios da prossecução do interesse público, da igualdade de tratamento, da proporcionalidade, da transparência, da justiça, da imparcialidade, da boa-fé e da boa administração, que importam prevenir e minimizar através de medidas adequadas de prevenção, os seguintes:

Abates	Desvios de dinheiro	Informação clínica
Acesso Indevido	Dever de sigilo	Lei dos Compromissos e Pagamentos em atraso
Acumulação de funções	Dever dos trabalhadores	Normativos Internos
Apropriação Indevida de Bens	Emissão de pareceres (fundamentação legal)	Ofertas
Aprovisionamento	Erros produção gráfica	Organização Interna

Aquisição de bens e serviços	Ética e Conduta	Pagamentos
Aquisição de equipamentos	Extravio de documentos	Património
Assédio moral ou discriminação	Faturação	Plano de Recuperação e Resiliência
Assiduidade	Favorecimento	Prestação de Cuidados
Ataque informático	Gestão Financeira	Problemas estruturais (edifício)
Manual de Procedimentos	Gestão Clínica	Procedimentos concursais; Recrutamento e contratação.
Avaliação de desempenho	Gestão da Formação	Proteção de Dados Pessoais
Avaliações sistemáticas	Gestão das Reclamações	Recebimento ou ofertas indevidas
Cadastro de novo trabalhador	Gestão de Acessos	Referenciação
Cargos Públicos	Gestão de Fornecedores	Roubo/Peculato
Comportamento	Gestão de Hardware	Segregação de Funções
Comunicação com os utentes e com os profissionais	Gestão de Stocks/Armazém	Segurança da Informação
Comunicação Interna	Gestão do processamento de remunerações	Segurança do Medicamento
Conflito de Interesses	Gestão Documental	Segurança dos dados
Contencioso	Gestão dos equipamentos	Sistema de Gestão da Qualidade
Contratação Pública	Gestão dos Processos Sociais	Sistemas de Informação
Controlo Interno	Gestão dos Recursos Humanos	Surto Pandémico (ex: Covid 19)
Controlo Orçamental	Identificação do doente	Transparência
Corrupção ou infrações conexas	Incumprimento de objetivos / Indicadores Chave	Violência
Deslocação de Doentes	Incumprimento prazos legais	
Desvio de fundos/dinheiro	Informação à tutela ou entidades de controlo	

O presente plano visa cobrir de forma geral todas as áreas da USIFaial, identificando os riscos de gestão mais pertinentes, incluindo os de corrupção e de infrações conexas, estando os mesmos identificados por áreas.

6. MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS

Após a identificação dos riscos, importa definir as medidas preventivas a adotar, com os seguintes objetivos:

- Evitar o risco, eliminando a situação potenciadora (causa);
- Prevenir ou reduzir o risco minimizando a sua probabilidade de ocorrência e do seu impacto negativo;
- Aceitar o risco e os seus efeitos;
- Transferir o risco ou partilhar uma parte do risco com terceiros.

As medidas preventivas do risco implicam uma prévia análise custo-benefício e dependem dos recursos disponíveis para a sua adoção.

É de referir que muitas das medidas preventivas indicadas já são observadas atualmente, tendo-se aproveitado o momento de revisão do presente plano para proceder a uma sistematização das mesmas, no sentido de promover o seu enraizamento na cultura organizacional e melhorar a sua aplicação. Quanto às medidas já adotadas, deverá ser revista periodicamente a sua adequação e eficácia. No que concerne às medidas a adotar, deverá ser garantida a sua implementação, numa fase inicial.

Consideramos que uma importante medida preventiva consistiu na elaboração do Manual de Procedimentos e do Manual de Governação Clínica da USIFaial que cobrem 100 % das áreas de atuação da Unidade descrevendo as várias atividades e os normativos internos (ex.: procedimentos, instruções de trabalho, protocolos clínicos, etc.) relativos a cada uma delas. A existência de um Código de Ética e de Conduta, do Canal de Denúncias e a Política Antifraude consistiram em ações desenvolvidas em 2022 e, igualmente numa importante medida preventiva dos riscos de corrupção, uma vez que o mesmo prevê claramente normas de conduta dissuasoras de comportamentos menos éticos.

Ambas as medidas acima referidas contribuem significativamente para uma melhoria do controlo interno.

Também o reforço da componente de promoção da existência de uma cultura organizacional orientada para a transparência, para a gestão eficiente dos recursos públicos e para a prestação de serviços com elevada qualidade contribui para a minimização dos riscos.

7. MAPEAMENTO DOS RISCOS, MEDIDAS PROPOSTAS E RESPONSÁVEIS

QUADRO 1 - MAPEAMENTO AOS RISCOS COMUNS DA USIFAIAL

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Responsável
Dever de sigilo	Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários da USIFaial ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome da USIFaial. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros. Garantir a tomada de conhecimento e assintura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. 2-Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. 3-Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. 4-Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. 5-Cumprir o Código de Ética e Conduta da USIFaial que se encontra em vigor. 6 - Garantir a tomada de conhecimento dos conceitos e assintura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área
Dever dos trabalhadores	Desrespeito pelo superior hierárquico (dirigente, chefia ou responsável de área)	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia; 2- Mecanismos para criar competências e responsabilidades e capacitação dos dirigentes, chefias e responsáveis de área para a tomada de decisão.	Dirigentes, chefias e responsáveis de área
Ética e Conduta	Quebra nos valores de Compromisso Ético.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Dirigentes, chefias e responsáveis de área
Comportamento	Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SC.	Dirigentes, chefias e responsáveis de área
Ética e Conduta	Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei nº35/2014, de 20 de junho) ou na Lei Geral do Trabalho (Lei nº7/2009, de 12 de Fevereiro, com as devidas atualizações); 2- Promoção do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções; 3- Formação em serviço sobre "Direitos e Deveres" em especial dos assistentes e assistentes operacionais que fazem atendimento e receção	Dirigentes, chefias e responsáveis de área
Corrupção Conflito de Interesses	Existência de situações que incentivem os profissionais a favorecer ou prejudicar terceiros em troca de vantagem para si ou para outrem (por atitudes, práticas ou omissão).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Divulgação e consolidação do Código de Ética e Conduta e dos Códigos Deontológicos.	Coordenadora Técnica e Gabinete Jurídico
Corrupção Conflito de Interesses Recebimento ou ofertas indevidas	Recebimento ou ofertas indevidas de vantagem recebidas pelos trabalhadores no exercício das suas funções ou por causa delas (por si ou por interposta pessoa), por si ou através de outrem, com o seu consentimento solicitar ou aceitar vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Divulgação e consolidação do Código de Ética e Conduta e dos Códigos Deontológicos.	Coordenadora Técnica e Gabinete Jurídico
Transparência Corrupção ou infrações conexas	Falta de transparência e/ou incorreção de prestação de informações ao utente ou a entidades externas	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Promoção de uma Cultura de Ética, Conduta e Transparência. 2- Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política AntiFraude e Canal de Denúncias.	Dirigentes, chefias e responsáveis de área

