



INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE

Aprovado

26/04/2023

O Conselho Diretivo

RSB.
Belles
pe.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2022



FICHA TÉCNICA

Título

Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Edição 2022

Editor

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Endereço

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515 Funchal

Telf. 291212300

Fax 291281421

iasaude@iasaude.madeira.gov.pt

<https://iasaude.pt/>

Participação

Dirigentes e Técnicos Superiores das diferentes Direções do IASAÚDE, IP-RAM.

Data de Edição

Abril 2023

Disponibilidade

Site do IASAÚDE, IP-RAM

Aprovado pelo Conselho Diretivo

Em reunião de Conselho Diretivo de 26.04.2023

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLAS	DESCRIÇÃO
ADSE	Instituto Público de Gestão Participada
BF	Beneficiário Final
BI	Beneficiário Inicial
CD	Conselho Diretivo
COSO	Committee of Sponsoring Organization
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
DAG	Departamento de Administração Geral
DARH	Direção de Administração e Recursos Humanos
DC	Direção de Contratualização
DGFC	Departamento de Gestão Financeira e Contratualização
DLR	Decreto Legislativo Regional
DSI	Direção de Sistemas de Informação
DSIC	Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação
ENCC	Estratégia Nacional de Combate à Corrupção
GAJ	Gabinete de Assuntos Jurídicos
GC	Gravidade da Consequência
GR	Graduação do Risco
IASAÚDE	Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
JORAM	Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
PO	Probabilidade de Ocorrência
PPR	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RGPC	Regime Geral de Prevenção e Corrupção
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM
SRS	Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil
UE	União Europeia

ÍNDICE

I. Introdução	5
II. Caracterização da Entidade	6
III. Organização Interna	8
IV. Avaliação e Gestão de Risco	12
1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção	12
2. Metodologia adotada	14
3. Canal de Denúncias	17
V. Monitorização e atualização do Plano	18
VI. Matrizes de Risco e respetiva avaliação	20
1. Transversal ao IASAÚDE	20
2. Direção de Administração e Recursos Humanos	30
3. Direção de Gestão Financeira	34
4. Direção de Contratualização	36
5. Direção de Sistemas de Informação	38
6. Gabinete dos Assuntos Jurídicos	44

I. Introdução

O Relatório de Avaliação Anual da execução do PPR visa avaliar o cumprimento do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas implementado pela pelo IASAÚDE, IP-RAM, nomeadamente através da aferição do grau de execução das medidas mitigadoras ali propostas.

A sua elaboração tem como objetivo primordial reforçar a credibilidade do IASAÚDE, IP-RAM, no contexto das suas atribuições, prevenindo e/ou combatendo a ocorrência de quaisquer riscos no âmbito de infrações relacionadas com a prática de atos de corrupção e infrações conexas.

A Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, veio impulsionar a promoção da transparência e da integridade como valores comuns a prosseguir, visando o fortalecimento das instituições públicas e da confiança dos cidadãos.

É neste contexto que, mediante o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, é criado um mecanismo de prevenção da corrupção e da criminalidade conexas, denominado de Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), bem como estabelecido um regime de prevenção da corrupção, designado de Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC).

No PPR do IASAÚDE, IP-RAM, aprovado em 27.01.2022, foram identificados um total de 83 riscos, distribuídos pelas diversas áreas, sendo 40 deles transversais a todos os dirigentes e os restantes distribuídos pelas diversas Unidades Orgânicas.

II. Caracterização da Entidade

O IASAÚDE foi criado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 22/2008/M, de 23 de junho, alterado pelos Decretos Legislativos Regionais n.ºs 10/2001/M, de 27 de abril, 14/2012/M, de 9 de julho e 15/2020/M, de 16 de novembro.

O IASAÚDE é um instituto público integrado na administração indireta da Região, dotado de autonomia administrativa e financeira, sob a tutela da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil (SRS).

Desenvolve a sua atividade tendo por referência a sua Missão, Visão e Valores.

MISSÃO

O IASAÚDE tem por missão assegurar a gestão dos recursos financeiros, humanos, da formação profissional, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias de informação do Sistema Regional de Saúde e dos serviços da administração direta, no domínio da SRS.

VISÃO

O IASAÚDE pretende dotar os serviços de uma capacidade de resposta de excelência que lhe permita assegurar uma gestão eficiente e integrada de recursos.

VALORES

Ética | Competência | Inovação | Eficiência | Transparência | Excelência de serviços | Cidadania

O IASAÚDE prossegue as seguintes **atribuições**:

- Coadjuvar a SRS, na definição de políticas no domínio da contratação da prestação de cuidados de saúde no Sistema Regional de Saúde e a respetiva normalização, regulamentação, acompanhamento, auditoria e inspeção;
- Apoiar financeira e contratualmente a atividade da SRS na área da Saúde;
- Coordenar, monitorizar e controlar as atividades da SRS para a gestão dos recursos financeiros afetos ao Serviço Regional de Saúde, designadamente estudar e propor modelos de financiamento do Serviço Regional de Saúde, definir normas e orientações sobre modalidades para obtenção, distribuição e aplicação dos recursos financeiros, bem como de avaliação de custos e definições de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Regional de Saúde;
- Coordenar e acompanhar a gestão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados em articulação com os demais organismos competentes;
- Elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento financeiro no Sistema Regional de Saúde;

- Apoiar as atividades da SRS, na definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente, adaptando normas e orientações relativas a profissões, exercício profissional, registo de profissionais, bases de dados de recursos humanos, bem como realizar estudos conducentes à caracterização dos recursos humanos, das profissões e exercícios profissionais no setor da saúde;
- Assegurar a prestação centralizada de atividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros para os serviços da SRS integrados na administração direta do estado, bem como coordenar a formação profissional intersectorial para os organismos da SRS;
- Coordenar o internato médico na Região, sem prejuízo das competências dos respetivos órgãos específicos, em articulação com as necessidades formativas do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (SESARAM), nos termos da lei;
- Coadjuvar a SRS, na elaboração dos contratos-programa a celebrar com o SESARAM e proceder à transferência dos recursos financeiros para esta entidade pública empresarial, em conformidade com as dotações previstas no contrato-programa;
- Efetuar o controlo da gestão através da avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do Sistema de Saúde, bem como desenvolver e implementar modelos de gestão de risco económico-financeiro para o Sistema de Saúde;
- Coadjuvar a SRS na celebração, acompanhamento e revisão de acordos, protocolos e convenções com profissionais liberais e entidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos em articulação com o SESARAM e a respetiva capacidade instalada;
- Proceder à comparticipação aos utentes, dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde ao abrigo designadamente de acordos, protocolos ou convenções celebradas com entidades privadas de saúde, nos termos dos regulamentos em vigor;
- Orientar e informar sobre os procedimentos e inscrições respeitantes ao subsistema do Instituto Público de Gestão Participada (ADSE), no âmbito da administração regional autónoma da Madeira;
- Assegurar o regular funcionamento da junta médica da ADSE;
- Apoiar as atividades da SRS na gestão da rede de instalações e equipamentos tendentes à melhoria e desenvolvimento equilibrado dessa rede no território regional, bem como elaborar a carta regional de instalações e equipamentos;
- Apoiar a SRS na definição e normalização dos sistemas de informação e comunicação adaptados às necessidades do Sistema Regional de Saúde.

