INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE IP RAM

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2026

CONTROLO
Histórico de Alterações

DATA	*DESCRIÇÃO*	AUTOR	APROVAÇÃO
2022/01/27	Elaboração do Plano de Prevenção de Riscos e Corrupção e Infrações Conexas	DAG	CD
2026/06/08	1.ª Revisão do Plano de Prevenção de Riscos e Corrupção e Infrações Conexas	GPE	CD

FICHA TÉCNICA

Título

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2026

Participação

Dirigentes e Técnicos Superiores das diferentes unidades orgânicas do IASAÚDE, IP-RAM

Disponibilidade

Site do IASAÚDE, IP-RAM

Elaboração

Gabinete de Planeamento e Estratégia Assinatura: _____

Aprovado em reunião de Conselho Diretivo de 08/06/2026

A Presidente do CD Assinatura: _____

Vice-Presidente do CD Assinatura: _____

Vogal do CD Assinatura: _____

Vogal do CD Assinatura: _____

Índice

I. Preâmbulo 6

II. Caracterização da Entidade 7

III. Organização Interna 10

IV. Formação profissional 14

V. Responsável pela Execução do PPR 15

VI. Matriz de Riscos 16

VII. Matriz de Avaliação de Risco por Unidade Orgânica 21

VIII. Canais de Denúncia Interna 33

IX. Monitorização e Revisão do Plano 34

Índice de Tabelas

Tabela 1- Categorização global de risco 17

Tabela 2- Critérios de classificação dos riscos 19

Tabela 3- Probabilidade 20

Tabela 4- Impacto 20

Tabela 5- Avaliação de risco 20

I. Preâmbulo

O Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109/E/2021, de 9 de dezembro, impõe às entidades abrangidas a obrigação de adotar e implementar um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR).

Este plano deve englobar toda a organização e atividade da entidade, incluindo dirigentes de topo e intermédios, trabalhadores, estagiários e colaboradores, no desempenho das suas funções.

O PPR deve contemplar:

- **Identificação, análise e classificação de riscos e situações** que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo os associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção.

- **Medidas preventivas e corretivas** destinadas a reduzir a probabilidade de ocorrência e mitigar o impacto dos riscos e situações identificadas.

A presente versão do plano corresponde à sua revisão, inicialmente prevista para o ano de 2026. Não obstante, atendendo à necessidade de assegurar a adequada consolidação de informação relevante, designadamente a decorrente da aplicação do plano anterior e de instrumentos de gestão entretanto implementados, a respetiva atualização encontra-se a ser realizada em 2026.

Neste contexto, o IASAÚDE, IP-RAM implementa este PPR, garantindo que atende às necessidades e protege os interesses legais aplicáveis.

Além disso, por meio de revisão contínua e acompanhamento rigoroso das suas atividades, assegura-se a atualização e adaptação do plano sempre que necessário.

II. Caracterização da Entidade

O IASAÚDE, IP-RAM, criado em 2008 pelo Decreto Legislativo Regional n.º 22/2008/M, de 23 de junho, posteriormente alterado pelos Decretos Legislativos Regionais n.ºs 14/2012/M, de 9 de julho, 15/2020/M, de 16 de novembro, e 10/2021/M, de 27 de abril, é um instituto público integrado na administração indireta da Região Autónoma da Madeira, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Os seus estatutos foram revistos pela Portaria n.º 97/2025, de 30 de janeiro de 2025, a qual procedeu à atualização da sua organização interna e funcionamento.

O IAÚSADE, IP-RAM tem como **Missão, Visão e Valores**:

Missão

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

Valores

Ética e Competência | Inovação | Eficiência | Transparência | Excelência dos Serviços | Cidadania

Ética e Competência

Desenvolvemos a nossa atividade com elevado sentido ético, fundamentando-nos na competência, nos conhecimentos e na responsabilidade que caracterizam os nossos colaboradores.

Inovação e Eficiência

Promovemos o princípio da eficiência e fomentamos a inovação, através da implementação de soluções tecnológicas avançadas e da busca constante de melhorias nos nossos serviços, promovendo um ambiente que valoriza as ideias inovadoras.

Transparência e Excelência dos Serviços

Definimos a transparência e a excelência dos nossos serviços como princípios básicos na construção das nossas relações.

Cidadania

Compromisso ativo com o bem comum, promovendo direitos, deveres e valores que fortalecem a sociedade.

O IASAÚDE, IP-RAM prossegue as seguintes **atribuições**:

- Coadjuvar a Secretaria Regional de Saude e Proteção Civil (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 caraterização 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, EPERAM), nos termos da lei;
- Coadjuvar a SRS, na elaboração dos contratos-programa a celebrar com o SESARAM, EPERAM 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, EPERAM 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 presente revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas decorre, por um lado, do facto de ter decorrido mais de três anos desde a sua última aprovação, impondo-se, assim, a sua atualização periódica, e, por outro, das alterações introduzidas na orgânica da entidade na sequência da revisão dos respetivos estatutos, ocorrida em janeiro de 2025.

Com efeito, a nova estrutura orgânica determinou mudanças relevantes na configuração das unidades orgânicas e respetivas competências, com impacto direto na identificação e avaliação dos riscos, bem como na definição das medidas de controlo.

No plano anterior, a estrutura assentava em quatro unidades orgânicas nucleares (Diretores de Serviço) e duas unidades orgânicas flexíveis (Chefias de Divisão), destacando-se o Departamento de Administração Geral (DAG), o Departamento de Gestão Financeira e Contratualização, que integrava a Direção de Gestão Financeira e a Direção de Contratualização, bem como o Gabinete de Controlo e Conferência, e o Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação (DSIC), para além do Gabinete de Assuntos Jurídicos (GAJ).

Com a revisão, verificaram-se as seguintes alterações estruturais:

- O Departamento de Administração Geral (DAG) foi reconfigurado, dando origem à Direção de Administração e Recursos Humanos, tendo sido simultaneamente criado o Gabinete de Administração Geral;
- O anterior Departamento de Gestão Financeira e Contratualização foi extinto, passando a existir, de forma autónoma, a Direção de Contratualização, que integra o Gabinete de Conferência e Conformidade, e a Direção de Gestão Financeira, que passou a integrar o novo Gabinete Financeiro e Orçamental;
- O Departamento de Sistemas de Informação e Comunicação (DSIC) foi reestruturado, passando a designar-se Direção de Sistemas de Informação;
- Foram ainda criados novos gabinetes com funções transversais, designadamente o Gabinete de Planeamento e Estratégia e o Gabinete de Assessoria e Relações Públicas;
- O Gabinete de Assuntos Jurídicos manteve-se inalterado.