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 2 – MAPEAMENTO AOS RISCOS DE GESTÃO (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Conflito de Interesses	Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais, assim como existir uma estrutura hierarquizada com nível de decisão. 2-Anualmente, serem assinadas as Declarações de Incompatibilidades e Conflito de Interesses e estas enviadas para o Serviço de Pessoal.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA
Avaliação de desempenho	Avaliação de desempenho: as avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-A existência de uma estrutura hierarquizada. Definição legal das responsabilidades de Dirigentes e Chefias. 2-No âmbito do SIADAPRA, a existência de um Conselho Coordenador da Avaliação onde são validadas as avaliações, assim como a existência de uma Comissão Paritária, onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	Vogais Executivos, Chefias, Responsáveis de Área	Presidente do CA
Surto Pandémico	Alteração do contexto interno - Surtos Pandémicos (ex.: Pandemia COVID-19) - processos chave e de suporte	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Reorganização de processos: acompanhamento dos serviços e incentivar a participação em formação por via digital.	Conselho de Administração	Presidente do CA
Contratação Pública	Falta de orientações específicas na contratação de fornecedores externos	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço.	Conselho de Administração	Presidente do CA
Avaliação de desempenho	No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA/tutela: Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAPRA 3).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAPRA, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; 2-Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo Conselho de Administração de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; 3-Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; 4- Nas reclamações dos trabalhadores deverá ser emitido parecer prévio, apesar de não vinculativo, pela Comissão Paritária.	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica
Acumulação de funções públicas/privadas	Acumulação de funções públicas/privadas: Exercício de atividades acumuladas não autorizadas. Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas. Inexistência de declaração de conflito de interesses ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º da Lei nº12-A/2008, de 27 de fevereiro, por exemplo a obrigatoriedade de apresentação/renovação anual de pedido de acumulação de funções. Assim como, controlar regularmente os pedidos autorizados de acumulação de funções, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência. Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA
Assédio moral ou discriminação	Assédio moral ou discriminação: O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Existência de um Canal de Denúncia.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA
Indicadores Chave	Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contratualização dos Indicadores	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Automatizar alguns processos, de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar um acompanhamento regular da atividade dos serviços;	Conselho de Administração	Coordenação EGOAC
Conflito de Interesses PRR	Ausência ou desatualização no Sistema de Controlo Interno sobre os princípios da boa gestão e salvaguarda dos interesses financeiros no âmbito do PRR	Média 2	Baixa 1	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações de prevenção de conflito de interesses, de fraude, de corrupção e de duplo financiamento conforme normas da EU (PRR)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno
Conflito de Interesses	Não ter em consideração os resultados de autoavaliações efetuadas a situações de conflito de interesses	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações para evitar ausência de análise e correção de situações reais e eventuais decorrentes de autoavaliações efetuadas (ex.: relatórios intercalares de execução, questionários, etc.)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno
Conflito de Interesses	Ausência de autoavaliação regular à gestão de conflito de interesses (aplicação de questionário)	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Estabelecimento de períodos para a aplicação de questionário	Gestão	Grupo de Trabalho PPGRIC
Surto Pandémico	Alteração do contexto interno - Surtos Pandémicos (ex.: Pandemia COVID-19) - processos chave e de suporte	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Reorganização de processos: acompanhamento dos serviços e incentivar a participação em formação por via digital.	Conselho de Administração	Presidente do CA

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 3 – MAPEAMENTO AOS RISCOS DE GESTÃO (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Contencioso	Contencioso - Incumprimentos processuais.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA
Informação à tutela ou entidades de controlo	Incumprimento dos deveres de informação a prestar à SRS, DRS e Tribunal de Contas.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Responsabilizar um colaborador pela execução das tarefas, dando-lhe conhecimento prévio das funções atribuídas e dos prazos a cumprir. 2- Assegurar que, atempadamente, os serviços responsáveis pelos registos em que assentam os reportes procedem em conformidade. 3-Colaborar com o Serviço de Gestão Financeira na realização das tarefas de encerramento mensal das contas, designadamente na especialização os diferimentos dos subsídios e no processo de conferência. 3-O responsável do serviço deve assegurar o cumprimento da prestação da informação. 4-Após a receção de email por incumprimento dos prazos, o responsável do serviço assegura que a informação é imediatamente reportada.	Conselho de Administração	Presidente do CA
Gestão Financeira	Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Solicitar antecipadamente ou logo após a receção das orientações da Tutela, a informação necessária para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão. 2- Responsabilizar os serviços intervenientes pela execução atempada das tarefas que lhe estão atribuídas, enviando lembretes via email para reforçar o pedido.	Conselho de Administração	Presidente do CA
Ofertas	Ofertas: Influência junto do órgão máximo, da chefia ou de funcionários da instituição para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares.Suspeitas de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento.Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais.Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de ofertas de valor simbólico e/ou sentimental e de custo muito reduzido.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA
Favorecimento	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade (favorecimento). Tentativa de influência junto do dirigente ou chefia para concessão de tratamento de favor. Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos ou na tomada de decisão.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Organização Interna	Ausência de mecanismos que capacite os gestores e chefias para a tomada de decisão (Organização Interna).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão.	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Presidente do CA
Gestão dos Recursos Humanos	Insatisfação e falta de motivação dos trabalhadores	Média 2	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.	Gestão	Dirigentes, chefias e responsáveis de área
Necessidade de fundamentação legal de pedidos; Interpretação e aplicação; Emissão de pareceres/RH's.	Ausência ou deficiente fundamentação dos pareceres pedidos; Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável. Ausência de orientações da Tutela com eficácia jurídica, no âmbito dos poderes de superintendência e de direção no objetivo de uma atuação uniformizada no SRS.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal aplicável, boas práticas e eventual apoio jurídico superior; 2-Promover sessões de trabalho para melhoria e interajuda para a elaboração de pareceres	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica
Corrupção Recursos Humanos Conflito de Interesses	Incumprimento dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade nos processos de contratação de trabalhadores	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Sensibilização por parte da coordenadora técnica ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri logo no início do processo de recrutamento. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Dirigentes, Chefias, Responsáveis de Área e Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica
Conflito de Interesses Cargos Públicos	Existência de conflitos de interesses (reais, aparentes ou potenciais) de sobreposição de interesses privados sobre os interesses públicos que os titulares de cargos públicos, políticos e administrativos, estão obrigados a defender, quer durante o exercício do mandato ou funções, quer mesmo em momento anterior ao exercício ou após a sua cessação. Tanto podem gerar conflitos de interesses situações de trabalhadores que deixam o cargo público para assumir funções privadas, como situações de trabalhadores que detêm interesses particulares que poderão vir a ser incompatíveis com o interesse geral inerente ao futuro exercício de cargo público.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1 - Sensibilização no início do exercício de funções para esta situações de conflito de interesses. 2 - Autoavaliação dos normativos da gestão de conflitos de interesses tendo em conta as tipologias de transição (Tipo 1 - Transição do setor público para o privado; Tipo 2 - Transição do setor privado para o público; e, Tipo 3 - Transição do setor privado para o público e posterior regresso ao setor privado, ou transição do setor público para o privado, com posterior regresso ao setor público, vulgarmente designada por "dupla porta giratória"). 3 - Existência de requerimentos de acumulação de funções dirigidos ao CA e/ou ao membro do governo que tutela a saúde, para os trabalhadores e membros do CA respetivamente.	Gestão	Presidente do CA, Coordenadora Técnica e Responsável do Serviço de Controlo Interno