III. Organização Interna

A estrutura organizativa do IASAÚDE, assenta nas disposições constantes na Portaria n.º 325/2021, de 17 de junho de 2021, que aprovou os estatutos do IASAÚDE.

O IASAÚDE é constituído pelos seguintes Órgãos:

- O **Conselho Diretivo**;
- O **Fiscal único**.

O Conselho Diretivo (CD) do IASAÚDE, nomeado pelos Despachos Conjuntos n.º 68/2021, de 29 de setembro, publicado no JORAM II Série n.º 180, de 06 de outubro e n.º 113/2020, de 17 de novembro, publicado no JORAM II Série, n.º 218/2020, de 19 de novembro, exerce o seu mandato por três anos, sendo composto por um Presidente, um Vice-Presidente e dois Vogais:

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Presidente	Bruno Alexandre Ornelas de Freitas	Despacho Conjunto n.º 68/2021 de 29 de setembro	29-09-2021 28-09-2024
Vice-Presidente	Rubina Nunes Silva e Freitas	Despacho Conjunto n.º 113/2020 de 17 de novembro	17-11-2020 16-11-2023
Vogal	Graça da Conceição Figueira de Barros	Despacho Conjunto n.º 68/2021 de 29 de setembro	29-09-2021 28-09-2024
Vogal	Martinho de Gouveia Câmara	Despacho Conjunto n.º 113/2020 de 17 de novembro	17-11-2020 16-11-2023

Compete ao CD, sem prejuízo de outras competências que lhe sejam conferidas por lei:

- Dirigir a atividade do IASAÚDE e gerir os seus recursos humanos, materiais e financeiros, tendo em conta os instrumentos de gestão aprovados;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida, designadamente, responsabilizando os diferentes serviços pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos;
- Praticar os demais atos necessários à prossecução das atribuições e ao exercício das competências do IASAÚDE;
- Emitir parecer sobre os orçamentos das instituições e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, bem como dos demais serviços da administração direta no domínio da SRS.

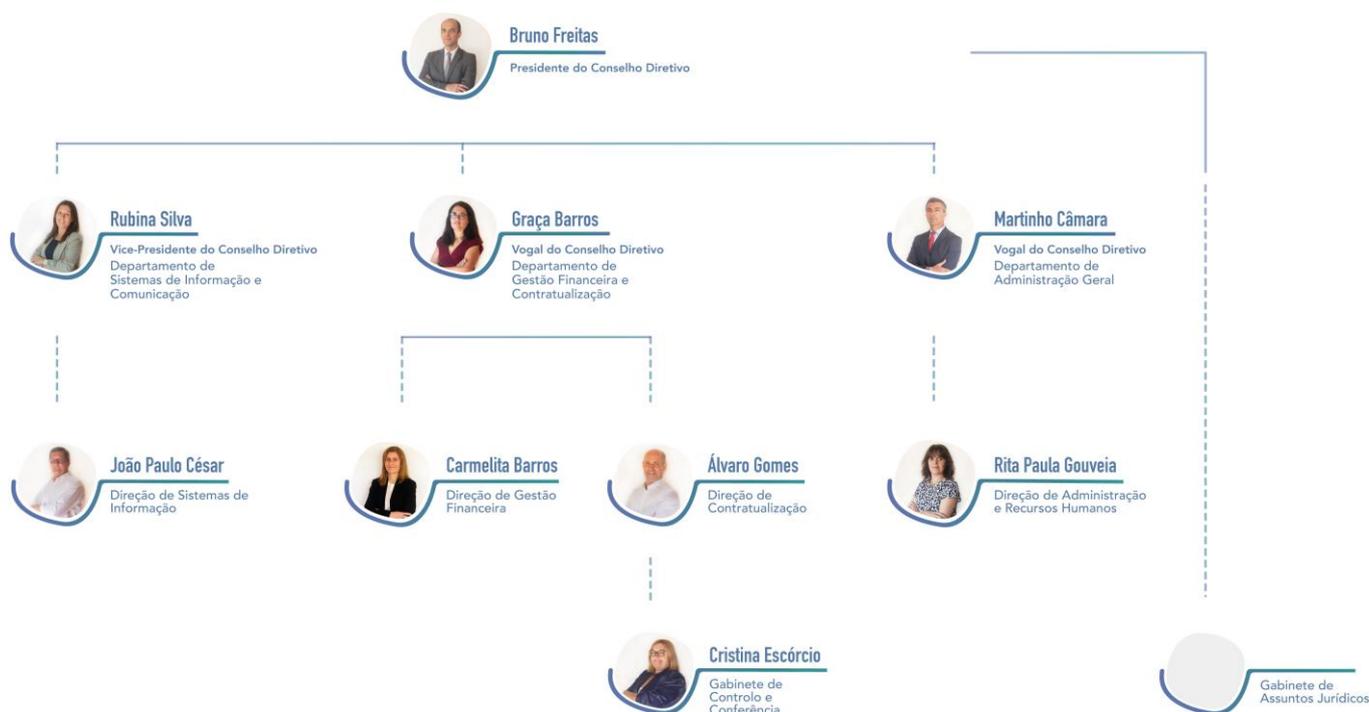
O **Fiscal Único**, de acordo com o artigo 6.º, do DLR nº 15/2020/M, de 16 de novembro, “(...)é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e boa gestão financeira e patrimonial do instituto, sendo designado por despacho dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, nos termos da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.”.

O Fiscal Único em funções, designado através do Despacho Conjunto da então Vice-Presidência do Governo Regional e da Secretaria Regional da Saúde n.º 32/2018, de 27 de julho, é a Sociedade – Santos Vaz, Trigo de Moraes & Associados, SROC, LDA, representada por João Manuel Trigo de Moraes, por Teresa Maria da Cunha Soares Martins, e por Tiago André de Castro Lopes do Vale.

No âmbito das atividades desenvolvidas e das competências do IASAÚDE, os seus recursos humanos assumem uma relevância particular, dada a necessidade de especialização e de diferenciação, em termos técnicos e de competências que devem possuir, tendo em vista a prossecução dos objetivos institucionais e o desenvolvimento das competências do próprio IASAÚDE.

A organização interna do IASAÚDE, estabelecida nos seus Estatutos é constituída por três Departamentos, quatro Direções de Serviços e duas Chefias de Divisão, conforme organograma, que se apresenta de seguida, com a indicação dos dirigentes de cada uma das respetivas unidades (à data):

Organograma
IASAÚDE 2020-2023



Departamentos / Unidades Orgânicas / Unidades Técnicas / Secções

O **Departamento de Administração Geral (DAG)** compreende:

- A Direção de Administração e Recursos Humanos:
 - A Unidade Técnica de Apoio à DARH;
 - A Unidade Técnica de Instalações e Equipamentos;
 - A Secção de Recursos Humanos;
 - A Secção de Expediente;
 - A Secção de Vencimentos;
 - A Secção de Formação Profissional;
 - A Secção de Divulgação e Documentação;
 - A Secção de Apoio ao Internato Médico;
 - A Secção de Apoio Operacional;
 - A Secção de Apoio às Juntas Médicas da ADSE;
- O Núcleo de Gestão de Projetos de Fundos Comunitários.