Estas alterações orgânicas implicam a necessidade de reavaliação dos riscos anteriormente identificados, bem como a adequação das medidas de prevenção e controlo, de forma a assegurar a sua conformidade com a atual estrutura e o reforço da eficácia do sistema de controlo interno.

A organização e estrutura interna dos Serviços do IASAÚDE, IP-RAM é regulada pela Portaria n.º 97/2025, de 30 de janeiro, publicada no Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira, I Série, número 19, que revogou a Portaria n.º 326/2021, de 17 de junho.

A organização interna dos Serviços do IASAÚDE, IP-RAM obedece ao modelo de estrutura hierarquizada e é constituída por unidades orgânicas nucleares, designadas por Direções e unidades orgânicas flexíveis, deseginadas por Gabinetes.

O IASAÚDE, IP-RAM é constituído pelos seguintes Órgãos:

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

O **Conselho Diretivo (CD)** do IASAÚDE, IP-RAM, nomeado pelos Despachos Conjuntos da Presidência do Governo Regional e Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil n.º 84/2024, de 22 de agosto, publicado no JORAM II Série n.º 152, Suplemento, de 26 de agosto, n.º 116/2024, de 5 de novembro, publicado no JORAM II Série, n.º 207, de 12 de novembro, e n.º 121/2025, de 12 de dezembro, exerce o seu mandato por três anos, sendo constituído por uma Presidente, um Vice-Presidente e dois Vogais, conforme apresentado em baixo:

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Presidente	**Rubina** Nunes **Silva** e Freitas	Despacho Conjunto n.º 116/2024, de 5 de novembro	06-11-2024 05-11-2027
Vice-Presidente	**Martinho** de Gouveia **Câmara**	Despacho Conjunto n.º 116/2024, de 5 de novembro	06-11-2024 05-11-2027
Vogal	**Rúben** Gomes **Nunes**	Despacho Conjunto n.º 84/2024, de 22 de agosto	27-08-2024 26-08-2027
Vogal	**Edgar** Alexandre Garrido **Gouveia**	Despacho Conjunto n.º 121/2025, de 12 de dezembro	01-12-2025 30-11-2028

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

- Dirigir a atividade do IASAÚDE, IP-RAM 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, IP-RAM;
- 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 das Secretarias Regionais das Finanças e de Saúde e Proteção Civil, n.º 53/2023, de 31 de maio, é a Sociedade de revisores oficiais de contas "Santos Vaz, Trigo de Morais & Associados, SROC, LDA", inscrita na Ordem de Revisores Oficiais de Contas, com o n.º 155 e ainda na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários com o número 20161465.

No âmbito das atividades desenvolvidas e das competências do IASAÚDE, IP-RAM, 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, IP-RAM.

A **organização interna** do IASAÚDE, estabelecida nos seus Estatutos, Portaria n.º 97/2025, de 30 de janeiro, é constituída por unidades orgânicas nucleares, designadas por Direções, e por unidades orgânicas flexíveis, denominadas Gabinetes.

As Direções estão subordinadas ao Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM, composto por um Presidente, coadjuvado por um Vice-Presidente e dois Vogais.

As Unidades Orgânicas Nucleares, são dirigidas por Diretores de Serviços que constituem cargos de direção intermédia de 1.º grau, assim discriminadas:

- **Direção de Administração e Recursos Humanos;**
- **Direção de Gestão Financeira;**
- **Direção de Contratualização;**
- **Direção de Sistemas de Informação;**

As Unidades Orgânicas Flexíveis, por sua vez, são dirigidas por Chefes de Divisão, que constituem cargos de direção intermédia de 2.º grau, a saber:

- **Gabinete de Administração Geral;**
- **Gabinete de Conferência e Conformidade;**
- **Gabinete Financeiro e Orçamental;**
- **Gabinete Jurídico;**
- **Gabinete de Planeamento e Estratégia;**
- **Gabinete de Assessoria e Relações Públicas.**

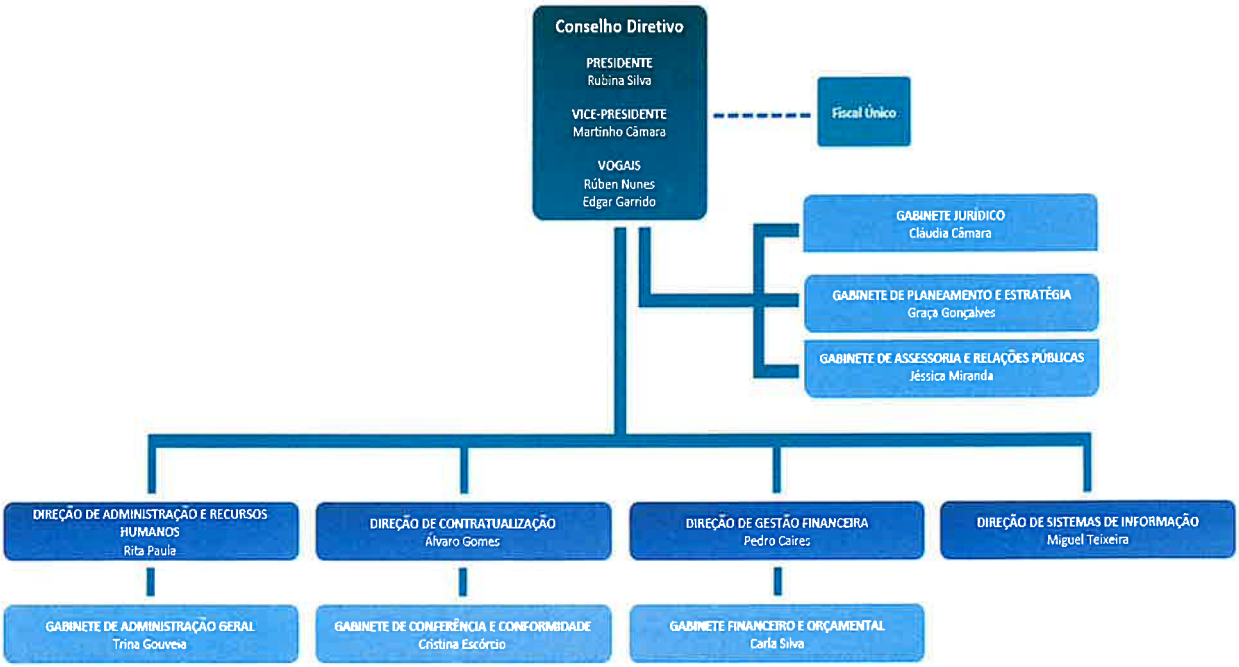

Figura 1- Organograma do IASAÚDE, IP-RAM

O **Gabinete Jurídico (GJ),** o **Gabinete de Planeamento e Estratégia (GPE)** e o **Gabinete de Assessoria e Relações Públicas (GAR),** funcionam na dependência da Presidente do Conselho Diretivo.