QUADRO 4 – MAPEAMENTO AOS RISCOS DE GESTÃO (III)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Incumprimento prazos legais	Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Média 2	Alta 3	Elevado 3	Evitar/Transferir	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.	Conselho de Administração	Presidente do CA
Incumprimento de objetivos Segregação de Funções	Incumprimento objetivos organizacionais - Inexistência de colaboradores e inadequação das atribuições do Gabinete Jurídico/recursos humanos disponíveis.	Alta 3	Média 2	Elevado 3	Evitar/Transferir	Solicitação de colaborador (técnico superior) para substituição nas ausências do único elemento do serviço, permitir a segregação de funções, delegação e validação de procedimentos bem como a exequibilidade dos objetivos propostos.	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA
Incumprimento prazos legais	Jurídico - Dilatação das respostas.	Alta 3	Alta 3	Elevado 3	Evitar/Transferir	Solicitação de colaborador (técnico superior/assistente técnico).	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA
Necessidade de fundamentação legal de pedidos; Interpretação e	Ausência de um Técnico Superior área jurídica.	Alta 3	Média 2	Elevado 3	Evitar/Transferir	Contratação de um Técnico Superior Área Jurídica	Conselho de Administração Gabinete Jurídico	Presidente do CA

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 5 – MAPEAMENTO AOS RISCOS ÁREA FINANCEIRA (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Favorecimento Segregação de Funções	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	Baixa 1	Baixa 1	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros
Pagamentos	Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos.	Baixa 1	Baixa 1	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Monitorização periódica do cumprimento do procedimento de conferência de faturas e reembolsos	Conferência de faturas - Reembolsos	Responsável Serviços Financeiros
Faturação	Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Pagamentos	Emissão de faturação fora do prazo (há mais de 365 dias).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação PRIMAVERA.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Desvio de fundos	Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) a transferência/o pagamento do valor diferente do autorizado.	Frac 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Minimizar valor das disponibilidades em caixa; 2-Controlo periódico do caixa; 3-Utillização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo homebanking	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Desvios de dinheiro Segregação de Funções		Frac 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Segregação de Funções	Inexistência de trabalhadores suficientes no Serviço de Pessoal para tornar efetiva a segregação de funções.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Regra de controlo interno para um serviço poder evitar falhas ou fraudes na medida em que descentraliza as funções estabelecendo mais independência; 2-Ninguém deve ter sob sua inteira responsabilidade todas as fases inerentes a uma operação. Cada uma dessas fases deve, preferencialmente, ser executada por pessoas (setores) independentes entre si.	Serviço de Pessoal Contabilidade Aproveitamento	Coordenadora Técnica, Responsável do Aproveitamento e Responsável Área Financeira
Controlo Interno	Sistema de Controlo Interno inexistente e falta de estratégias para o compromisso de fornecedores e colaboradores.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. 2-Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço.	Área Financeira	Responsável do Sistema Controlo Interno
Controlo Orçamental Segregação de Funções	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Monitorização do caixa aleatória e esporádica. 2- Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. 3- Conferência dos valores recebidos. 4- Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. 5- Segregação de funções. 6- Reconciliação bancária.	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros
Pagamentos	Faturas por cobrar há muito tempo fora do SRS.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Pagamentos	Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Atempadamente deverá ser efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. Caso não seja possível a validação atempada deverá ser enviada aos SGF o valor das mesmas, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Lei dos Compromissos e Pagamentos em atraso	Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Controlo Interno	Controlo Interno: compromissos de fornecedores e colaboradores	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço. Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno.	Resp. Controlo Interno	Responsável Área Financeira

QUADRO 6 – MAPEAMENTO AOS RISCOS ÁREA FINANCEIRA (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Controlo Orçamental Segregação de Funções	Controlo inadequado dos depósitos bancários.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros
Gestão Financeira	Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias (cronograma). 2- Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando a Resp. Serv. Financeiros pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação.	Serviços Financeiros e Conselho de Administração	Presidente do CA e Responsável Serviços Financeiros
Desvio de fundos Segregação de Funções	Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Monitorização do caixa aleatória e esporádica. 2- Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. 3- Conferência dos valores recebidos. 4- Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. 5- Segregação de funções. 6- Reconciliação bancária.	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros

QUADRO 7 – MAPEAMENTO AOS RISCOS ÁREA FINANCEIRA (III)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Controlo Interno	Falta de acompanhamento periódico e apoio dos serviços por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	Média 2	Alta 3	Elevado 3	Evitar/Transferir	Acompanhamento e atualização dos normativos e implementação das ações conforme descrito no Sistema de Controlo Interno da unidade e sua revisão de 3 em 3 anos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros
Controlo Interno	Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	Alta 3	Média 2	Elevado 3	Evitar/Transferir	1- Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) sempre que tal se mostre necessário.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros

QUADRO 8 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE PESSOAL, EXPEDIENTE, ARQUIVO GERAL E APOIO GERAL (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Assiduidade	Possibilidade de registo incorreto e falta de registo de informação de assiduidade (por exemplo: processamento de faltas justificadas indevidamente). Utilização abusiva de picagens manuais por parte dos trabalhadores e chefias.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Obrigatoriedade legal de registo biométrico, n.º 2 do art.º 104.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho 1-O processamento é efetuado com base nas ausências registadas e nas presenças que constam dos horários previamente validados na aplicação "SIGHRARA"; 2- O controlo é sempre efetuado pelo Serviço de Pessoal e verificado pela Coordenadora Técnica aquando do processamento das remunerações. 3-O risco declarado passa por o Serviço de Pessoal não ser alertado em tempo real das alterações efetuadas nos horários dos trabalhadores que praticam um horário diferente ao definido na ficha do trabalhador. 4- O controlo da validação manual de picagem é visível porque assume aspeto diferente no separador " trabalhador" da aplicação "SIGHRARA" 5-Previsibilidade da existência de <i>Regulamento de Horários</i> que defina o n.º de validação manual de picagens por mês e sua fundamentação.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Assiduidade	Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados. Possibilidade de não cumprimento dos níveis mínimos e/ou máximos de trabalho extraordinário, estabelecidos por lei e/ou IRCT.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1-Verificar se o trab. extra/suplementar é autorizado pelo CA; 2- Posteriormente a essa verificação, confirmar e validar o n.º de horas trabalhadas e do gozo de folgas daí adquiridas; 3-Confirmar que os Serviços dão conhecimento, mensalmente, das "folgas" não gozadas.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Assiduidade; Período normal de trabalho (PNT) e Escalas	Controlo inadequado das escalas. Serviços que não elaboram as respetivas escalas.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1-As escalas e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração. As alterações ocorridas devem aí serem registadas; 2-A aplicação SIGHRARA veio reforçar esse controlo, através da interação com o controlo do registo biométrico; 3- Atualmente o SIGHRARA processa e tem acesso/conhecimento da assiduidade dos trabalhadores da Unidade de Saúde; 4-A questão mais importante é o facto de existirem Serviços que não efetuam as respetivas escalas, apesar de todo o esforço do Serv Pessoal e do Órgão de Gestão.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Assiduidade; Faltas, Férias e outros períodos de não trabalho.	Faltas, férias e licenças em desconformidade legal; Atribuição de dias de férias em número superior inferior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Todas as informações sobre faltas, férias e licenças são tratadas no âmbito da sua fundamentação legal. 2- O Serv de pessoal aquando da elaboração do Mapa de Férias, por reporte da Coord. Técnica efetua um 1.º controlo, e posteriormente são distribuídos aos Serviços para marcação das férias. 3-Na sua receção para envio ao CA é efetuado um novo controlo antes da aprovação, e por último, aquando do fecho dos horários mensalmente pelo Serv. de Pessoal.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 9 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE PESSOAL, EXPEDIENTE, ARQUIVO GERAL E APOIO GERAL (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Gestão de Acessos	Possibilidade do não cumprimento da Instrução de Trabalho de "Registo do Trabalhador (ativação e desativação)"	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Comunicação do Serv. Pessoal atempada ao Serviço de informática de todas as entradas e saídas de trabalhadores, de forma a que o novo trabalhador tenha a <i>password</i> a tempo e aos que saíram sejam devidamente desativados.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Acumulação de funções	Possibilidade de existir acumulação de funções sem autorização/conhecimento.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Anualmente o Serviço de Pessoal emite Nota Interna, a informar a obrigatoriedade de que os trabalhadores devem requerer autorização superior, para acumulação de funções.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Avaliação de desempenho	No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA/tutela: Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAPRA 3).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1- Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAPRA, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; 2-Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo Conselho de Administração de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; 3-Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; 3-Nas reclamações dos trabalhadores deverá ser emitido parecer prévio, apesar de não vinculativo, pela Comissão Paritária.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Ética e Conduta	Falha de valores de Compromisso Ético no âmbito da recepção e encaminhamento dos utentes.	Baixa 1	Baixa 1	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Assistentes Operacionais	Coordenadora Técnica
Cadastro de novo trabalhador	Incorreta e desatualizada informação dos dados pessoais dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos a contratar.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional; 2- Mensalmente (não desde o início da pandemia) o SIGHRARA (aplicação informática de recursos humanos e vencimentos) reporta a caducidade da cédulas profissionais, bem como os dados pessoais dos trabalhadores da USIFaial; 3-Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais ou contactar os trabalhadores.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Cadastro de novo trabalhador	Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional;	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica

QUADRO 10 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE PESSOAL, EXPEDIENTE, ARQUIVO GERAL E APOIO GERAL (III)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Gestão dos Recursos Humanos	Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela; 2- Promoção da participação em formação profissional; 3-Promover a partilha de conhecimento.	Serviço de Pessoal (apoio NF)	Coordenadora Técnica
Segurança da Informação	Possibilidade de acesso Indevido a informação dos profissionais (processos individuais, remunerações, entre outros), e utilização abusiva de dados confidenciais.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Controlo o acesso à informação que está em suporte de papel e sob a responsabilidade do serviço de pessoal (ex: quando o posto de trabalho estiver sem ninguém os armários devem estar fechados). 2- Efetuar controlo e sessões de sensibilização com registos destas sessões em que a matéria do uso abusivo é abordada (anualmente). 3- Utilização da informação dos trabalhadores da USIFaial para o estritamente necessário	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Procedimentos concursais; Recrutamento e contratação.	Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos que compõem os júris; Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção e avaliação de pessoal; Utilização da contratação a termo, prestações de serviços para satisfação de necessidades permanentes dos Serviços.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Procedimentos concursais realizados nos termos do PROD "Gestão de Pessoal: concursos, candidaturas, contratação de trabalhador, saída do trabalhador" e demais legislação aplicável, assentando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desenvolver, assegurando os princípios da igualdade de oportunidade, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade; 2-Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Procedimentos concursais; Recrutamento e contratação.	A eventual não atribuição em tempo das credenciais para aceder (passwords) às aplicações informáticas, por parte de novos trabalhadores; O facto de novos trabalhadores, designadamente prestadores iniciarem funções sem comunicação prévia para atribuição de credenciais; Eventual risco de utilização de password de colega;	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Comunicação atempada por parte do CA dos novos estagiários ou novos trabalhadores à Coordenadora Técnica. 2-Comunicação atempada por escrito pela Coord. Técnica ou por quem a substitui ao Serviço de Informática de todas as entradas de forma a que o novo trabalhador tenha a password a tempo e de forma a serem ajustados os respetivos acessos.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Segregação de Funções	Inexistência de trabalhadores suficientes no Serviço de Pessoal para tornar efetiva a segregação de funções.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Regra de controlo interno para um serviço poder evitar falhas ou fraudes na medida em que descentraliza as funções estabelecendo mais independência; 2-Ninguém deve ter sob sua inteira responsabilidade todas as fases inerentes a uma operação. Cada uma dessas fases deve, preferencialmente, ser executada por pessoas (setores) independentes entre si.	Serviço de Pessoal Contabilidade Aprovisionamento	Coordenadora Técnica, Responsável do Aprovisionamento e Responsável Área Financeira
Gestão Recursos Humanos	Políticas de desenvolvimento profissional injustas e desadequadas	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Estabilidade dos grupos profissionais para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço; 2-Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais; 3-Estabelecer políticas de desenvolvimento profissional justo a adequado às competências.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Gestão Documental	Arquivo/Documentação - Deficiente organização administrativa.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Solicitação de colaborador (assistente técnico) para organização arquivística.	Secretariado Clínico Serviço de Pessoal e Expediente	Coordenadora Técnica