O **Departamento de Gestão Financeira e Contratualização (DGFC)** compreende:

- A Direção de Gestão Financeira (DGF):
 - A Unidade Técnica de Gestão Orçamental e Financeira
 - A Unidade Técnica de Controlo Interno
 - A Secção de Contabilidade Orçamental e Financeira
 - A Secção de Aprovisionamento e Stocks;
 - A Secção de Tesouraria.
- A Direção de Contratualização (DC):
 - O Gabinete de Controlo e Conferência;
 - A Unidade Técnica de Apoio à Contratualização;
 - A Secção de Reembolsos.

O **Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação (DSIC)** compreende:

- A Direção de Sistemas de Informação (DSI)
 - A Unidade de Infraestruturas e Redes

- A Unidade de Engenharia de Software
- A Unidade de Apoio Informático
- A Unidade Técnica de Acompanhamento e Gestão de Projetos
- O Núcleo de Monitorização e Análise de dados;
- O Núcleo de Design, Comunicação e Marketing.

O **Gabinete de Assuntos Jurídicos (GAJ)**, funciona na dependência do Presidente do Conselho Diretivo.

O IASAÚDE no âmbito da sua missão atual e na prossecução dos seus objetivos, definiu como pilares estruturantes da sua atuação 6 objetivos estratégicos:

1. Contribuir para a universalidade e melhoria do acesso à população a Cuidados de Saúde, otimizando a articulação entre os instrumentos de financiamento e contratualização, assente na relação de complementaridade entre o setor público e privado;
2. Reforçar os mecanismos de monitorização e desempenho económico-financeiro alicerçados numa política de rigor, avaliação de resultados, qualidade e eficiência;
3. Prever e consolidar a gestão estratégica dos recursos humanos e financeiros necessários à prossecução dos objetivos dos serviços internos e de administração direta no domínio da SRS;
4. Implementar Sistemas de Informação facilitadores da gestão e do acesso aos cuidados de saúde, assentes em princípio de transparência, eficiência, equidade e responsabilidade social;
5. Promover a valorização e melhoria de competências dos profissionais afetos aos serviços da SRS;
6. Criar mecanismos de melhoria e simplificação de processos internos de planeamento e controlo, gestão, decisão e comunicação, num contexto de maior agilidade organizacional, inovação e modernização de serviços.

IV. Avaliação e Gestão de Risco

1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, a par do Código de Conduta Ética do IASAÚDE, reflete a responsabilidade ética e social que os valores fundamentais do serviço público e os deveres profissionais acentuam e exige que sejam conhecidos por todos os membros da Instituição, de forma a garantir a homogeneidade na abordagem a realizar junto das várias Unidades Orgânicas, clarificando e tipificando os conceitos em causa, designadamente a noção de “Risco”, “Corrupção” e “Infrações Conexas”. Para esse efeito, foram considerados os seguintes conceitos:

- **Risco** – corresponde o facto, acontecimento, situação ou circunstância suscetível de gerar corrupção ou infração conexa e que pode ser graduado em função da probabilidade de ocorrência e gravidade da sua consequência.
- **Corrupção** – consiste no facto, acontecimento, situação ou circunstância que pressupõe uma relação de vantagem obtida pelo agente público e a realização de um ato que esteja abrangido pelas suas funções e pode ser classificada consoante se trate:
- **Infrações conexas** – consiste num comportamento igualmente prejudicial na relação entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas e que tem como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do primeiro.

O IASAÚDE está empenhado em estabelecer uma cultura de organização e de ética, intolerante com qualquer conduta corrupta dentro da instituição e em criar um sistema eficaz na identificação e reporte de tal atividade, comprometendo-se em assegurar que os seus dirigentes possuem conhecimento do modo como identificar os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção, e a implementação de controlos e procedimentos tendo em vista a prevenção, deteção, sancionamento e erradicação de comportamentos corruptos e afins, bem como, mitigar os riscos de gestão inerentes à sua atividade.

O IASAÚDE tem consciência de que combater a corrupção exige mais do que a elaboração de um Plano. Exige, antes de mais, exemplos de conduta que inspirem, líderes cuja atuação seja um referencial e um fator de inspiração capaz de estimular igual comportamento nos seus colaboradores e, indiretamente, contribuir para o desenvolvimento da cultura organizacional da instituição.

De acordo com o *Committee of Sponsoring Organization (COSO) no Enterprise Risk Management Framework*, a gestão de risco “é um processo efetuado pela administração, gestão e outro pessoal desenhado para identificar eventos potenciais que possam afetar a entidade, e gerir o risco dentro da apetência de risco da entidade, para garantir uma segurança razoável na realização dos objetivos”.

As estratégias de prevenção de riscos de gestão requerem assim pensamento, esforço e sobretudo, compromisso de todos os dirigentes e colaboradores do IASAÚDE, independentemente do respetivo grau, de modo consciente e constante, devendo:

- Adotar uma conduta incensurável e uma postura irrepreensível;

- Cumprir com todas as disposições legais e regulamentares, incluindo, as normas ou instruções que os próprios tenham formulado;
- Divulgar a Política de Prevenção da Corrupção e implementar o respetivo Plano.

Um sólido processo de gestão dos riscos de atividade, aplicado consistentemente em toda a organização, permite à Gestão identificar, avaliar e tratar os riscos que podem comprometer o cumprimento dos seus objetivos, mantendo os controlos adequados para assegurar a eficácia, a eficiência e a conformidade das operações e, simultaneamente, explorar as novas oportunidades que surjam.

As entidades públicas devem, primeiro, identificar áreas de atuação particularmente vulneráveis à corrupção e, em segundo lugar, analisar os riscos que afetam a integridade institucional.

Desta forma, trata-se de aferir quais os atos potencialmente prováveis de serem considerados corruptos que poderiam ter sido cometidos, a fim de elaborar mapas de risco e identificar os aspetos aos quais deve ser dada atenção especial e as medidas corretivas a implementar.

Em relação às medidas e atividades de monitorização e controle, uma vez identificados e avaliados os riscos, é necessário estabelecer e adotar as políticas, procedimentos e medidas de controle adequadas para o tratamento e redução desses riscos.

Sendo certo que qualquer atividade de uma organização envolve risco, urge desencadear todo um conjunto de procedimentos de análise e gestão dos riscos, identificando os mais significativos.

2. Metodologia adotada

Na definição do risco, o presente Plano toma como referência o guião do Conselho de Prevenção e Corrupção (CPC) o qual estabelece que os riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco, em função do grau de probabilidade de ocorrência:

- Elevado;
- Moderado;
- Fraco.

Adicionalmente, o grau de risco é graduado em função de duas variáveis, a **probabilidade de ocorrência** das situações que comportam o risco e a **gravidade das consequências** das infrações que pode suscitar, estabelecendo-se as seguintes classificações:

A. Probabilidade de Ocorrência (PO)

- **Elevada:** o risco decorre de um processo corrente e frequente da organização;
- **Moderada:** o risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano;
- **Fraca:** o risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais.