IV. Formação profissional

O Plano de Formação intersectorial previsto deste ano, assume-se como um pilar estratégico para a Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil, focando-se na modernização administrativa e na valorização dos seus profissionais.

A estrutura do plano baseia-se na evolução legislativa e tecnológica, bem como num levantamento rigoroso de necessidades, apostando em três eixos:

- Eficiência;
- Integridade;
- Inovação no serviço público.

O plano formativo previsto para este ano integra ações concretas de grande relevância, nomeadamente:

- Aplicabilidade da Inteligência Artificial no Desempenho das Funções;
- Normas de Auditoria, Planeamento e Técnicas;
- Contabilidade de Gestão segundo o SNC-AP;
- Desenvolver a Inteligência Emocional;
- Lei do Trabalho em Funções Públicas (LTFP);
- Liderança e Gestão de Equipas;
- O Gestor de Contrato no âmbito do CCP;
- O RGPD na Administração Pública;
- Otimização de Dados com Tabelas Dinâmicas (Power QUERY e Power PIVOT);
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

V. Responsável pela Execução do PPR

O PPR é elaborado pelo Gabinete de Planeamento e Estratégia (GPE), em articulação com as várias unidades orgânicas do IASAÚDE, IP-RAM, assegurando uma abordagem transversal na identificação e avaliação dos riscos.

Compete-lhe, designadamente, garantir a implementação das medidas previstas no Plano, acompanhar o seu grau de execução, promover a sua atualização sempre que necessário e assegurar o reporte interno e externo, nos termos legalmente exigidos.

VI. Matriz de Riscos

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR), a par do **Código de Ética e de Conduta do IASAÚDE, IP-RAM** aprovado a 14 de janeiro de 2022, e disponível em https://www.iasaude.pt/attachments/article/9370/codigo_etica_conduta_iasaude_1revisao.pdf , 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 a noção de "**Risco**", "**Corrupção**" e "**Infrações Conexas**".

A identificação inicial de riscos envolve duas dimensões fundamentais:

1. A análise de todos os processos realizados pelas unidades da instituição no decorrer da sua atividade habitual; e

2. A categorização abrangente dos riscos potencialmente aplicáveis, conforme apresentado na Tabela infra, com base no artigo 3.º do RGPC. Este enquadramento facilita a organização dos riscos identificados e assegura uma melhor adequação das medidas de mitigação adotadas para os enfrentar.

Tipologia	Infração
Crimes de corrupção (Código Penal)	a) Corrupção ativa (artigo 374.º); b) Corrupção passiva (artigo 373.º)
Crimes conexos (Código Penal)	a) Abuso de poder (artigo 382.º) b) Tráfico de influência (artigo 335.º); c) Peculato (artigo 375.º); d) Peculato de uso (artigo 376.º); e) Concussão (artigo 379.º); f) Suborno (artigo 363.º); g) Participação económica em negócio (artigo 377.º) Infrações conexas: crimes contra o setor público (Código Penal) a) Apropriação ilegítima de bens públicos (artigo 234.
Infrações conexas: crimes contra o setor público (Código Penal)	a) Apropriação ilegítima de bens públicos (artigo 234.º); b) Administração danosa (artigo 235.º); c) Violação de segredo por funcionário (artigo 383.º); d) Falsificação praticada por funcionário (artigo 257.º); e) Usurpação de funções (artigo 358.º); f) Abuso de confiança (artigo 205.º).
Infrações conexas: Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas (LTPF);	a) Garantias de imparcialidade: • Incompatibilidades e impedimentos (artigo n.º 19.º); • Incompatibilidades com outras funções (artigo 20.º); • Acumulação com outras funções públicas (artigo 21.º); • Acumulação com funções ou atividades privadas (artigo 22.º); • Proibições específicas (artigo 24.º); b) Deveres do trabalhador (artigo 73.º)
Infrações conexas: Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas (LTPF);	a) Princípio da Imparcialidade (artigo 9.º); b) Garantias de imparcialidade (artigos 69.º a 76.º)

Tabela 1- Categorização global de risco

Numa outra dimensão do risco identificado, **o conflito de interesses**, destaca-se a Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, sobre gestão de conflitos de interesses no setor público, de 8 de janeiro de 2020, que estipula que todas as entidades de natureza pública, devem contar com mecanismos eficazes de acompanhamento e gestão de conflitos de interesse.

De acordo com a Recomendação de 8 de janeiro de 2020 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), considera que conflito de interesses no setor público pode gerar "...situações suscetíveis de originar interesses incompatíveis entre a esfera pública e a privada ou entre a prossecução do interesse coletivo e o particular, salienta -se que o conceito de conflito de interesses inclui qualquer situação, real, aparente ou potencial, 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".

Os cidadãos esperam que os agentes públicos desempenhem os seus deveres com integridade e imparcialidade, garantindo que os interesses privados, preferências pessoais ou simpatias não influenciem ou comprometam a sua atuação, tomada de decisão ou a gestão pública.

Com o objetivo de identificar e mitigar eventuais conflitos de interesses, o IASAÚDE, IP-RAM disponibilizou aos seus trabalhadores uma minuta de Declaração de existência de incompatibilidade e/ou impedimentos aos seus trabalhadores, anexada ao seu Código de Ética e de Conduta. Esta iniciativa reflete um compromisso sério com a prevenção de desvios comportamentais e a implementação de uma monitorização eficaz.

A formação e divulgação dos valores éticos desempenham um papel essencial na consolidação de comportamentos duradouros e na interiorização dos princípios éticos.
Além disso, as explicitações de regras claras na implementação de uma estratégia específica contribuem para o aperfeiçoamento da conduta ética. No entanto, a formação deve estar sempre aliada à prevenção, garantindo medidas eficazes contra eventuais desvios comportamentais.