QUADRO 11 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE PESSOAL, EXPEDIENTE, ARQUIVO GERAL E APOIO GERAL (IV)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Gestão do processamento de remunerações	Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, entre outros.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Todos os processamentos de valores devem conter fundamentação legal e autorizatória dos respetivos Responsáveis e, em termos prévios, do Conselho de Administração; 2- Os ficheiros de descontos CGA, SS, ADSE, DMR e outros são publicados pelo SIGRHARA, são posteriormente submetidos pelo Serviço de Pessoal por via eletrónica nas aplicações RCI, Segurança Social Direta, Portal da ADSE Direta e Portal das Finanças. Após submissão dos mesmos, é verificada a existência ou não de erros para posterior correção. 3- Por último, validados os ficheiros, são retirados os DUCs e respetivas listagens e entregue no Serviço de Tesouraria.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica
Segurança dos dados	Falta de conhecimento prévio do início de alguns estágios pela Coordenadora Técnica. O facto de novos trabalhadores, designadamente prestadores iniciarem funções sem comunicação prévia para atribuição de credenciais, para aceder às aplicações informáticas. Eventual risco de utilização de <i>password</i> de colega;	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Comunicação atempada à Coordenadora Técnica dos Estágios. Comunicação atempada por escrito pela Coord. Técnica ou por quem a substitui ao Serviço de Informática de todas as entradas de forma a que o novo trabalhador tenha a <i>password</i> a tempo e de forma a serem ajustados os respetivos acessos.	Serviço de Pessoal	Presidente do CA
Conflito de Interesses	Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3 - Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA. 4- Elaboração de manual de boas práticas	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.
Conflito de Interesses	Exercício de atividade em acumulação de funções incompatível com as atividades da unidade de saúde e/ou sem autorização prévia do CA	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Declaração de acumulação de funções e inexistência de conflito de interesses e impedimentos. 2- Acompanhamento de todos os pedidos de acumulação de funções.	Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica

QUADRO 12 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE APROVISIONAMENTO E ARMAZÉM (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Aquisição de bens e serviços	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de Júris de procedimento précontratuais, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Assinatura de declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de janeiro.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Segurança do Medicamento	Desperdício de medicamentos por prazo de validade expirado, pela ineficiência na gestão operacional.	Baixa 1	Baixa 1	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens criadas para o efeito, com 3 meses de antecedência e fundamentação dos desvios.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Aquisição de bens e serviços	Aquisição de bens e serviços: favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Efetuar a aquisição de bens e serviços conforme a legislação em vigor (ajuste direto ou concursos públicos, incrementando sempre que aplicável estes últimos).	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Segregação de Funções	Inexistência de trabalhadores suficientes no Serviço de Pessoal para tornar efetiva a segregação de funções.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Regra de controlo interno para um serviço poder evitar falhas ou fraudes na medida em que descentraliza as funções estabelecendo mais independência; 2-Ninguém deve ter sob sua inteira responsabilidade todas as fases inerentes a uma operação. Cada uma dessas fases deve, preferencialmente, ser executada por pessoas (setores) independentes entre si.	Serviço de Pessoal Contabilidade Aprovisionamento	Coordenadora Técnica, Responsável do Aprovisionamento e Responsável Área Financeira
Conflito de Interesses	Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos que não cumpram os requisitos de transparência e conflito de interesses.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento conforme previstas no CCP; 2-Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos conforme previsto no CCP.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Aprovisionamento	A aplicação informática que suporta a contratação, as compras, o desempenho e a gestão dos fornecedores ser desadequada e deficiente.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	A aplicação informática (Primvera) ser atualizada periodicamente, preferentemente, de acordo com as necessidades.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Aprovisionamento	Os consumos, podem ser moderados/previsíveis em contexto regular. Porém, acontecem situações dispare ou diminutas, e sem feedback dos serviços. As aquisições são feitas por previsões de consumos anteriores. Há artigos que transitam de ano/ano, vão ao limite de 3 a 4 anos, ao ponto de vir a ser abatidos . Elevado ou diminuto consumo/ano após ano, sem conseguir apurar os motivos..	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens criadas para o efeito, com 3 meses de antecedência.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 13 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE APROVISIONAMENTO E ARMAZÉM (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Aprovisionamento	Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema informático.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Atualização/conferência da informação quando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado quando do registo de saídas.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Gestão de Stocks/Armazém	Abates aos bens de consumo: bens com condições impróprias para consumo ou prazos de validade expirados. Com informações e/ou fundamentações inexistentes ou incompletas. A informação não ser enviada para análise e autorização do CA.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; 2- Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; 3- Informação e fundamentação para o CA que por sua vez analisa e emite despacho. 4- Autorização pelo CA do respetivo abate; Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/nutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção da USIFaial.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Contratação Pública	Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Não Há renovações automáticas senão as legal e contratualmente previstas. A Denúncia, aplica-se a mesma formula. Cabe exclusivamente ao CA disso tomar decisão e instruir os serviços desse objetivo - continuidade ou denúncia de contratos , uma vez alertado para tal. 2- Recomenda-se o mês de Setembro para tomada de posição, quanto a Procedimentos para contratos anuais. 3- Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno. 4- Adesão dos profissionais a formação externa	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Contratação Pública Transparência	Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- O recurso ao Ajuste Direto está legalmente previsto/regulamentado pelo CCP e pelo DLR 27/2015/A; face ao valor, à legalidade e aos Procedimentos a considerar. A Lei permite inclusive "só à entidade adjudicante-CA", tomar Decisão de consultar um ou vários fornecedores.G147 Tomada de decisão sobre rotatividade de adjudicatários. 2-- Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno. 3- Adesão dos profissionais a formação externa 4- Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política AntiFraude e Canal de Denúncias.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Aquisição de Bens e Serviços Segregação de Funções	Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Aumento de formação na área da contratação pública e segregação de funções conforme normativos em vigor.. 2- Monitorizações internas aos processos de contratação	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Aquisição de Bens e Serviços	Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos, assim como na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Qualquer função ou delegação de função específica, carece sempre de nomeação/autorização da entidade adjudicante, sem a qual nenhum funcionário/a estará habilitado a produzir; 2- Ação ou Documento vinculativo/legal. 3- Poderá produzir informação e entidade deverá tomar decisão.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Corrupção Contratação Pública Conflito de Interesses PRR	Incumprimento dos deveres deisenção e imparcialidade assim como favorecimento na escolha de fornecedores, nas situações em que seja necessário constituir júri, devido a situações de impedimento e conflito de interesses, incluindo aquisições no âmbito do PRR.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Sensibilização por parte do Presidente do CA ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Aprovisionamento
Transparência, Corrupção ou infrações conexas, Contratação Pública	Falta de transparência e/ou incorreção de prestação de informações e das fundamentações para a decisão de contratar, escolha de procedimentos, estimativa de valor e escolha do adjudicatário	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2- Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 4- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos. 5- Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política AntiFraude e Canal de Denúncias.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Aprovisionamento
Transparência Contratação Pública	Falta de transparência nos procedimentos de contratação pública	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2- Privilegiar o máximo possível o recurso a procedimentos concursais em detrimento da consulta pre- via e do ajuste direto. 3- Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 4- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Aprovisionamento