B. Gravidade de Consequência (GC) – Impacto previsível:

- **Elevado:** quando da situação de risco identificada podem decorrer prejuízos financeiros significativos para a Administração Pública e a violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do organismo e do próprio Estado;
- **Moderado:** a situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para a Administração Pública e perturbar o normal funcionamento do organismo;
- **Fraco:** a situação de risco em causa não tem potencial para provocar prejuízos financeiros à Administração Pública, não sendo as infrações suscetíveis de ser praticadas causadoras de danos relevantes na imagem e operacionalidade da instituição.

1.1 Classificação do Risco

Com o objetivo de melhor adequar o planeamento na adoção de medidas corretivas face a uma hierarquia de risco, procedeu-se à caracterização dos riscos identificados, classificando-os quanto à sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto no IASAÚDE, obtendo-se a classificação global do risco, de acordo com uma avaliação abaixo:

Gradação do risco (GR)	Fraco (1)	Moderado (2)	Elevado (3)
Probabilidade de ocorrência (PO)	Possibilidade de ocorrência baixa, mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar. Só ocorre em circunstâncias excecionais.	Possibilidade de ocorrência moderada, mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais. Trata-se de um risco ocasional.	Possibilidade de ocorrência elevada e escassez de hipóteses de obviar o evento, mesmo com decisões e ações adicionais. Trata-se de um risco constante e frequente da organização.
Gravidade da consequência (GC) (Impacto previsível)	Grau de gravidade das consequências reflete-se apenas no funcionamento da organização, sem consequências ao nível do sistema de controlo interno. Não tem potencial para provocar prejuízos financeiros do Estado.	Pontuais prejuízos financeiros para o Estado e perturbação do regular funcionamento da organização, com perda de gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e custos.	Prejuízos financeiros para o Estado, violação elevada das normas éticas de conduta, dos princípios e deveres gerais da prossecução do interesse público, da transparência e do rigor, e prejuízo na imagem e reputação da integridade institucional, bem como na eficiência, eficácia e qualidade do desempenho.

1.2 Gradação do Risco

De acordo com o grau de probabilidade de ocorrência e de gravidade das consequências, obtém-se a seguinte matriz de risco, bem como a sua gradação numa escala de 1 a 3.

		Gradação do Risco (GR)			
		(GC) \ (PO)	Fraco (1)	Moderado (2)	Elevado (3)
Probabilidade de Ocorrência (PO)	Fraco (1)		Baixo	Baixo	Médio
	Moderado (2)		Baixo	Médio	Alto
	Elevado (3)		Médio	Alto	Alto

Avaliação do risco = Probabilidade de ocorrência x Gravidade da consequência

Existe, ainda, um percurso a percorrer e as medidas preventivas para a mitigação dos riscos conhecidos e / ou adicionais a implementar, que visam:

- **Evitar o risco**, eliminar a sua causa ou descontinuar as atividades que geram risco, admissível para riscos altos;

- **Prevenir o risco**, minimizar a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo, possível para todos os riscos;
- **Aceitar o risco e seus efeitos**, nenhuma ação é adotada, sendo apenas admissível para níveis de riscos baixo;
- **Transferir o risco**, reduzindo a probabilidade de ocorrência ou impacto previsto, transferindo ou partilhando parte do risco com terceiros;

Concluído o processo de análise e apuramento das medidas definidas, com a designação de um responsável pela implementação das medidas, procedendo-se ao preenchimento das matrizes de riscos constantes no capítulo final do Plano intitulado “Matrizes de Riscos – Medidas Preventivas e de Controlo” com informação estatística do n.º de atividades, funções e Processos identificados, do n.º de riscos identificados e sua graduação de acordo com a escala acima apresentada e das n.º de Medidas identificadas, para mais fácil compreensão deste Plano

3. Canal de Denúncias

A Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, estabeleceu o regime geral de proteção de denunciadores de infrações, transpondo a Diretiva (UE) 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 Europeia, com entrada em vigor em 18 de junho de 2022

Dando assim cumprimento ao definido no Regime Geral de Proteção de Denunciadores de Infrações, aprovado pela Lei supra referida, bem como no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, foram criados os canais de denúncia internos, na forma escrita ou verbal, de acordo com o artigo 10.º da Lei 93/2021, de 20 de dezembro.

Canais de denúncia interna disponibilizados pelo IASAUDE

As denúncias podem ser feitas **por escrito**, podendo, para o efeito, ser apresentadas por correio, através de uma caixa de reclamações física ou **verbalmente**, através de uma linha telefónica e/ou de outro sistema de mensagens.

A denúncia poderá ser feita presencialmente, a pedido do denunciante, através de reuniões presenciais a realizar num prazo razoável.

- **Denúncia escrita**

Endereçada ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo do IASAUDE, por uma das seguintes formas:

- Por correio eletrónico
denuncias@iasaude.madeira.gov.pt
- Em papel, endereçada ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho Diretivo do IASAUDE
- Por correio regular
Rua das Pretas, n.º 1 - 9004-515 Funchal

- **Denúncia verbal**

- Por telefone - T. +351 291 212 300;
- Em reunião presencial a pedido do denunciante ao Conselho Diretivo do IASAUDE.

No ano de 2022, não foram rececionadas ou reencaminhadas para o IASAUDE, IP-RAM, quaisquer denúncias.

V. Monitorização e atualização do Plano

Para que o Plano cumpra a sua função é necessário o seu acompanhamento dinâmico, com uma supervisão constante das atividades desenvolvidas no IASAÚDE.

Os dirigentes das várias Unidades Orgânicas desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção de situações potenciadoras de corrupção e ou infrações conexas, cabendo-lhes supervisionar ativamente os seus colaboradores, potenciando assim uma cultura de transparência administrativa, de compromisso e de responsabilização de todos, a qual contribuirá para credibilizar a reputação do IASAÚDE, para com outras entidades e para com os cidadãos, em particular.

Uma gestão de riscos eficaz necessita de uma estrutura de comunicação e revisão que assegure que os riscos são identificados e avaliados de forma eficaz e que os controlos e respostas adequados são implementados. São vários os fatores que levam a que uma atividade tenha um maior ou um menor risco. No entanto, os mais importantes são inegavelmente:

- A **competência da gestão**, uma vez que uma menor competência da atividade gestonária envolve, necessariamente, um maior risco;
- A **idoneidade dos gestores e decisores**, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, que levará a um menor risco;
- A **formação adequada** ao desempenho de funções de todos os colaboradores e ao nível da integridade pública, corrupção e infrações conexas.

A monitorização do Plano faz parte integrante do processo de gestão de riscos do IASAÚDE, devendo ser realizada uma apreciação anual global, focada na identificação de deficiência e resolução das questões encontradas, através da emissão de recomendações, com vista à correção e prevenção da ocorrência de infrações.

Desta forma, deverá ser elaborado anualmente um relatório de execução que apresente um balanço das medidas adotadas, uma descrição dos riscos eliminados ou cujo impacto tinha sido reduzido, e daqueles que se mantêm, e a ainda a identificação de riscos detetados ao longo do ano e que não foram mencionados neste Plano.