Após a identificação dos riscos relacionados à gestão, corrupção e infrações conexas nas principais atividades, funções e processos, torna-se fundamental envolver dirigentes e trabalhadores num exercício coletivo para mapear as práticas existentes na organização. Esse processo visa fortalecer ações preventivas e reduzir riscos, promovendo legalidade, clareza e transparência nos procedimentos públicos, conforme o compromisso assumido pelo IASAÚDE, IP-RAM.

Para otimizar o planeamento na adoção de medidas corretivas face à hierarquia de risco, procedeu-se à caracterização dos riscos identificados. Estes foram classificados com base na **probabilidade de ocorrência** e no **impacto** no IASAÚDE, IP-RAM, seguindo o cumprimento das Recomendações do CPC. Dessa análise, obteve-se uma classificação global do risco.

Graduação do risco (GR)	Fraco	Moderado	Elevado
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.
Impacto previsível da ocorrência do risco (IP)	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.

Tabela 2- Critérios de classificação dos riscos

Tendo em conta os riscos identificados, estabelece-se uma relação entre a probabilidade de ocorrência e o impacto que podem causar.

Dessa forma, proceder-se-á à identificação de duas variantes:

1. Probabilidade de Ocorrência (PO): fraca, moderada e elevada – **Tabela 3**
2. Impacto previsível da ocorrência do risco (IP): fraco, moderado e elevado – **Tabela 4**

PROBABILIDADE	
FRACA	O risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excecionais.
MODERADA	O risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano.
ELEVADA	O risco decorre de um processo correntes e frequente da organização.

Tabela 3- Probabilidade

IMPACTO	
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.
MODERADO	A situação de risco pode comportar prejuízos financeiros para a Administração Pública e perturbar o normal funcionamento do organismo
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;

Tabela 4- Impacto

Da conjugação destas duas variáveis (PO e IP), torna-se possível determinar a graduação do risco de corrupção identificado e apresenta-se da seguinte forma:

GRADUAÇÃO DO RISCO		PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA (PO)		
		Fraco	**Moderado**	**Elevado**
IMPACTO PREVISÍVEL (IP)	**Fraco**	**Mínimo**	**Fraco**	Moderado
	Moderado	**Fraco**	Moderado	**Elevado**
	Elevado	Moderado	**Elevado**	**Máximo**

Tabela 5- Avaliação de risco

A atribuição do nível de risco é associada a uma cor específica, permitindo uma rápida identificação dentro do PPR. Dessa forma, é possível visualizar, de forma intuitiva, quais as unidades orgânicas, e dentro delas, em que funções ou procedimentos se identificam os riscos que requerem mais cuidado no seu acompanhamento. Em particular, os riscos sinalizados a vermelho (classificados como elevados e máximos) devem ser avaliados semestralmente, em abril e outubro de cada ano, conforme estipulado pelo artigo 6.º do RGPC, para monitorizar a sua implementação e eficácia.

VII. Matriz de Avaliação de Risco por Unidade Orgânica

As seguintes Matrizes de Risco identificam os perigos inerentes às atividades desenvolvidas por cada Unidade Orgânica do IASAÚDE, IP-RAM, e a matriz de risco transversal ao IASAÚDE, IP-RAM, assim como as medidas já implementadas ou a adotar para evitar a sua ocorrência.

Conforme referido na tabela 5 (Avaliação de risco), estes riscos foram classificados segundo uma escala de risco elevado, moderado e fraco, em função do grau de probabilidade de ocorrência e do seu impacto.

Identificados os riscos, foram indicados os mecanismos de controlo interno existentes para prevenir a sua ocorrência.

Transversal do IASAÚDE, IP-RAM					
Atividades	**Risco (R)**	**PO**	**I**	**C**	**Medidas/Ação proposta (M)**
Cumprimento das competências do IASAÚDE, IP-RAM	Recursos insuficientes para o cumprimento das competências e atribuições das Direções de Serviço	**Alta**	**Alto**	MODERADO	Identificação das prioridades na atividade das direções, em face das disponibilidades financeiras e de recursos humanos
	Incumprimento dos prazos e procedimentos inerentes às formalidades e procedimentos internos	**Baixa**	**Médio**	MODERADO	Incremento da utilização da plataforma de gestão documental por forma a fomentar a total desmaterialização e rastreamento de todos os procedimentos inerentes às formalidades internas por todas as unidades orgânicas da organização
					Criação de sistemas de alertas para os processos com prazos inerentes
Dever de sigilo	Evasão de informação, violação do sigilo profissional, quebra de confidencialidade ou utilização indevida de informação protegida	**Médio**	**Alto**	FRACO	Assinatura de acordo de confidencialidade, pelos colaboradores, sempre que estejam em causa o acesso a informação sigilosa e sensível
				FRACO	Verificação da implementação dos processos internos para cedência de informação
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	**Médio**	**Médio**	FRACO	Avaliar e implementar níveis de segurança de acesso aos sistemas de informação
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos	**Médio**	**Médio**	MODERADO	Existência de estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão
					Rotatividade do pessoal mediante os recursos humanos disponíveis
					Promover a tomada de decisões colegiais
					Sessões de formação sobre ética e anticorrupção para as equipas