QUADRO 14 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Problemas estruturais (edifício)	Problemas estruturais: insuficiente isolamento da estrutura podendo existir infiltrações quando chove em maior quantidade.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Posicionar o equipamento mobiliário longe dos locais onde chove. 2- Desligar os equipamentos ligados às tomadas localizadas nas paredes que dão para o exterior ou próximas de zonas de infiltração, principalmente no final do dia ou final de 6ª feira; 3º Pedir regularmente a limpeza das caleiras existentes e a colocação de panos absorventes para conter a água; 4º Reforçar, junto do CA, a necessidade de realizar trabalhos de manutenção e a mudança para novo espaço.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Apropriação Indevida de Bens	Apropriação indevida de equipamento médico.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Verificação periódica dos bens de imobilizado existentes por Serviço e registo dos utilizadores.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Abates	Abates: o bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1-Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; 2-Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; 3-Autorização pelo CA do respetivo abate; 4-Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção da USIFaial.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Gestão de Fornecedores	Dificuldade de acompanhamento e monitorização de prestação de serviços (contratação de serviços externos)	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Património	Falta de controlo no equipamento existente devendo coincidir com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1-Verificação se na aplicação informática (Primavera), o equipamento existente na USIFaial tem nº de imobilizado; 2-Sempre que um equipamento vai para reparar, verificar o nº de imobilizado; 3-Verificar se o serviço que solicita uma reparação é o detentor do equipamento; 4-Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Património	Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Periódicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos

QUADRO 15 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Apropriação Indevida de Bens	Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato, peculato de uso, abuso de poder).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Controlo de equipamentos afetos a cada posto de trabalho, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; 2-Preenchimento de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; 3-Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados; 4-Divulgação da utilização do <i>software</i> de suporte interno para comunicação e registo de abates ou movimentações de bens.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Gestão dos equipamentos	Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Controlo de equipamentos afetos a cada posto de trabalho, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; 2-Documento eletrónico devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; 3-Promoção da divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços; 4-Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos
Aquisição de Bens e Serviços	Falta de acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Qualquer função ou delegação de função específica, carece sempre de nomeação/autorização da entidade adjudicante, sem a qual nenhum funcionário/a estará habilitado a produzir; 2- Ação ou Documento vinculativo/legal: poderá produzir informação e entidade deverá tomar decisão (<i>está inscrito nos Cadernos Encargos</i>).	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos

QUADRO 16 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (III)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Aquisição de equipamentos	Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	Alta 3	Média 2	Elevado 3	Evitar/Transferir	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aprovisionamento e Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos

QUADRO 17 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREA DE INFORMÁTICA

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Sistemas de Informação	Sistemas de informação (software) desatualizados e/ou inoperacionais.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Assegurar a permanente atualização, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Informática	Responsável do Serviço de Informática
Segurança da Informação	Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Reavaliação sistemática dos perfis e diminuição do número de profissionais com acesso ao universo elevado de perfis.	Informática	Responsável do Serviço de Informática
Segurança da Informação	Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes informáticos.	Média 2	Alta 3	Elevado 3	Evitar/Transferir	Aumentar as competências dos Recursos Humanos do Serviço de Informática e contratualizar individualmente a participação em eventos formativos externos.	Informática	Responsável do Serviço de Informática

QUADRO 18 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – NÚCLEO DE FORMAÇÃO

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Gestão da Formação	Inadequada gestão do processo de formação.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Promoção de atividade de formação, no âmbito das necessidades, que reduzam possíveis assimetrias (SCI - análise/verificação anual dos indicadores de formação (N.º de formandos/grupo profissional/Taxa de participação).	Núcleo de Formação	Coordenação do NF
Gestão da Formação	Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Envio de informação às chefias/responsáveis dos Serviços, sempre que se realiza uma formação, com a informação dos profissionais desse Serviço que já frequentaram a mesma. (SCI - rotatividade de formandos e formadores respeitando objetivos e público-alvo).	Núcleo de Formação	Coordenação do NF
Ética e Conduta	Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais da USIFaial, para a postura e tratamento de informação reservada.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.	Núcleo de Formação	Coordenação do NF
Gestão da Formação	Falhas na gestão da formação	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1º Promoção de atividade de formação, no âmbito das necessidades, que reduzam possíveis assimetrias ; 2º Análise/verificação anual dos indicadores de formação (N.º de formandos/grupo profissional/Taxa de participação); 3º Taxa de execução do Plano Anual de Formação	Núcleo de Formação	Coordenação do NF

QUADRO 19 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE APOIO À GESTÃO

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Avaliações sistemáticas	Não existência periódica de monitorias/ auditorias internas de seguimento (follow-ups).	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Assegurar que a monitorização sistemática e sejam previstas auditorias de seguimento a processos realizados em anos passados, para verificar o cumprimento dos normativos, a eficácia da implementação das medidas e/ou recomendações efetuadas aos serviços auditados.	Gabinete Gestão da Qualidade; Sistema Controlo Interno	Coordenação GAQ, Resp. Sistema Controlo Interno
Sistema de Gestão da Qualidade	Manuais de procedimentos desatualizados.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Alertar no mês antecedente ao fim do prazo de revisão os responsáveis de área a que se aplica o normativo dando um prazo limite para efetuar a revisão.	Gabinete Gestão da Qualidade	Coordenação GAQ
Proteção de Dados Pessoais	Cedência a entidades alheias à unidade de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	1-Monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior. 2-Acompanhar as iniciativas da DRS do controlo da partilha de informação.	Proteção dados pessoais	Presidente do CA
Proteção de Dados Pessoais	Divulgação e exposição de informação clínica e/ou reservada dos doentes/utentes a entidades externas ao SRS e, interna que sejam alheias a esse circuito de informação.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1-Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; 2-Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do USIFaial; 3-Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.	Proteção Dados Pessoais	Presidente do CA
Normativos Interno	Desatualizados dos normativos internos.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Atualização dos manuais existentes (Procedimentos e de Governação Clínica) assim como manter o controlo da revisão dos normativos nos períodos estipulados para tal.	Gabinete Gestão da Qualidade	Coordenação GAQ
Comunicação Interna	Ausência de publicação de conteúdos obrigatórios no site (intranet e internet).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Realizar trimestralmente uma monitorização ao site para constatar se falta algo que deva estar publicado.	Equipa de Comunicação	Coordenador da Equipa de Comunicação
Comunicação com os utentes e com os profissionais	Existência de informação desatualizada dirigida a utentes e/ou profissionais (intranet e internet).	Baixa 1	Média 2	Frac 1	Aceitar/Prevenir	Realizar trimestralmente uma monitorização ao site para constatar se falta algo que deva estar publicado.	Equipa de Comunicação	Coordenador da Equipa de Comunicação