Monitorização da execução do PPR 2022								
		Transversais	DARH	DGF	DC	DSI	GJ	Total
N.º de riscos potenciais identificados		40	15	6	6	8	8	83
Nível de risco	Elevado	0	0	0	0	0	0	0
	Médio	0	2	0	0	0	0	2
	Baixo	40	13	6	6	8	8	81
N.º de medidas preventivas definidas		61	17	9	7	16	8	118
Grau de execução	Adotada	42	16	9	4	10	7	88
	Em curso	15	0	0	2	6	1	24
	Não implementada	4	1	0	1	0	0	6

Verifica-se, do computo total das medidas preventivas definidas, que 75% destas foram adotadas (88 medidas), 20% (24 medidas) estão em curso e há ainda 5% (6 medidas) que não foram ainda implementadas.

Relativamente às medidas transversais a toda a organização (61), encontram-se adotadas 42 medidas (69%) e 15 medidas estão em fase de implementação ou em curso (25%). Encontram-se por implementar apenas 4 medidas (7%).

No que se refere aos riscos específicos inerentes à atividade de cada uma das Direções, das medidas identificadas, 46 já se encontram adotadas (81%), 9 medidas estão em curso (16%) e há, ainda, a registar 2 medidas por implementar (4%)

Nos quadros seguintes, apresentam-se detalhadamente todos os riscos e a execução das respetivas medidas elencadas no PPR de 2022.

Da sua análise, é possível concluir que, quer relativamente aos riscos transversais, quer aos inerentes a cada Direção de Serviços, o IASAÚDE, IP-RAM conseguiu, assegurar uma adequada execução do PPR e adotar grande parte das medidas previstas para os riscos identificados.

A primeira parte apresenta a execução das medidas de prevenção/mitigação relativamente aos riscos que são considerados transversais a toda a organização. De seguida é apresentada a execução das medidas específicas no sentido de mitigar riscos inerentes às atividades ao nível das competências de cada Direção de Serviços.

VI. Matrizes de Risco e respetiva avaliação

1. Transversal ao IASAÚDE

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	16
N.º de Riscos identificados	40
N.º de Medidas identificadas	61

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Delegação de Competências	Abuso de autoridade delegada	1	1	Baixo	Publicação no JORAM das delegações e subdelegações de competências.	CD e Dirigentes	Sim		
	Exercício indevido de autoridade delegada	1	2	Baixo	Disponibilização na internet das delegações e subdelegações de competências.		Sim		
					Criar um repositório de registo informático contendo todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas.		Sim	Repositório disponível nos Recursos Humanos	
Acumulação de funções público-privadas	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	1	2	Baixo	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos no artigo 20º da Lei Geral do trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.	CD e Dirigentes	Sim	Disponibilidade do modelo de pedido de autorização para acumulação de funções	
	Exercício de atividades não autorizadas	1	2	Baixo					

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Acumulação de funções público-privadas (continuação)	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	2	1	Baixo	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas.	CD e Dirigentes	Sim	Elaboração de Comunicação de Serviço dando conta da necessidade de instruírem os pedidos de acumulação.	
	Não declaração de conflitos de interesse	2	1	Baixo	Obrigatoriedade das acumulações já autorizadas para o exercício de funções serem confirmadas no início de cada ano.		Sim	Elaboração de Comunicação de Serviço dando conta da necessidade de instruírem os pedidos de acumulação.	
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho favorecendo ou prejudicando colaborador	2	1	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada.	CD e Dirigentes	Sim	Elaboração de lista com avaliadores e avaliados	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
				Baixo	Avaliação clara e transparente		Sim	Elaboração de um relatório de aplicação do SIADAP (2021-2022), enviado à SRF. Publicitação na página eletrónica	
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho favorecendo ou prejudicando colaborador	2	1	Baixo	Canais de denúncia.	CD e Dirigentes	Sim	Disponibilização de meios de denúncia	
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	1	1	Baixo	Intervenção no processo de avaliação no âmbito do SIADAP do conselho coordenador da avaliação, comissões paritárias e do CD.		Sim		
					Canais de denúncia.		Sim	Disponibilização de meios de denúncia	
	Tomada de medidas lesivas contra os colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	1	2	Baixo	Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança.		Sim	Plano de formação da SRS	
Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de colaborador	1	2	Baixo	Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e colaboradores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir.	Em curso	Levantamento das necessidades formativas			

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
					Criar um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna.	CD e Dirigentes	Sim	Canal de denúncia	
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoa (s) ou processos	2	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.	CD e Dirigentes	Sim	Estatutos do IASAÚDE, IP-RAM	
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.		Sim		
	Favorecimento de um fornecedor, no qual o dirigente, chefia ou colaborador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse execução do contrato	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.		Sim		
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.		Sim		
	Favorecimento de um particular, no qual o dirigente, chefia ou colaborador, ou seu familiar ou amigo tenha algum interesse particular na tramitação do processo ou na tomada da decisão	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.		Sim		
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.		Sim		
	Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato	1	2	Baixo	Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão.		Sim		
					Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.		Sim		
Ofertas	Influência junto do dirigente, chefia ou do colaborador para concederem um tratamento de favor ou ignorarem as disposições regulamentares	2	1	Baixo	Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou outros colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas	CD e Dirigentes	Sim	Canal de Denúncia	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO					
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR		
					MEDIDAS PREVENTIVAS						
	Perceção da opinião pública de que os dirigentes, chefias e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM, estão abertos à influência ou que a eficácia e eficiência no tratamento de processos está dependente de ofertas ou privilégios	1	2	Baixo	Proibição dos dirigentes, chefias e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM, pedir ou aceitar dádivas e outros benefícios, excecionando a aceitação de ofertas ou hospitalidade de reduzido valor, conforme estabelecido no Código de Conduta do IASAÚDE, IP-RAM		Sim	Código de Ética e de Conduta do IASAÚDE, IP - RAM			
					Rotatividade do Pessoal nos Júris de procedimentos de Recursos Humanos e de Contratação Pública.						
	Suspeita de decisões, tomadas de forma imparcial, terem sido influenciadas pelo recebimento de presentes ou privilégios	1	1	Baixo	Divulgar ao público a política do IASAÚDE, IP-RAM, no que concerne ao recebimento de presentes.					Sim	Código de Ética e de Conduta do IASAÚDE, IP - RAM
Dever de sigilo	Divulgação, fruto de relações interpessoais privilegiadas, de informações a ex-colaborador	1	2	Baixo	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores do IASAÚDE, IP-RAM ao dever legal de sigilo	CD e Dirigentes	Sim	Deveres dos trabalhadores (LTFP)			
	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	1	2	Baixo	Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação.					Sim	Deveres dos trabalhadores (LTFP)
	Divulgação a terceiros dos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa	1	2	Baixo	Sancionamento e mandato superior da informação a divulgar.					Sim	Regime disciplinar
Favorecimento	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	1	1	Baixo	Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	CD e Dirigentes	Sim				