Direção de Administração e Recursos Humanos

Atividades	Risco (R)	PO	IP	C	Medidas/Ação proposta (M)
Gestão e Orçamentação de Recursos Humanos	Deficiente previsão orçamental e acompanhamento da sua execução.	1	2	FRACO	Efetuar o levantamento de recursos humanos junto das unidades orgânicas; assegurar a prévia validação do Conselho Diretivo das vagas, e anterior ao pedido do cabimento.
	Deficiente controlo do regime de acumulação de funções públicas/privadas; insuficiente informação de suporte.	1	3	MODERADO	Fazer monitorização e análise criteriosa e manter controlo nas situações de acumulação de funções; informar da importância da formalização do pedido.
	Tratamento diferenciado perante idênticas situações.	1	3	MODERADO	Executar os procedimentos internos, bem definidos, e a observância dos princípios de igualdade, legalidade, imparcialidade e equidade. Fundamentar as decisões. Estabelecer critérios objetivos e transparentes.
Gestão e remuneração de trabalhadores	Acesso indevido à informação de cadastro e remunerações	1	3	MODERADO	Segregar o acesso aos dados sensíveis; controlo de acessos consoante a função; cada trabalhador com o seu acesso.
	Benefícios/prejuízos indevidos resultantes da deficiente gestão dos registos das ausências.	1	3	MODERADO	Supervisão e verificação sistemática da informação que é processada; auditória e controlo constante da plataforma de registo de assiduidade.
	Erro por negligência ou dolo no processamento de renumerações.	1	3	MODERADO	Existem procedimentos padronizados e a integração das funções RH e vencimentos para evitar falhas e discrepâncias. Cumprir com os rigorosos níveis de permissão definida na APP informática.
Procedimento Administrativo	Ausência de metodologia no arquivamento dos documentos.	1	2	FRACO	Cumprir com as metodologias, flexibilidade, procedimentos e tarefas bem definidas; efetuar uma classificação correta, digitalização, sigilo, conservação e prazos legais.
	Gestão de correspondência.	1	2	FRACO	Registar todos os procedimentos na plataforma de gestão documental. Normalização de procedimentos. Existência de Manual de procedimentos.
Processo de avaliação do Desempenho (SIADAP)	Controlo inadequado na aplicação das quotas e consequente falta de rigor na diferenciação de desempenhos.	1	3	MODERADO	Dar conhecimento da existência de um cronograma interno; sistema de validação interno; monitorização e controlo regular.
Recrutamento e Seleção	Violação dos deveres de transparência, isenção, imparcialidade, favorecimento.	1	3	MODERADO	Garantir uma adequada aplicação dos métodos de seleção. Utilizar o Manual de Procedimentos.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Gabinete de Administração Geral

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Planeamento da formação ao pessoal (levantamento das necessidades de formação)	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores.	2	1	FRACO	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna).
	Desadequação do programa de formação em relação às necessidades formativas adequadas ao exercício das funções.	2	1	FRACO	Envolvimento de todas as unidades no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, conforme previsto no Plano anual de formação.
	Favorecimento na contratação de serviços de formação.	1	2	FRACO	Abertura de procedimento concursal, com convite a várias entidades.
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos.	1	2	FRACO	Verificação exaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos e os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário.
	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	FRACO	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.
	Inexistência ou deficiente aplicação de penalizações por incumprimento parcial ou total de contratos verificado pelo departamento requisitante.	1	2	FRACO	Inclusão no caderno de encargos de cláusulas sobre penalizações por incumprimento e aplicação das mesmas.
		1	2	FRACO	Reporte da situação de incumprimento pelo gestor de contrato e aplicação das cláusulas.
Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens e serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	1	2	FRACO	Envio dos documentos financeiros para pagamento, que só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.
	Garantir a transparência dos procedimentos de contratação pública.	1	2	FRACO	Publicitação no portal da contratação pública.
	Violação dos princípios da contratação e favorecimento de fornecedores, no âmbito do processo de aquisição de bens, serviços e empreitadas.	1	3	MODERADO	Definição dos procedimentos internos; instruções e formulários para a avaliação de necessidades de contratação; utilização de plataforma eletrónica de contratação; nomeação de júri com elementos de outras UO; controlo periódico e sistemático da execução dos contratos; sistema de gestão documental; promoção de formação em CCP.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Direção de Contratualização

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Acompanhamento dos mecanismos de financiamento em saúde da competência da DC	Dificuldade na Gestão/Monitorização dos Contratos Programa.	2	2	MODERADO	Implementação de sistema informático que permita a monitorização e acompanhamento da produção/execução. Assegurar o sistema de reporte da atividade interna e validação dos dados comunicados assente em sistemas de informação automatizados e conferência manual.
	Fragilidade de Gestão/Monitorização na atividade interna.	2	2	MODERADO	Conferência manual dos processos automatizados por amostragem.
Acompanhamento dos mecanismos de financiamento em saúde daa competência da DC	Erro humano na conferência de faturação de forma manual.	2	2	MODERADO	Segregação de funções entre diferentes áreas na conferência.
	Dupla comparticipação aos beneficiários do SRS-Madeira em áreas transversais de financiamento.	2	2	MODERADO	Definição de amostra com a identificação das áreas transversais tendo por base a sua representatividade na despesa.
	Receção de documentos falsificados/adulterados.	2	3	MODERADO	Conferência manual por amostragem entre fatura apresentada e o existente na AT.
	Sobrecarga de competências.	2	2	MODERADO	Reforço das equipas e redistribuição de tarefas.
	Potencial de deturpação das regras definidas nos contratos.	2	2	MODERADO	Reforço da coordenação operacional do acompanhamento dos contratos.
Monitorização do sistema de reembolsos	Aprovação automática de processos sem prévia validação.	1	1	FRACO	Conferência manual por amostragem.
	Catalogação incorreta de despesa de saúde.	1	1	FRACO	Verificação prévia dos processos para autorização.
Acompanhar o ciclo informativo aos prestadores e aos utentes	Prestação de informações e/ou orientações inadequadas e/ou incorretas aos prestadores e/ou utentes.	1	1	FRACO	Implementação de níveis de validação da informação. Publicitação de circulares normativas e/ou informativas que clarifiquem os procedimentos.
Assegurar a eficiência do sistema de auditoria interna, bem como, contribuir para o seu aperfeiçoamento	Inexistência de normas ou procedimentos de auditoria interna.	2	2	MODERADO	Promover a elaboração de manuais de auditoria interna.
	Não identificação das áreas críticas.	1	1	MÍNIMO	Elaboração de plano anual de auditoria interna.
	Não implementação das recomendações ou melhores práticas preconizadas.	1	1	MÍNIMO	Planear ações de auditoria após definição das áreas críticas.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Direção de Gestão Financeira