QUADRO 20 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE SECRETARIADO CLÍNICO E DESLOCAÇÃO DE DOENTES

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Deslocação de Doentes	Falta de controlo e falha de documentos nos processos de referênciação de utentes no âmbito de deslocação de doentes (inter ilhas)	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Monitorização das referenciações /deslocações dos utentes	OPDD	Responsável do Serviço Social/OPDD
Favorecimento	Favorecimento de doentes na ordem de listas de espera.	Baixa 1	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Realização de auditoria interna às listas de espera.	Secretariado clínico, Organização Processos Deslocação Doentes	Responsável do Secretariado Clínico e Responsável OPDD
Identificação do doente	Admissão de doentes com informação incorreta (ex.: isenções, moradas, validade do documento de identificação, contactos, etc.).	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Análise comparativa mensal de atendimentos por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem secretariado e erros RNU).	Secretariado Clínico OPDD Serviço Social	Responsável do Secretariado Clínico
Extravio de documentos	Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis e não receber originais de documentos dos cidadãos, exceto nos casos previstos. Melhoria nos espaços destinados aos arquivos (geral e clínico)	Secretariado clínico Arquivo Geral Arquivo Clínico OPDD Serviço Social	Coordenadora Técnica, Responsável do Secretariado Clínico e Responsável do Serviço Social/OPDD
Gestão Documental	Arquivo/Documentação - Deficiente organização administrativa.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Solicitação de colaborador (assistente técnico) para organização arquivística.	Secretariado Clínico Serviço de Pessoal e Expediente	Coordenadora Técnica

QUADRO 21 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE SERVIÇO SOCIAL E GABINETE DO UTENTE

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Violência	Possibilidade de um elemento do Serviço Social ser vítima de violência física, psicológica/emocional por parte de um utente e/ou familiar deste, consequência da insatisfação com os resultados e/ou negação de alguma situação económico-social.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social
Gestão Processos Sociais	Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social
Gestão dos Processos Sociais	Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizados.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Alertas com o <i>terminus</i> dos prazos a cumprir.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social
Gestão das Reclamações	Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas à USIFaial	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional da USIFaial e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.	Serviço Social/Gabinete do Utente	Responsável do Serviço Social
Identificação do doente	Admissão de doentes com informação incorreta (ex.: isenções, moradas, validade do documento de identificação, contactos, etc.).	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Análise comparativa mensal de atendimentos por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem secretariado e erros RNU).	Secretariado Clínico OPDD Serviço Social	Responsável do Secretariado Clínico

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

QUADRO 22 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (I)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Referenciação	Falta de controlo no processo de referenciação de utentes para o Hospital da Horta	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Monitorização das referenciações	Serviços Prestação de Cuidados	Diretor(a) Clínico(a)
Gestão Clínica	Produção clínica registada sem execução do respetivo ato.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas.	Serviços Prestação de Cuidados	Diretora Clínica e Directora Enfermagem
Favorecimento	Acesso indevido à vacinação covid 19	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	Reorganização dos processos para a vacinação covid 19 de acordo com as normas em vigor emanadas pela DRS na identificação da população eligível e divulgação aos profissionais de saúde.	Vacinação	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe
Prestação de Cuidados	Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais os medicamentos; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela Direção Clínica.	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)
Roubo/Peculato	Apropriação indevida de material clínico.	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Controlo dos consumos de material clínico; 2- O consumo do material oscila. (ex: um tratamento de penso o material pode diferir ao longo do tratamento assim como a quantidade) pelo que importa efetuar uma monitorização dos consumos versus atividade da USIFaial;	Direção de Enfermagem	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe
Prestação de Cuidados	Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração); 2- Para exames que são solicitados que representam grande volume financeiro, são feitos processos de compras; 3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 4- Auditorias ao agendamento de MCDT.	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)
Acesso Indevido Segregação de Funções	Acesso indevido às instalações e desvio de produtos clínicos.	Baixa 1	Baixa 1	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Nos gabinetes de prestação de cuidados o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 2- São feitas monitorizações periódicas à quantidade de consumíveis clínicos armazenados na Sala de Tratamentos, Sala de Vacinação, Gab Serviços Externos(e malas); gab saúde materna, serviço de medicina dentária com a colaboração existente da Enfermeira Chefe e do resp. área (se necessário recorrer a um elemento da ERJ); 3- Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação diária de cuidados, com registo e identificação dos mesmos. Contagens periódicas e inventário de final do ano aos armazéns avançados. Promoção de segregação de funções. Locais fechados com chave.	Sala de tratamentos Serviço externos Gabinete Saúde Materna Medicina Dentária Vacinação	Enfermeira Chefe, Resp. Medicina Dentária
Surto Pandémico	Irregularidades no âmbito da vacinação contra a covid -19	Baixa 1	Média 2	Fraco 1	Aceitar/Prevenir	1- Slavaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade 2- Correto usos dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas 3- Aplicação do previsto nos instrumentos de conduta internos (Código de Ética e Conduta, Canal de Denúncias, etc.).	Vacinação	Diretora de Enfermagem

Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)

QUADRO 23 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (II)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Surto Pandémico	Alteração do contexto interno - Surtos Pandémicos (ex.: Pandemia COVID-1) - gestão pandemia	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Reorganização de processos: rastreios, vacinação, acompanhamento de planos de contingência externos, vigilância epidemiológica e vigilância de casos ativos de covid, emissão de altas e declarações de doença e de isolamentos profiláticos.	Delegação de Saúde	Diretora Clínica e Diretora Enfermagem
Proteção de Dados Pessoais	Acesso indevido à informação clínica.	Baixa 1	Alta 3	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	Serviços Prestação de Cuidados OPDD Secretariado Clínico Serviço Social	Diretora Clínica, Directora Enfermagem, Responsável do Secretariado Clínico, Responsável do Serviço Social/OPDD
Prestação de Cuidados	Falhas na referenciação de utentes para o hospital de referência e no âmbito de deslocação de doentes	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	Monitorização das referenciações /deslocações dos utentes e	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)
Informação clínica	Inadequada codificação dos atos clínicos.	Média 2	Média 2	Moderado 2	Transferir/Prevenir	1- Autoauditorias internas realizadas à codificação dos atos no âmbito das avaliações sistemáticas à qualidade dos registos clínicos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a orçamentada.	Prestação de Cuidados de Saúde	Diretor(a) Clínico(a)