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Informação e tramitação administrativa dos processos	Incumprimento de Prazos	1	1	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos, com recurso ao Sistema de Gestão Documental utilizado no IASAÚDE, IP-RAM – iDoK.	CD e Dirigentes	Sim		
	Inexistência de informação e/ou resposta às questões entradas no IASAÚDE, IP-RAM	1	1	Baixo	Estabelecimento de mecanismos de monitorização das questões em aberto, com recurso ao Sistema de Gestão Documental utilizado no IASAÚDE, IP-RAM – iDoK.		Sim		
Criação de manuais de procedimento Planeamento	Risco de deficiências no controlo das diferentes fases do processo de planeamento: Incumprimento de prazos por parte dos Dirigentes, falta de informação relevante, falta de monitorização e avaliação dos resultados alcançados.	2	1	Baixo	Cumprimento dos procedimentos previstos na legislação aplicável.	CD e Dirigentes	Sim		
					Criação de manuais de procedimentos.		Em curso		Abranger toda as áreas
					Instrução e definição de prazos para cumprimento obrigatório para todas as áreas		Sim	Envio de emails/comunicação/iDok a comunicar o termo de prazos.	
					Realização de reuniões periódicas de Dirigentes.		Sim	São agendadas periodicamente	
	Risco de não articulação e / ou deficiente articulação entre os diferentes departamentos e Unidades	1	1	Baixo	Realização de reuniões periódicas de dirigentes e entre os serviços para acompanhamento das atividades internas		Sim		
					Criação de manuais de procedimentos.		Em curso		Abranger toda as áreas

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
	Risco de priorização insuficiente de objetivos "core".	1	2	Baixo	Monitorização intercalar dos Instrumentos de Gestão (Plano de Atividades, QUAR, Plano Estratégico).	CD e Dirigentes	Em curso		Contratação/ mobilidade de mais recursos humanos
Guarda e conservação de documentos	Risco de extravio dos documentos e / ou inutilização indevida, por ação humana ou causa naturais	1	2	Baixo	Implementar as ações previstas no Manual de procedimentos de Arquivo	CD e Dirigentes	Em curso		Elaborar o manual com o contributo de todas as áreas
	Quebra de confidencialidade de documentos "reservados"	1	2	Baixo	Utilização do Cofre existente para guarda deste tipo de documentos.		Não	Em arquivo com acesso limitado e restrito	
					Registo de acessos.		Sim	Atribuição de registo "confidencial" iDok	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Supervisão da Equipa dedicada ao PRR no que respeita às competências delegadas	Falta de imparcialidade e conflito de interesses	1	2	Baixo	Subscrição da declaração de inexistência de incompatibilidades e conflitos de interesse por parte todos os membros do IASAÚDE, IP-RAM com competências no âmbito do PRR.	CD e Dirigentes	Sim		
	Deteção tardia de irregularidades	1	2	Baixo	Criação de SI com o registo de técnicos intervenientes em todas as etapas, com tarefas adjudicadas, permissões e histórico de utilização.		Em curso		
	Abuso de autoridade delegada	1	2	Baixo	Adoção do código de conduta e ética do IASAÚDE, IP-RAM	CD e Dirigentes	Sim	Código de conduta publicado	
Informação ao BF das suas obrigações e responsabilidades	Falta de Comunicação dos direitos e obrigações do BF	1	2	Baixo	Criação e Disponibilização de informação na área apropriada do IASAÚDE, IP-RAM	CD e Dirigentes	Em curso		Criação de uma área específica para o PRR no site do IASAÚDE
					Realização de reuniões regulares entre o IASAÚDE, IP-RAM e o BF ou executor final.		Não	Aguarda abertura do aviso para o processo de candidatura	
					Comunicação ao BF de todos os atos que lhe digam respeito, durante a vida útil do projeto.		Não	Aguarda abertura do aviso para o processo de candidatura	

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
					Divulgação do termo de Aceitação/Contrato de Financiamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e o BF ou executor final.		Não	Aguarda abertura do aviso para o processo de candidatura	
Informação ao BF das suas obrigações e responsabilidades (continuação)	Verificações no local incompletas ou desadequadas	1	2	Baixo	Registo e inserção no sistema de informação de todo o processo.		Em curso	Processo de candidatura	
					Realização periódica de ações de supervisão e de reperformance das verificações efetuadas pela Equipa do IASAÚDE, IP-RAM.		Em curso	Processo de candidatura	
Criação de um sistema eficaz de registo e conservação de dados e documentos a um nível adequado de gestão	Falta de documentos necessários para assegurar uma pista de auditoria adequada em conformidade com os requisitos do artigo 132.º do Regulamento (UE, EURATOM) 2018/1046, de 18 de julho	1	2	Baixo	Decorre do Termo de Aceitação/Contrato de Financiamento, a obrigação dos Beneficiários conservarem os documentos relativos à realização da operação	CD e Dirigentes	Em curso		
Controlo interno e avaliação de risco de fraude	Possibilidade de não deteção de casos de suspeitas de fraude e falta de mecanismos de prevenção de riscos	1	2	Baixo	Definição contratual de obrigações específicas para o IASAÚDE, IP-RAM, enquanto BF.	CD e Dirigentes	Sim		
	Má avaliação de risco por falta de informação dos colaboradores	1	2	Baixo	Realização anual de uma avaliação de risco de fraude e adoção de medidas corretivas do risco.		Em curso		

TRANSVERSAL AO IASAÚDE						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Disponibilização de informação de qualidade aos órgãos de governação de forma regular					Disponibilização de formação adequada aos colaboradores afetos ao PRR sobre Prevenção de Fraude e avaliação de riscos.		Em curso		
				Baixo	Plano de Prevenção de Riscos adotado pelo IASAÚDE, IP-RAM e o Código de Conduta disponibilizado a todos os colaboradores.		Sim		
	Reporte e/ou análise deficiente ou de má qualidade	1	1	Baixo	Utilização de ferramentas de <i>Business Intelligence</i> no SI a desenvolver para análise e sistematização da informação	CD e Dirigentes	Em curso		
				Baixo	Disponibilização de um "Ponto de Situação" semanal com todos os desenvolvimentos no âmbito do PRR		Em curso		
Baixo	Criação do NPRR para centralização, tratamento e reporte da informação	Em curso							
Avaliação de candidaturas	Não cumprimento dos prazos legais	1	2	Baixo	Cumprimento dos procedimentos previstos, bem como da legislação e regulamentos aplicáveis	CD e Dirigentes	Sim		
	Conflitos de interesse dos colaboradores com responsabilidade pela análise de candidaturas	1	1	Baixo	Subscrição da declaração de inexistência de incompatibilidades e conflitos de interesse por parte todos os membros do IASAÚDE, IP-RAM. com competências no âmbito do PRR		Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

2. Direção de Administração e Recursos Humanos

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados	4
N.º de Riscos identificados	15
N.º de Medidas identificadas	17

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBabilidade	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Praticar todos os atos preparatórios relativos ao recrutamento e seleção de pessoal	Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal e dos resultados das decisões de avaliação	1	2	Baixo	Definição objetiva dos critérios de avaliação, de modo a simplificar a fundamentação das decisões de contratação e aprovação prévia dos mesmos.	Diretor da DARH	Sim	Definição de critérios ata 1 e publicação no site	
	Favorecimento por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais)	1	2	Baixo	Publicitação dos critérios de seleção de candidatos previamente ao lançamento dos procedimentos concursais.	Diretor da DARH	Sim		
					Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as decisões ou as propostas de decisão não fiquem concentradas nos mesmos trabalhadores e dirigentes.		Sim		
Obrigatoriedade dos membros do júri de declararem impedimento ou escusa, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, através do preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses.	Sim								
Gestão de Recursos Humanos	Assiduidade	1	2	Baixo	Todas as informações sobre faltas, férias e licenças devem conter fundamentação legal.	Diretor da DARH	Sim		