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Procedimentos de cobrança de receitas e pagamento de despesas	Pagamentos e recebimentos diferentes dos montantes a pagamento/recebimento (Clientes e Fornecedores do IASAÚDE, IP-RAM).	2	2	MODERADO	Reconciliação de contas correntes de Fornecedores com extratos emitidos pelas entidades.
					Proceder à reconciliação de contas de Clientes periodicamente, por profissional não afeto a esta tarefa.
	Pagamentos efetuados sem confirmação de que os bens e erviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.	1	3	MODERADO	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/erviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas.
Prestação e execução das ordens de transferência	Falhas intencionais nas transações financeiras.	1	3	MODERADO	Utilização de palavras-passe pessoais e intransmissíveis para acesso aos sistemas informáticos, incluindo *homebanking*.
					Garantir que a aplicação informática de gestão financeira permita integrar as diferentes fases de autorização/execução da despesa em ordem a assegurar segregação de funções e rastreabilidade de decisões.
					Garantir a autorização para pagamento apenas é desencadeada quando existe comprovativo de devida validação da fatura.
					Validação prévia de faturas provisórias de clientes antes de passagem a definitiva.
					Garantir a segregação de funções, entre quem processa no sistema de informação e quem confere.
Prestação e execução das ordens de transferência	Desvio de fundos pelo IBAN mão corresponder à instituição correta.	1	2	FRACO	Conferência por profissionais diferentes que procedem aos registos de transferências/pagamentos.
	Desvio de fundos pelo valor do pagamento/transferência ser diferente do autorizado.	1	2	FRACO	Reconciliações bancárias mensais efetuadas por profissional diferente do quem realizou os registos contabilísticos e de tesouraria.
Gestão de processos financeiros	Assunção de compromissos sem fundos disponíveis.	1	3	MODERADO	Assegurar que não são autorizadas despesas sem validação financeira, mediante prévia obtenção de comprovativo de suficiência orçamental para a despesa em apreço.
	Falta de prestação atempada e/ou correta de informação contabilística e fiscal (ex. entrega não atempada ou incorreta de declarações fiscais, atraso nos pagamentos à Autoridade Tributária e Segurança Social, incumprimento de obrigações legais e de reporte a entidades externas).	2	3	ELEVADO	Elaboração anual de calendário com prestações de informação contabilística e fiscal já previstas.
					Atualização deste calendário à medida que são cumpridas as obrigações, com a identificação da data em que foram efetivas, e submissão a CA semestralmente.
Gestão de processos financeiros	Inadequado processo de registo de todas as operações ao longo do ciclo de despesa, desde o processo de tomada de decisão ao pagamento.	1	3	MODERADO	Elaboração de processo, registo e circularização da informação de todo o ciclo da despesa que permita rastreabilidade.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Direção de Sistema de Informação

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Controlo de acesos e identidades	Contas obsoletas ou inativas sem desativação.	3	3	ELEVADO	Política de ciclo de vida de contas, revisões periódicas, MFA obrigatório.
	Palavras-passe fracas ou partilhadas.	3	3	ELEVADO	Política organizacional robusta, MFA, expiração periódica de credenciais.
	Comprometimento de contas privilegiadas.	3	3	ELEVADO	PAM, MFA forte, *logging* centralizado, revisões periódicas de acessos.
	Falhas no controlo de acessos (contas genéricas, permissões excessivas, falta de revisão).	3	3	ELEVADO	Princípio do menor privilégio, revisões periódicas de acessos, MFA.
Gestão de Sistemas e Infraestruturas	Acesso físico não autorizado a infraestruturas críticas.	3	3	ELEVADO	Controlo biométrico/cartão, CCTV, política de acessos físicos, registos obrigatórios.
	Falhas na aplicação de atualizações.	3	2	ELEVADO	Gestão centralizada de *patches*, janelas planeadas, mitigação para sistemas legados.
	Falhas na execução de backups/ausência de testes de restauro	3	3	ELEVADO	Política de backups transversal, segregação geográfica, testes regulares.
	Falhas em sistemas críticos de infraestrutura (ex.: Active *Directory*, DNS, *VMware/hipervisores*, *storage*, autenticação centralizada) que suportam aplicações clínicas e administrativas.	2	3	ELEVADO	Redundância e alta disponibilidade em serviços base, backups e *snapshots* frequentes, monitorização centralizada, testes periódicos de recuperação, planos de contingência documentados.
	Utilização de equipamentos obsoletos.	2	3	ELEVADO	Política de atualização regular, planeamento de ciclo de vida.
	Falhas na eliminação segura de dados aquando do abate de equipamentos.	2	3	ELEVADO	Procedimentos de *wipe* certificado, supervisão DSI.
	Inventário desatualizado ou equipamentos sem manutenção.	2	2	MODERADO	Inventário centralizado (GLPI), revisões periódicas.
	Deficiências na gestão de ativos de informação (inventário, classificação, responsabilidade).	2	3	ELEVADO	Inventário centralizado, classificação da informação, atribuição de responsáveis.
Continuidade de Serviços e Recuperação	Indisponibilidade prolongada de sistemas críticos (+Visão, KitBebé, +Sorriso, plataforma dos reembolsos).	3	3	ELEVADO	Planos de contingência, redundância, backups frequentes, monitorização 24/7.
	Falta de mecanismos testados para incidentes.	3	3	ELEVADO	Plano de continuidade transversal, testes regulares, equipas de crise.
Proteção de Dados Pessoais e Clínicos	Transmissão não segura de dados sensíveis.	3	3	ELEVADO	Encriptação, canais seguros, perfis mínimos de acesso.
	Acesso indevido a dados pessoais e clínicos de utentes.	3	3	ELEVADO	Controlos de acesso granulares, logging, formação.
	Vulnerabilidades nas integrações das soluções da SPMS no SESARAM, EPERAM	3	3	ELEVADO	Testes técnicos e de segurança periódicos, autenticação forte, auditorias.
	Partilha indevida de dados com terceiros.	3	3	ELEVADO	Acordos RGPD, cláusulas contratuais, auditorias periódicas.
	Falhas na gestão de consentimentos ou perfis.	2	3	ELEVADO	Gestão centralizada de consentimentos, controlos de acesso, revisão periódica.
	Conservação excessiva ou não justificada de dados pessoais.	2	3	ELEVADO	Políticas de retenção documentadas, prazos definidos por tipo de dados, eliminação segura.