QUADRO 24 – MAPEAMENTO AOS RISCOS – ÁREAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (III)

	Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade/ Impacto no Serviço/ USIFaial	Avaliação do Risco	Aferição das medidas	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável
Informação clínica	Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Alta 3	Alta 3	Elevado 3	Evitar/Transferir	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de Enfermagem

7.1 Avaliação dos Riscos de Fraude e Medidas Antifraude

Apesar de incluídos já alguns riscos de fraude e respetivas medidas no mapeamento atrás apresentados, complementarmente a esta matriz de risco está a ser efetuado o levantamento mais pormenorizado dos riscos de fraude e medidas antifraude. Para tal, e baseado no Guia CE “Avaliação do risco de fraude e medidas antifraude eficazes e proporcionadas” (junho de 2014 – para Fundos Europeus Estruturais e de Investimento Orientações para os Estados-Membros e as Autoridades do Programa) elaboraram-se listas de potenciais riscos de fraude e medidas antifraude para as áreas de contratação pública, aquisição de bens, concursos de pessoal e pagamentos. À data de elaboração deste Plano estão a ser revistas pela responsável do Sistema de Controlo Interno da USIFaial. Concluído o trabalho será ponderado a melhor forma de divulgação (ex: documento que irá servir de anexo a este Plano ou efetuar revisão antecipada deste instrumento de gestão).

8. ENVIO PARA ENTIDADES EXTERNAS

De acordo com o previsto no Regime Geral da Prevenção de Riscos serão assegurados o envio de remessas para as entidades externas do PPGRCIC e relatórios de execução:

- Ao membro do governo que tutela a pasta da Saúde assim como ao Diretor Regional da Saúde para conhecimento – no prazo de 10 dias contados desde a aprovação da sua revisão do PPGRCIC
- Aos serviços de inspeção bem como ao CPC ou MENAC (quando estiver implementado), no prazo de 10 dias contados desde a aprovação da sua revisão.
- Conforme previsto na legislação em vigor as comunicações com o membro do Governo, a tutela e o MENAC serão feitas através de plataforma eletrónica quando a mesma for disponibilizada conforme previsto no decreto lei em vigor.



Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC)

9. PUBLICITAÇÃO

A USIFaial assegura a publicidade do presente Plano e dos relatórios de execução e demais instrumentos de conduta e de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, referidos neste documento, conforme o previsto na legislação em vigor:

- Aos trabalhadores - será feita através da página da intranet além dos conhecimentos efetuado no SGC- E Doclink.
- À população – será efetuada na página oficial da internet quando ela existir – no prazo de 10 dias contados desde a aprovação da sua revisão.

10. BIBLIOGRAFIA

- Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro – Cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral da prevenção da corrupção. DR, 1ª série, nº 237, de 9 de dezembro.
- Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro – Estabelece o regime geral de proteção de denunciadores, transpondo a Diretiva (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União. DR, 1ª série, nº 244, de 20 de dezembro.
- Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A – Orgânica e quadro de pessoal da Unidade de Saúde da Ilha do Faial.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 37/2021 – Aprova a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2009 sobre Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 2 de outubro de 2019, sobre Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2015, sobre Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 8 de janeiro de 2020, sobre Gestão de Conflitos de Interesses no sector público.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção n.º 1/2010, de 7 de abril, sobre publicidade dos Planos de Prevenção de riscos de corrupção e Infrações conexas;
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 6 maio de 2020, sobre a Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas da resposta ao surto pandémico da Covid-19.
- Conselho da Prevenção da Corrupção. (2018). Prevenção da Corrupção na Gestão Pública - Mapeamento de Áreas e Fatores de Risco. Aprovado em reunião do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 7 de fevereiro de 2018.
- Guião do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre a Elaboração de Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas- Organismos Estratégicos do Controlo Interno da CPLP- OEI-CPLP (novembro 2011);
- Normas de Gestão de Riscos da FERMA – *Federation of European Risk Management Associations, 2003.*
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial (Ref.º 06|24|01), aprovado a 06-04-2020
- Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas da IARTCC, 2022.
- Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Gabinete do Secretário Regional, da Secretaria Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública, de 2021.
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas do Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego/Programa Operacional de Apoio às Pessoas mais carenciadas, revisão de janeiro de 2022

11. REVISÃO E CIRCUITO DE APROVAÇÃO:

Revisão Conteúdo	Data	Efetuada por:
	16-05-2023	Andy Rodrigues
Revisão Formal	Data	Efetuada por:
	16-05-2023	Celeste Freitas e José Luís Pereira
Circuito de Aprovação: Int-USIF/2023/605		

12. HISTÓRICO DAS VERSÕES:

A revisão deste documento segue a mesma regra existente na unidade para a revisão dos normativos internos, ou seja, é efetuada de 3 em 3 anos, ou antecipada a sua revisão sempre que detetada a sua necessidade. Esta regra coincide com a legislação em vigor com o exposto no nº 5 do art.º 6º do DL n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

Serv.	N.º da Versão	Data de elaboração	Data de Aprovação	Elaboração
06	00	31-08-2015	04/09/2015	Fátima Brum e Teresa Brito e Melo
Descrição: O PPRIC da USIFaial foi aprovado pelo Conselho de Administração em setembro de 2015 e, nesse seguimento, o primeiro ano da sua efetiva vigência e implementação foi o ano de 2016, sendo que a avaliação do grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRIC ao longo dos anos de 2016, 2017 e 2018 consta dos relatórios de execução elaborados em março de 2017, maio de 2018 e maio de 2019 respetivamente.				
06	01	04/09/2018	-	Teresa Brito e Melo
		03/06/2019	21/02/2020	
		11/02/2020	21/02/2020	
		04/03/2020	06/03/2020	
Descrição: Processo iniciado em agosto de 2018 e terminado 06/03/2020 (Int-USIF/2018/2356).				
06	02	16/05/2023	24-05-2023	Andy Rodrigues, Celeste Freitas, Fátima Brum e colaboração de todos os dirigentes, chefias e responsáveis de área/coordenadores de equipa no mapeamento dos riscos.
Descrição: Revisão do PGPRIC conforme plano de melhoria (Registo Interno: USIF-Int/2022/696); Revisão decorrente: i) das recomendações atualizadas do Conselho de Prevenção de Corrupção; ii) Do DL n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro; iii) da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro; iv) - das conclusões e melhorias a implementar que constam do Relatório Final da Ação de Controlo aos Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade de Saúde da Ilha do Faial (PROC. N.º 03.01.01/2022/4); v).				