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
	Processamento de vencimentos sem aderência à assiduidade dos colaboradores e/ ou ao seu índice remuneratório	1	3	Médio	Conferência da informação retirada das aplicações de processamento de vencimentos, registos de assiduidade e cadastro do pessoal, conforme previsto no Manual de Gestão de Recursos Humanos.		Sim		
	Utilização excessiva do recurso a trabalho extraordinário	1	2	Baixo	Recurso a trabalho extraordinário de forma esporádica e devidamente justificado, planeamento das tarefas e dos recursos humanos disponíveis, previamente autorizado.		Sim	Devidamente autorizado e em casos excecionais	
Gestão de Recursos Humanos	Processamento de outros abonos ao pessoal (Ex: ajudas de custo, horas extraordinárias) sem correspondência com efetivas prestações de trabalho pelo pessoal	1	3	Médio	Conferência dos processamentos de salários com os respetivos documentos de suporte dos abonos ou horas extra, conforme normas previstas no Manual de Gestão de Recursos Humanos.	Diretor da DARH	Sim	Colaboração da Direção Regional de Informática	
	Favorecimento e abuso de poder	1	2	Baixo	Subscrição por todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções de declaração atualizada em que se assume de forma inequívoca que as funções acumuladas não entram em conflito com a imparcialidade necessária ao exercício das funções públicas.		Sim	Existência de modelo próprio	
Planeamento da formação ao pessoal (levantamento das	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	2	1	Baixo	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna).	Diretor da DARH	Não	Não houve recurso a formadores internos	

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
necessidades de formação)	Desadequação do programa de formação em relação às necessidades formativas adequadas ao exercício de funções	2	1	Baixo	Envolvimento de todas as unidades no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, conforme previsto no Plano anual de formação.		Sim	Participação das unidades na elaboração do Plano	
	Favorecimento na contratação de serviços de formação	1	2	Baixo	Abertura de procedimento concursal, com convite a várias entidades.		Sim		
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços	Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição	1	2	Baixo	Elaboração obrigatória de informação que expressa a necessidade da aquisição, tal como previsto no Manual de Aquisições do IASAÚDE, IP-RAM, onde se menciona: a necessidade da contratação; se visa o reforço ou nova(s) exigência(s); se demonstra que o as quantidades propostas e/ou o objeto do contrato são os mais adequados às necessidades e não existem do IASAÚDE soluções alternativas.	Diretor da DARH	Sim	Elaboração de proposta interna ou envio de email contendo a necessidade e o responsável	
	Averiguação insuficiente de soluções internas como alternativa à contratação	1	1	Baixo			Sim		
	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	1	2	Baixo	Verificação exaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos e os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário.		Sim	Verificação do superior hierárquico e gabinete dos assuntos jurídicos	

DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços	Favorecimento de candidatos e abuso de poder (especificações/cadernos de encargos pouco específicos e incompletos; incumprimento das regras contratuais; avaliação das propostas com critérios subjetivos)	1	2	Baixo	Obrigatoriedade dos membros do júri de declararem impedimento ou escusa, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, através do preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses.	Diretor da DARH	Sim		
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos verificado pelo departamento requisitante	1	2	Baixo	Inclusão no caderno de encargos de cláusulas sobre penalizações por incumprimento e aplicação das mesmas.		Sim		
					Reporte da situação de incumprimento pelo gestor de contrato e aplicação das cláusulas.		Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

3. Direção de Gestão Financeira

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 2

N.º de Riscos identificados 6

N.º de Medidas identificadas 9

DIREÇÃO DE GESTÃO FINANCEIRA						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBabilidade	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Procedimentos de cobrança de receitas e pagamentos de despesas	Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento (Clientes e Fornecedores do IASAÚDE, IP-RAM)	1	2	Baixo	Reconciliação de contas correntes de Fornecedores com extratos emitidos pelas entidades.	Diretor da DGF	Sim		
					Proceder à reconciliação de contas de Clientes periodicamente, por profissional não afeto a esta tarefa.		Sim		
	Cobranças não depositadas	1	2	Baixo	Proceder ao depósito diário dos valores cobrados, rodando o colaborador afeto a esta tarefa.		Sim		
					Privilegiar os recebimentos por transferência bancária, reduzindo o meio de pagamento via cheque e/ou dinheiro.		Sim		
	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens e serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	1	2	Baixo	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.		Sim	Previamente ao pagamento, as faturas são confirmadas/validadas por quem de direito (gestor contrato, responsável da aquisição. GCC.)	

DIREÇÃO DE GESTÃO FINANCEIRA							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Prestação e execução das ordens de transferência	Desvio de fundos, podendo assumir duas formas:	1	2	Baixo	Utilização de palavras-passe pessoais e intransmissíveis para acesso aos sistemas informáticos, incluindo <i>homebanking</i> .	Diretor da DGF	Sim	Cada utilizador do sistema informático de apoio à gestão dispõe do seu código de utilizador e respetiva palavra-passe, a mesma situação verifica-se para o acesso a <i>homebanking</i>	
					Segregação de funções, entre quem processa e quem autoriza.				
	a) o NIB não corresponder à instituição correta	1	2	Baixo	Conferência por profissionais diferentes que procedem aos registos de transferências / pagamentos.				
	b) Transferência / pagamento de valor diferente do autorizado	1	2	Baixo	Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente do quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.	Sim			

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

4. Direção de Contratualização

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 3

N.º de Riscos identificados 6

N.º de Medidas identificadas 7

DIREÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Acompanhamento da execução dos Acordos de Faturação, Convenções, Reembolsos e Programas de Saúde	Gestão/monitorização irregular da atividade interna	1	2	Baixo	Assegurar o sistema de reporte mensal da atividade interna e validação dos dados comunicados.	DC CGC	Sim		
	Falhas na obtenção de dados nas plataformas de informação.	1	2	Baixo	Apresentação de propostas com vista a ultrapassar os constrangimentos existentes nas plataformas de informação.		Sim		
	Dupla comparticipação aos beneficiários do SRS- Madeira em áreas transversais entre acordos de faturação e reembolsos	1	2	Baixo	Definição de amostra trimestral com a identificação das áreas transversais à secção de reembolsos e GCC, com maior representatividade na despesa.		Em curso		Implementação de canal de comunicação entre GCC e Reembolsos
Acompanhamento, monitorização e avaliação dos Acordos de prestação de cuidados de saúde celebrados com o setor privado e social	Reporte inadequado / ausência de reporte da atividade interna.	1	2	Baixo	Garantir o reporte mensal da atividade em sede do Gabinete de Controlo e Conferência.	DC CGC	Sim		
	Erro humano na conferência de MCDT e outros cuidados de saúde.	1	2	Baixo	Elaboração conjunta entre a DC e o GCC de proposta legislativa do regime jurídico com vista à desmaterialização dos MCDTs e outros cuidados de saúde.		Não		Implementação de aplicação informática
					Segregação de funções entre as diferentes áreas.		Em curso		Afetação de recursos humanos por forma a