Cibersegurança Operacional	Intrusão ou ataque informático (phishing, ransomware, brute force, DDoS)	3	3	ELEVADO	Firewalls NG, EDR/XDR, segmentação de rede, MFA obrigatório, SOC 24/7, formação contínua.
	Fuga ou adulteração de informação sensível por intrusão	3	3	ELEVADO	Backups offline, registos de auditoria, DLP, segmentação de rede, resposta a incidentes.
	Falhas na deteção e resposta a incidentes de cibersegurança	2	3	ELEVADO	Plano de resposta a incidentes, CSIRT, playbacks, exercícios regulares.
	Ausência de registos e monitorização de eventos de segurança	2	3	ELEVADO	Logging centralizado, SIEM, alertas automáticos, retenção conforme política.
	Falhas na gestão de incidentes de segurança da informação (sem registo, sem lições aprendidas)	2	3	ELEVADO	Procedimentos de registo e classificação de incidentes, revisões pós-incidente, comunicação formal.
Governança, Conformidade e Fornecedores	Tempos de resposta inadequados no suporte técnico.	2	2	MODERADO	Definição de SLAs, priorização, reporting
	Atrasos ou derrapagens em projetos.	2	2	MODERADO	Metodologias de gestão de projetos, aprovações formais, reporting
	Conflitos de interesse ou irregularidades em aquisições.	2	3	ELEVADO	Segregação de funções, validação jurídica, cumprimento do CCP
	Fornecedores sem cláusulas RGPD ou controlos adequados.	3	3	ELEVADO	Avaliação prévia de fornecedores, acordos RGPD, auditorias
	Ausência ou insuficiência de registos de atividades de tratamento (art.º 30).	2	3	ELEVADO	Ausência de formação contínua em proteção de dados para funcionários com acesso a dados pessoais
	Falhas na notificação de violações de dados pessoais à CNPD e titulares (art.º 33 e 34).	2	3	ELEVADO	Definição de procedimento interno de gestão de violações, integração com CSIRT (interlocutor e subinterlocutor RGPD e CIBER), prazos claros
	Gestão deficiente dos direitos dos titulares (acesso, retificação, oposição, apagamento).	2	3	ELEVADO	Procedimentos internos padronizados, registos de pedidos, canais dedicados, formação dos serviços
	Contratos ou relações com fornecedores/subcontratantes sem cláusulas RGPD adequadas ou sem controlos e due diligence suficientes	3	3	ELEVADO	Avaliação prévia de fornecedores, acordos de subcontratação com cláusulas RGPD, due diligence, auditorias periódicas, verificação pela DSI e DPO
Formação, Sensibilização e Cultura Organizacional	Ausência de sensibilização dos utilizadores para boas práticas de segurança	2	2	MODERADO	Formação periódica, campanhas internas, simulações de phishing, política institucional
	Ausência de formação contínua em proteção de dados para funcionários com acesso a dados pessoais	2	2	MODERADO	Plano anual de formação RGPD, sensibilização periódica, integração nos onboarding de novos colaboradores
Políticas, Auditorias e Melhoria Contínua	Inexistência de política de segurança da informação atualizada e comunicada	2	3	ELEVADO	Definição e aprovação formal de política SI, divulgação interna, revisão anual
	Ausência de auditorias técnicas e de cibersegurança periódicas (internas ou externas), impedindo a deteção precoce de vulnerabilidades e não conformidades	2	3	ELEVADO	Planeamento anual de auditorias internas e externas de cibersegurança; testes de intrusão e vulnerabilidade; follow-up formal de findings; integração nos ciclos de melhoria contínua
	Ausência ou insuficiência de declarações de confidencialidade/sigilo profissional assinadas por colaboradores e prestadores com acesso a dados pessoais	2	3	ELEVADO	Implementação obrigatória de declarações de confidencialidade e sigilo profissional; arquivo centralizado e atualizado; integração no onboarding e nos contratos; verificação periódica pela DSI e DPO

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Gabinete Jurídico

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Continuidade de Serviços e Recuperação	Violação do dever de decisão/pronúncia.	1	1	FRACO	Fixação de tempos máximos de resposta. Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJ através do envio de toda a documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.
	Falta de mecanismos testados para incidentes.	1	1	FRACO	Acesso a informação científica atualizada.
Em articulação com o Interlocutor do Encarregado de Proteção de Dados e com as restantes Direções elaborar respostas, pareceres tendentes a assegurar a conformidade de atuação do IASAÚDE, IP-RAM, com o regime vigente em matéria de proteção de dados pessoais	Violação do dever de imparcialidade.	1	2	FRACO	Controlo e monitorização dos pareceres e informações, através do sistema de gestão documental. Acesso a informação científica atualizada.
	Análise do processo sem conhecimento da totalidade da informação existente	1	2	FRACO	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJ através do envio de toda a documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado. Atribuição indiferenciada dos processos para parecer jurídico (alternância de funções).
Assessorar os júris de concurso de pessoal, podendo constituir os respetivos júris, apoiar os procedimentos no âmbito do internato médico e do grau de consultor, bem como a constituição de grupos de trabalho e equipas multidisciplinares **Instruir e colaborar em processos de averiguações, sindicâncias, inquéritos e disciplinares**	Violação do dever de imparcialidade. Utilização de informação privilegiada e/ou confidencial em benefício de interesses particulares alheios ao IASAÚDE, IP-RAM.	1	2	FRACO	Adoção de procedimentos específicos de controlo e monitorização. Validação dos atos por superior hierárquico nas várias fases dos processos.
Participar na análise e preparação de projetos e propostas de diplomas legais	Análise do processo sem conhecimento da totalidade da informação existente.	1	2	FRACO	Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJ através do envio de toda documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.
Elaborar e garantir a conformidade dos contratos-programa com	Conflito de interesses. Violação do dever de transparência.	1	2	FRACO	Declaração individual de ausência de conflito de interesses. Adoção de procedimentos específicos de controlo e monitorização, nomeadamente através do sistema de gestão documental.

as IPSS com objetivos de saúde					
Prestar assessoria jurídica em todos os procedimentos de contratação pública	Incumprimento de prazos. Incumprimento da tramitação processual. Violação dos deveres de isenção, der imparcialidade e de igualdade de tratamento.	**1**	**2**	FRACO	Estabelecimento de um controlo efetivo dos prazos e de monitorização, nomeadamente através do sistema de gestão documental. Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJ através do envio de toda documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.
Assegurar a colaboração na resposta aos Tribunais, serviços do Ministério Público e demais entidades públicas, em articulação com as Direções envolvidas	Incumprimento de prazos. Incumprimento da tramitação processual. Análise do processo sem conhecimento da totalidade da informação existente.	**2**	**2**	MODERADO	Monitorização dos processos, nomeadamente através do sistema de gestão documental. Orientações precisas do Conselho Diretivo dirigidas aos outros departamentos, gabinetes e unidades no sentido de colaborarem com o GJ através do envio de toda documentação que lhes for solicitada e dentro do prazo que lhes for fixado.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Gabinete de Planeamento e Estratégia