DIREÇÃO DE CONTRATUALIZAÇÃO						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
									diversificar as tarefas
Acompanhar o ciclo informativo aos prestadores e aos utentes	Prestação de orientações inadequadas e/ou incorretas aos prestadores e /ou utentes	1	2	Baixo	Implementação de vários níveis de validação de informação.	DC CGC	Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

5. Direção de Sistemas de Informação

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 7

N.º de Riscos identificados 8

N.º de Medidas identificadas 16

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Cibersegurança	Intrusão ou ataque informático	1	2	Baixo	Ações de sensibilização e ações de formação aos utilizadores internos.	Diretor da DSI	Sim	Foram realizadas ações de formação aos funcionários	
	Perda, modificação ou adulteração de informação por intrusão nos sistemas de informação	1	2	Baixo	Política de acessos e operações em ambiente de produção restrita.		Em curso	Finalização até ao final de 2024	
					Realização de auditorias de verificação de vulnerabilidade dos sistemas, em termos de segurança de informação.		Sim		Está em processo de implementação de uma solução robusta de segurança da rede informática em hardware e software de forma a

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
									mitigar a segurança de informação
					Atribuição de computadores fornecidos pelo IASAÚDE, IP-RAM, para todos os colaboradores internos.		Sim	São atribuídos computadores a todos os colaboradores, criando condições para efetuar todas as tarefas, garantindo a segurança. Foram renovados 20% do parque informático em 2021	
					Política de Recursos Humanos, com entrada e saída de colaboradores.		Sim	Todos os colaboradores no início ou término das suas funções é comunicado via e-mail para atribuir ou remover os perfis de acesso	

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
					Definição de procedimento de acesso a posto de trabalho por via de “autenticação forte”		Sim	Estão criados um conjunto de critérios nas políticas de acesso aos computadores, obrigando o cumprimento dos requisitos de segurança	
Condições do Data Center	Alteração das condições ambientais do Data Center	1	2	Baixo	Política de acesso a sala dos sistemas de informação e instalação de controladores eletrónicos.	Diretor da DSI	Sim	O acesso à sala do Data Center e às salas dos sistemas de informação são de acesso restrito e estão equipadas com sistemas biométricos de abertura de portas	

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
					Medidas de controlo e salvaguarda de tratamento de ar e energia		Em curso	Foi reformulada a posição dos equipamentos para garantir o ambiente adequado. A sala está equipada com sensores de temperatura e de humidade, ligadas a central de intrusão 24/7	Vamos instalar um novo equipamento de ar condicionado de modo a garantir o equilíbrio da temperatura, em condições climáticas extremas
Gestão do parque informático	Desadequada gestão do parque informático e software, quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização	1	1	Baixo	Inventariação anual do parque informático.	Diretor da DSI	Sim	Está criada uma lista de ativos e respetivas localizações em constante atualização.	Elaborar um documento de receção dos referidos materiais consumíveis /

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
					Registo de todo o material consumível que é disponibilizado aos colaboradores (portáteis, ratos, pens, etc.) devendo haver articulação com a DARH, para que quando a saída de um colaborador do Instituto, seja devolvido todo o material que lhe foi atribuído.		Sim	Ver item anterior	equipamentos Elaborar uma lista de referência entre a localização, colaboradores, modelos dos referidos computadores
Sistemas de informação desenvolvidos pelo IASAÚDE	Indisponibilidade dos sistemas	1	2	Baixo	Desenvolvimento de Planos de Contingência para cada um dos sistemas desenvolvidos pelo IASAÚDE, IP-RAM (ex. Kit Bebê, + Visão, sistema de Agendamento dos Reembolsos, PIM, entre outros)	Diretor da DSI	Em curso	Faz parte do plano de Backup e continuidade de negócio	Elaborar o plano de contingência para os sistemas de informação
Suporte Técnico	Tratamento preferencial no suporte interno e externo (colaboradores, utentes, profissionais de saúde, etc.)	1	1	Baixo	Monitorização dos tempos de resposta dos pedidos que dão entrada no suporte técnico do IASAÚDE.	Diretor da DSI	Em curso		Analisar soluções existentes no mercado capaz de monitorizar o suporte técnico
					Adoção de um sistema de gestão e monitorização de tickets interno e dos clientes		Em curso		
					Procedimento e mecanismos de gestão de reclamações.		Em curso		

DIREÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO						RELATÓRIOS			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Política de Backups	Perda de informação e registos por avaria irrecoverável dos computadores e/ou das aplicações	1	2	Baixo	Definição de implementação de política de backups e de inventariação de ativos críticos.	Diretor da DSI	Sim	Existe uma política de backup's em todo os sistemas	
Acesso aos sistemas de informação	Falhas no registo e controlo e perfis e respetivos acessos informáticos a dados	1	2	Baixo	Alteração das passwords de acesso aos sistemas informáticos de forma regular e periódica	Diretor da DSI	Sim	Alteração da política na alteração da palavra-passe complexa de 6 em 6 meses	

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco

6. Gabinete dos Assuntos Jurídicos

N.º de Atividades/Funções/Processos identificados 3

N.º de Riscos identificados 8

N.º de Medidas identificadas 8

GABINETE DOS ASSUNTOS JURÍDICOS							RELATÓRIO		
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBALIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
Assegurar representação nos processos de contencioso	Risco de incumprimento de prazos	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.	Chefia de Divisão do GAJ	Sim		
	Risco de incumprimento da tramitação processual	1	2	Baixo	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJU através de envio de toda a documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.		Sim		
	Risco de não comparência	1	2	Baixo	Garantir a atempada informação aos visados.		Sim		
Emitir pareceres jurídicos e elaborar projetos de diplomas legais	Risco de parcialidade/favorecimento	1	2	Baixo	Controlo e monitorização dos pareceres e informações.	Chefia de Divisão do GAJ	Sim		
	Falta de informação fidedigna	1	2	Baixo	Acesso a informação científica atualizada.		Em curso		
Assegurar a informação e o apoio necessários à preparação e acompanhamento dos	Risco de incumprimento de prazos	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.	Chefia de Divisão do GAJ	Sim		
	Risco de incumprimento da tramitação processual	1	2	Baixo	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJU através de envio de toda a		Sim		

GABINETE DOS ASSUNTOS JURÍDICOS						RELATÓRIO			
ATIVIDADES	FATOR POTENCIAL DO RISCO	PROBABILIDADE	IMPACTO	CLASSIFICAÇÃO	RESPOSTA AO RISCO	RESPONSÁVEIS	A MEDIDA ESTÁ ADOTADA?	EFICÁCIA DA MEDIDA / RAZÕES PARA A SUA NÃO ADOÇÃO	MEDIDAS CORRETIVAS A ADOTAR
					MEDIDAS PREVENTIVAS				
processos, designadamente judiciais e administrativos					documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.				
	Risco de não comparência	1	2	Baixo	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos.		Sim		

Legenda: Probabilidade | Impacto: 1: BAIXO | 2 – MÉDIO | 3 – ALTO

Classificação: Resultado apurado: 2-3 BAIXO risco | 4 – MÉDIO risco | 5-6 – ALTO risco



INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Morada: Rua das Pretas, n.º 1, 9000-049 Funchal

Tel.: +351 291212300

Fax: +351 219212302

Email: iasaude@iasaude.gov.pt