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Controlo de acesos e identidades	Falta de imparcialidade e conflito de interesses.	**1**	**2**	FRACO	Subscrição da declaração de inexistência de incompatibilidade e conflito de interesses por parte de todo os membros do IASAÚDE, IP-RAM com competências no âmbito do PRR.
	Deteção tardia de irregularidades.	**1**	**2**	FRACO	Criação de um sistema informático com registo de todos os intervenientes nas diversas etapas, com tarefas adjudicadas, permissões e histórico de utilização.
	Abuso de autoridade delegada.	**1**	**2**	FRACO	Adoção do Código de Ética e Conduta do IASAÚDE, IP-RAM.
Gestão de Sistemas e Infraestruturas	Falta de Comunicação dos direitos e obrigações do beneficiário final.	**1**	**2**	FRACO	Criação e Disponibilização na área apropriada do IASAÚDE, IP-RAM.
Continuidade de Serviços e Recuperação	Má avaliação de risco por falta de informação dos colaboradores.	**1**	**2**	FRACO	Realização anual de uma avaliação de risco de fraude e adoção de medidas corretivas do risco. Disponibilização de formação adequada aos colaboradores afetos ao PRR sobre Prevenção de Fraude e avaliação de riscos. Plano de Prevenção de Riscos de Gestão adotado pelo IASAÚDE, IP-RAM e o Código de Ética e Conduta disponibilizado a todos os colaboradores.
Disponibilização de informação de qualidade aos órgãos de governação de forma regular	Reporte e/ou análise deficiente ou de mais qualidade.	**1**	**2**	FRACO	Disponibilização de um "ponto de situação" mensal com todos os desenvolvimentos no âmbito PRR.

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

Gabinete de Assessoria e Relações Públicas

Atividades	Risco (R)	PO	I	C	Medidas/Ação proposta (M)
Organização de Cerimónias Protocolares e Eventos associados a projetos do IASAÚDE, IP-RAM	Transmissão ou uso indevido de informação privilegiada para fins diferentes do estabelecido.	1	3	MODERADO	Deverá ser mantido um registo das tarefas realizadas por cada elemento da equipa.
	Quebra de deveres funcionais.	1	3	MODERADO	Atribuição de tarefas a executar por cada elemento da equipa. Elaboração de checklist para planeamento e execução de cada evento.
Recolha e Tratamento de Dados Estatísticos para elaboração de conteúdos de comunicação e divulgação da atividade do IASAÚDE, IP-RAM	Transmissão ou uso indevido de informação privilegiada para fins diferentes do estabelecido.	1	2	FRACO	Deverá ser mantido um registo da recolha e tratamento de dados.
	Manipulação de dados com vista a favorecimento de parte interessada.	1	2	FRACO	Dupla validação da informação e validação hierárquica.
Promoção e divulgação da atividade do IASAÚDE, IP-RAM através do site institucional, redes sociais, ações de promoção e sensibilização, material promocional/publicitário e comunicação social	Divulgação ou uso indevido de informação para fornecer determinados interesses.	1	3	MODERADO	Designação de um responsável para a atualização de informação nos diferentes canais de comunicação com acompanhamento e validação dos superiores hierárquicos.
	Manipulação de dados com vista a favorecimento de parte interessada.	1	3	MODERADO	Dupla validação da informação e validação hierárquica.
Gestão, tratamento e acompanhamento de reclamações	Quebra de confidencialidade ou uso indevido de informação.	1	2	FRACO	Formação e consolidação da equipa sobre a importância do sigilo.
	Incumprimento do procedimento e de prazos legais de resposta.	1	2	FRACO	Designação de um responsável para assumir esta tarefa. Registo e armazenamento de todas as fases da atividade. Acompanhamento e validação do processo de reclamação pelo dirigente.
Uso do Equipamento de Fotografia/Vídeo e Computador comum ao GARP	Utilização do equipamento para fins pessoais.	1	3	MODERADO	Armazenamento dos equipamentos no devido lugar e conhecimento do dirigente aquando a sua atualização fora do local de serviço.
Armazenamento e Distribuição de Material de Merchandising das campanhas de comunicação do IASAÚDE, IP-RAM	Distribuição desmedida de material fora do contexto promocional.	1	1	FRACO	Armazenamento do material em local próprio e de acesso apenas ao GARP e registo.
	Apoderamento de material para uso pessoal ou fins comerciais.	1	1	FRACO	

Legenda: Probabilidade/ Impacto 1 – Baixa(o) | 2 – Média(o) | 3 – Alta(o)
Classificação: Graduação do risco: 2-3 Risco Fraco | 4 – Risco Moderado | 5-6 – Risco Elevado

VIII. Canais de Denúncia Interna

As denúncias podem ser feitas **por escrito**, podendo, para o efeito, tais denuncias ser apresentadas por correio, através de uma caixa de reclamações física, ou através de uma plataforma *online*, 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 à Exma. Srª. Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, por uma das seguintes formas:

- Por correio eletrónico
  denuncias@iasaude.madeira.gov.pt
- Por correio regular
  Rua das Pretas, n.º 1 - 9004-515 Funchal

Denúncia verbal

- Por telefone - +351 291 212 300;
- Em reunião presencial a pedido do denunciante ao Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM

Podem ser denunciantes:

- Os colaboradores do IASAÚDE;
- Os prestadores de serviços, contratantes, subcontratantes e fornecedores, bem como quaisquer pessoas que atuem sob a sua supervisão e direção;
- As pessoas pertencentes a órgãos de administração, fiscalização ou de supervisão;
- Estagiários, remunerados ou não remunerados.

Salienta-se que o denunciante beneficia da proteção conferida pela lei, desde que atue de boa-fé e disponha de um fundamento sério para crer na veracidade das informações, no momento da denúncia ou da divulgação pública da infração.

A confidencialidade da identidade do denunciante não obsta a que este possa ser contactado para um melhor apuramento dos factos.

O denunciante anónimo que venha a ser posteriormente identificado beneficia igualmente da proteção prevista na referida lei, desde que sejam cumpridas as condições nela estabelecidas.

IX. Monitorização e Revisão do Plano

A monitorização do presente PPR é da responsabilidade do Responsável pelo Cumprimento Normativo, nos termos estabelecidos no RGPC, e compreende:

1. A elaboração, no mês de outubro, do Relatório de Avaliação Intercalar, relativo às situações identificadas de risco elevado;
2. A elaboração, no mês de abril do ano seguinte àquele a que respeita a execução, do Relatório de Avaliação Anual, o qual deve incluir:
    - A quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas;
    - A previsão para a plena implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas.

O presente Plano deve ser objeto de revisão obrigatória a cada três anos ou sempre que ocorra uma alteração significativa da estrutura orgânica, ou do conteúdo funcional da organização.

INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE