

# PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

REVISÃO JANEIRO 2018 DI-011/4



## ÍNDICE

(	CONTRO	DLO DO DOCUMENTO	3
9	SIGLAS I	E ABREVIATURAS	4
INT	RODUÇ	ÇÃO	5
1.	ENQL	JADRAMENTO INSTITUCIONAL	8
	1.1.	NATUREZA E ÂMBITO DE ATUAÇÃO	8
	1.2.	MISSÃO, VISÃO E VALORES	9
	1.3.	DEVERES DOS TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS	10
	1.4.	TRANSPARÊNCIA	11
	1.5.	POLÍTICA DA QUALIDADE	12
	1.6.	ORGANIZAÇÃO	13
	1.7.	INSTRUMENTOS DE GESTÃO	14
2.	RISCO	OS E RESPETIVAS MEDIDAS DE MITIGAÇÃO E TRATAMENTO	15
	2.1.	CONCEITOS	15
	2.2.	FATORES DE RISCO	17
	2.3.	ÁREAS DE RISCO	17
	2.4.	APRECIAÇÃO DO RISCO	18
3.	PREV	ENÇÃO E GESTÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES	21
	3.1.	CONCEITO	21
	3.2.	DEVERES DOS COLABORADORES EM MATÉRIA DE CI	22
	3.3.	MEDIDAS JÁ EXISTENTES	23
	3.4.	MEDIDAS A IMPLEMENTAR	25



4.	FUNÇ	ÕES E RESPONSABILIDADES	26
	4.1.	REVISÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO	26
	4.2.	DIVULGAÇÃO DO PLANO	27
	4.3.	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO	28
5.	ANEX	O - MATRIZES DE RISCO	29
١	Matriz I:	Riscos transversais a toda a organização	30
١	Matriz II	: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DAM	32
١	Matriz II	I: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGRM	33
١	Matriz I\	V: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DPS	34
ſ	Matriz V	': Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIL	35
١	Matriz V	'I: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DCQ	37
١	Matriz V	'II: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DATS	38
١	Matriz V	'III: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIPE	39
١	Matriz I)	X: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DSTI	40
١	Matriz X	: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DRHFP	41
١	Matriz X	I: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGIC	43
1	Matriz X	II: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pelo GJC	44



## CONTROLO DO DOCUMENTO

Nº Revisão	Elaboração	Aprovação	Data	Objeto da revisão
0	Grupo Trabalho constituído pela Deliberação nº 66/CD/2010	CD	2010/05/05	Versão original do documento
				Atualização do Plano de acordo com:
				- Teor da Recomendação nº 3 do CPC, 1/7/2015
				<ul> <li>Alterações orgânicas e novas competências resultantes da nova Lei Orgânica (DL46/2012 de 24/02 e Novos Estatutos (Portaria 306/2015 de 23/09)</li> </ul>
1	DRHFP	CD	2016/01/26	<ul> <li>Relatório de monitorização do PGRCIC de 2011, realizado pela Comissão de Acompanhamento criada por deliberação do CD</li> </ul>
				- Recomendações emanadas no relatório de monitorização do PGRCIC de 2014 e 2015
				<ul> <li>Recomendações de auditorias internas e as efetuadas por entidades externas (IGAS, IGF e outras)</li> </ul>
2	DRHFP	CD	Março 2016	<ul> <li>Alteração das funções, responsabilidades e monitorização do plano; inclusão da auditoria pelo Fiscal Único</li> </ul>
				- Revisão das matrizes I, II, VII e X
3	Assessoria do Conselho Diretivo	CD	Janeiro 2018	<ul> <li>Capítulo sobre gestão de Conflitos de Interesse</li> <li>Revisão das matrizes existentes</li> <li>Inclusão das matrizes relativas à DGIC, GJC</li> <li>Organização das matrizes de risco considerando os processos do Sistema de Gestão da Qualidade.</li> </ul>



#### SIGLAS E ABREVIATURAS

AIM Autorização de Introdução no Mercado

CCP Código dos Contratos Públicos

CD Conselho Diretivo

CPA Código do Procedimento Administrativo
CPC Conselho de Prevenção da Corrupção
DAM Direção de Avaliação de Medicamentos

DATS Direção de Avaliação de Tecnologias da Saúde

DCQ Direção de Comprovação da Qualidade

DGIC Direção de Gestão da Informação e Comunicação DGRM Direção de Gestão de Risco de Medicamento

DI Documento Institucional

DIL Direção de Licenciamentos e Inspeção

DIPE Direção de Informação e Planeamento Estratégico

DPS Direção de Produtos de Saúde

DRHFP Direção de recursos Humanos, Financeiros e Patrimoniais

DSTI Direção de Sistemas e Tecnologias de Informação

EMA Agência Europeia de Medicamentos
GJC Gabinete Jurídicos e Contencioso
GPQ Gabinete de Planeamento e Qualidade
HMA Head of Medicinal Products Agency

MNSRM Medicamento Não Sujeitos a recita Médica

OMCL Network of Official Medicines Control Laboratories

OMS Organização Mundial de Saúde

PGRCIC Plano Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



# INTRODUÇÃO

O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) determinou, através da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, que as entidades gestoras de dinheiros, valores e património públicos, independentemente da sua natureza passem a dispor de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas por forma a minimizar o risco de corrupção e infrações conexas a que se encontram expostas.

Em 2010 o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. implementou o seu Plano com o principal objetivo de garantir a proteção dos princípios de interesse geral pelos quais pauta o desenvolvimento da sua atividade, tais como, a prossecução do interesse público, da igualdade, da proporcionalidade, da transparência, da justiça da imparcialidade, da boa-fé e da boa administração.

A Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho, refere, ainda, que os organismos abrangidos deverão elaborar anualmente um Relatório de Execução do respetivo PGRCIC. Neste âmbito, foram sendo desenvolvidas monitorizações e Relatórios de Execução das medidas de prevenção de riscos propostas no Plano. A monitorização relativa aos anos de 2014 e 2015 esteve na base na revisão do PGRCIC aprovada pelo Conselho Diretivo em janeiro de 2016, com posterior atualização em março do mesmo ano.

Esta atualização do PGRCIC integrou, ainda, as recomendações de auditorias emanadas por entidades externas (IGAS, IGF e outras) bem como a mais recente Recomendação do CPC, de 01 de julho de 2015, no sentido de que estes Planos identificassem os riscos de Gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.

A revisão de 2016 refletiu, também, a preocupação da organização no reforço da metodologia de acompanhamento e monitorização do PGRCIC, tendo-se realizado avaliações internas semestrais e solicitado uma Auditoria a uma entidade externa.



Estes exercícios de monitorização e avaliação do PGRCIC culminaram no Relatório de Execução relativo ao ano de 2016, no qual são emanadas algumas recomendações, que foram tidas em consideração nesta versão revista do Plano:

- 1. Incluir matrizes de risco específicas para unidades orgânicas não consideradas na versão atual;
- Verificar se estão a ser contempladas nas matrizes de risco todas as principais atividades desenvolvidas pelas unidades orgânicas;
- 3. Reavaliar os riscos existentes e respetiva graduação atribuída bem como as medidas de prevenção e tratamento associadas;
- 4. Incluir os novos riscos e respetivas medidas identificadas pela Direção de Sistemas e Tecnologias de Informação (DSTI);
- 5. Promover mais medidas de divulgação do PGRCIC de modo a haver um maior conhecimento, envolvimento e comprometimento de todos os colaboradores;
- 6. Elaborar relatórios de execução semestrais, que devem ser aprovados e divulgados pelo Conselho Diretivo;
- 7. Articular com os riscos identificados no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ);
- 8. Articular com a Estratégia de Gestão de Risco corporativo a implementar na organização;

Nesta versão revista do PGRCIC teve-se, ainda, em consideração as Recomendação do CPC de 7 de novembro de 2012, relativa à Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público.



Neste sentido, são objetivos deste documento:

- Dar cumprimento à necessidade de atualização periódica do PGRCIC;
- Dar cumprimento às recomendações descritas no Relatório de Execução do PGRCIC relativo a 2016;
- Assegurar a implementação do estatuído na Recomendação do CPC de 7/novembro/2012;
- Reavaliar os riscos de corrupção e infrações conexas relativamente a cada atividade;
- Propor medidas preventivas da ocorrência de riscos, ou para a sua minimização;
- Redefinir os vários responsáveis envolvidos na gestão do plano e proceder à sua identificação;

O INFARMED, I.P. encontra-se a desenvolver uma Estratégia de Gestão de Risco Organizacional, com o objetivo de integrar no futuro os diferentes mecanismos de gestão de risco organizacional já existentes, de que o PGRCIC é exemplo.



# 1. ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL

#### 1.1.NATUREZA E ÂMBITO DE ATUAÇÃO

O INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., é um instituto público integrado na administração indireta do Estado e dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, que exerce a sua atividade sob a tutela do Ministro da Saúde, e rege-se pelo Decreto-Lei n.º 46/2012 de 24 fevereiro (Lei Orgânica) e pela Portaria n.º 306/2015 de 23 de setembro (Estatutos).

As suas atribuições são desenvolvidas nos domínios da regulação, investigação, produção, avaliação e autorização, inspeção, controlo analítico, distribuição, comercialização, monitorização do mercado e utilização de medicamentos de uso humano e de produtos de saúde.

Acrescem as funções de Autoridade Nacional Competente em matéria de medicamentos e produtos de saúde e de Laboratório de Referência para a Comprovação da Qualidade dos Medicamentos, no quadro da rede de Laboratórios Oficiais de Controlo do Conselho da Europa (OMCL).

As funções que competem a Portugal, no quadro do Sistema Europeu do Medicamento, são asseguradas pelo INFARMED, I.P., garantindo a representação e a participação nos órgãos e atividades de avaliação e supervisão da Agência Europeia de Medicamentos nas instâncias próprias da Comissão Europeia, bem como na Rede Europeia de Autoridades do Medicamento e Produtos de Saúde.

O INFARMED, I.P. integra a Rede de Laboratórios Oficiais de Controlo e assegura a representação nacional junto da Farmacopeia Europeia e do Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes das Nações Unidas, no que concerne ao controlo dos estupefacientes e das substâncias psicotrópicas, e o sistema de monitorização de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Centro de Monitorização de Uppsala.

O INFARMED, I.P. intervém no Fórum das Agências Reguladoras do Medicamento do Espaço Lusófono (FARMED) colaborando regularmente com os países que este integra, designadamente, Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, mantendo ainda um protocolo de colaboração com a região administrativa especial de Macau.



Para além dos acordos com países de língua portuguesa, o INFARMED, I.P. promove diversas ações bilaterais de cooperação com outros países destacando-se os países da América Latina, através do EAMI (Grupo de Autoridades Competentes em Medicamentos dos Países Ibero-Americanos), os países do Golfo Pérsico, Arábia Saudita e Emirados Árabes Unidos, para agilizar o processo de registo e de inspeção para os medicamentos portugueses, e a cooperação com a República Popular da China, na área do medicamento, dispositivos médicos e cosméticos.

#### 1.2. MISSÃO, VISÃO E VALORES

#### MISSÃO

O INFARMED, I.P. tem por missão regular e supervisionar os sectores do medicamento e produtos de saúde, segundo os mais elevados padrões de proteção de saúde pública e garantir o acesso dos profissionais de saúde e dos cidadãos a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros.

#### VISÃO

O INFARMED, I.P. tem como visão ser um modelo de excelência na prestação de um serviço público de qualidade e uma agência de referência na UE, nos sectores do medicamento e produtos de saúde.

Esta visão tem subjacentes dois aspetos que passamos a aprofundar:

Ser um modelo de excelência na prestação do serviço público nacional.
 É dever do INFARMED, I.P., enquanto organismo do Estado que serve os cidadãos, prestar um serviço público de excelência no âmbito da missão que lhe foi confiada.

#### • Ser uma agência de referência a nível europeu.

A integração europeia é cada vez mais uma realidade na atividade reguladora das áreas dos medicamentos e produtos de saúde. O INFARMED, I.P. pretende assumir-se como uma agência referência no contexto europeu, o que lhe permitirá liderar os processos, obter os conhecimentos, as competências e aproveitar novas oportunidades de negócio para a organização.



#### **VALORES**

O comportamento dos colaboradores do INFARMED, I.P. pauta-se por um conjunto de princípios e valores que enquadram e definem o quadro de referência para o processo de tomada de decisão a nível ético e técnico:

- Vivemos a nossa responsabilidade social
- Acreditamos na transparência
- Aceitamos o desafio da competência
- Acolhemos o inconformismo
- Somos uma equipa
- Acreditamos que comunicar é a chave do sucesso
- Assumimos a responsabilidade
- Queremos evoluir
- Estamos envolvidos

#### 1.3. DEVERES DOS TRABALHADORES QUE EXERCEM FUNÇÕES PÚBLICAS

Os colaboradores do INFARMED, I.P. são trabalhadores em funções públicas, estando obrigados aos deveres gerais enunciados na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas:

- Dever de prossecução do interesse público consiste na sua defesa, no respeito pela Constituição, pelas leis e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (art.º 73, n.º 3).
- Dever de isenção consiste em não retirar vantagens, diretas ou indiretas, pecuniárias ou outras, para si ou para terceiro, das funções que exerce (art.º 73, n.º 4).
- Dever de imparcialidade consiste em desempenhar as funções com equidistância relativamente aos interesses com que seja confrontado, sem discriminar positiva ou negativamente qualquer deles, na perspetiva do respeito pela igualdade dos cidadãos (art.º 73, n.º 5).
- Dever de informação consiste em prestar ao cidadão, nos termos legais, a informação que seja solicitada, com ressalva daquela que, naqueles termos, não deva ser divulgada (art.º 73, n.º 6).
- Dever de zelo consiste em conhecer e aplicar as normas legais e regulamentares e as ordens e instruções dos superiores hierárquicos, bem como exercer as funções de acordo com os



objetivos que tenham sido fixados e utilizando as competências que tenham sido consideradas adequadas (art.º73, n.º 7).

- Dever de obediência consiste em acatar e cumprir as ordens dos legítimos superiores hierárquicos, dadas em objeto de serviço e com a forma legal (art.º 73, n.º 8).
- Dever de lealdade consiste em desempenhar as funções com subordinação aos objetivos do órgão ou serviço (art.º 73, n.º 9).
- Dever de correção consiste em tratar com respeito os utentes dos órgãos ou serviços e os restantes trabalhadores e superiores hierárquicos (art.º 73, n.º10).
- Deveres de assiduidade e de pontualidade consistem em comparecer ao serviço regular e continuamente e nas horas que estejam designadas comparecer ao serviço nos dias a que está obrigado (art.º 73, n.º 11).
- O trabalhador tem o dever de frequentar ações de formação e aperfeiçoamento profissional na atividade em que exerce funções, das quais apenas pode ser dispensado por motivo atendível (art.º 73, n.º 12).

#### 1.4.TRANSPARÊNCIA

A crescente globalização do sector regulado pelo INFARMED, I.P. e o aumento das expectativas da sociedade têm trazido novos desafios às autoridades reguladoras em matéria de transparência. O INFARMED, I.P., enquanto prestador de um serviço público, reconhece a importância da divulgação não apenas de produtos e das suas atividades, como também do processo de decisão.

O tema da transparência é, aliás, muito debatido a nível europeu, em particular no contexto das atividades da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) e do grupo dos Chefes de Agências de Medicamentos da UE (HMA), que o INFARMED, I.P. integra.

A página eletrónica do INFARMED, I.P. (www.infarmed.pt) é o seu principal veículo de divulgação de informação e transparência, divulgando grande parte das suas atividades e atos, quer de negócio quer a nível institucional.



#### 1.5. POLÍTICA DA QUALIDADE

O INFARMED, I.P. prossegue a sua missão seguindo uma política de qualidade assente em quatro vetores:

- Satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes e parceiros: preocupando-se em corresponder aos requisitos dos seus clientes, identificados a partir de inquéritos de satisfação, reclamações, dados de organismos do sector, sugestões, parcerias/pedidos de colaboração, reuniões do Conselho Consultivo. Estes elementos são fundamentais na identificação de níveis de serviço a prestar, nomeadamente no que respeita ao cumprimento de prazos, à inexistência de conflitos de interesses e à garantia de imparcialidade relativamente às entidades supervisionadas.
- Qualificar os seus colaboradores: investindo na formação identificada como necessária para o correto desempenho das atividades, a qual é posteriormente avaliada quanto à eficácia.
- Garantir o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares aplicáveis ao sector: prosseguindo a sua atividade no estrito cumprimento dos requisitos legais e regulamentares que se lhe aplicam.
- Otimizar e melhorar os seus processos e eficácia do seu Sistema de Gestão da Qualidade: promovendo continuadamente a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a sua contínua adaptação aos requisitos das entidades com quem se relaciona, investindo na constante evolução do Sistema de Gestão da Qualidade.

Os processos que integram o Sistema de Gestão da Qualidade (SIGQ) do INFARMED, I.P. encontramse agrupados em 3 classes, com interações entre si:

- Processos de Planeamento e Gestão: relacionados com o planeamento e monitorização da atividade do INFARMED, I.P. e melhoria contínua do sistema;
- II. **Processos de Negócio**: relacionados com a realização se serviço;
- III. Processos de Suporte: de suporte aos processos de negócio



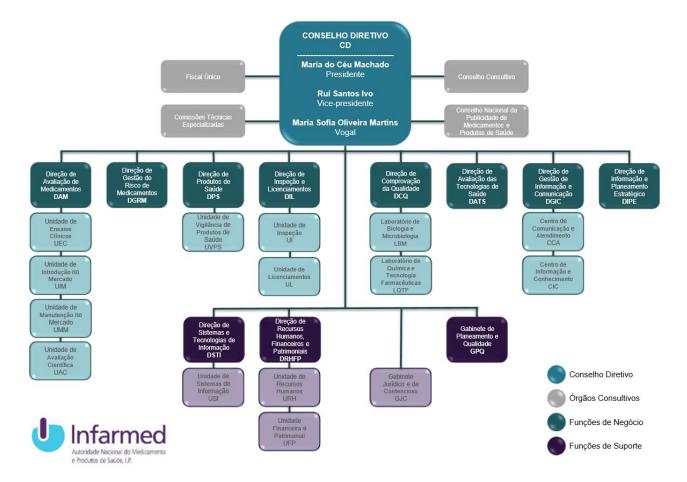
#### 1.6.ORGANIZAÇÃO

O INFARMED, I.P. é dirigido por um Conselho Diretivo, composto pelo Presidente, vice-presidente e vogal.

São Órgãos do INFARMED, I.P.:

- O Conselho Diretivo;
- O Fiscal Único;
- O Conselho Consultivo;
- As Comissões Técnicas Especializadas;
- O Conselho Nacional de Publicidade de Medicamentos e Produtos de Saúde;

A organização interna do INFARMED, I.P. é constituída, por Unidades Orgânicas, organizando-se em Funções de Negócio e Funções de Suporte, devidamente representadas no seu Organograma, que se apresenta na página seguinte.





#### 1.7.INSTRUMENTOS DE GESTÃO

No **domínio estratégico** as atividades de gestão são orientadas e suportadas pelos seguintes instrumentos:

- Programa de Governo, para a área da saúde e programas conexos;
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016;
- Plano Estratégico 2017-2019 do INFARMED, I.P.;
- Mapa Estratégico dos Heads of Medicines Agencies;
- Objetivos Estratégicos definidos anualmente pelo Conselho Diretivo.

No domínio da **gestão administrativa e financeira** e **controlo de gestão** são elaborados os seguintes instrumentos de gestão:

- Plano de Atividade e Orçamento anual;
- Relatório de Atividades;
- Sumários executivos trimestrais;
- Relatórios de Execução Orçamental;
- Relatório e Contas anuais (de acordo com os princípios preconizados no POCP);
- Balanço Social;
- Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR);
- Balanced Scorecard (BSC)
- Plano de gestão do risco operacional da atividade financeira

No âmbito das suas **políticas de gestão** importa ainda destacar um conjunto de normativos e práticas pelos quais o INFARMED, I.P. se pauta, designadamente:

- Manual de acolhimento;
- Código de Conduta;



# 2. RISCOS E RESPETIVAS MEDIDAS DE MITIGAÇÃO E TRATAMENTO

#### 2.1.CONCFITOS

#### **RISCO**

O termo Risco é utilizado de forma generalizada para designar o resultado objetivo da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, aleatório, futuro, e o impacto resultante caso ele ocorra.

O simples facto de uma atividade existir abre a possibilidade da ocorrência de eventos ou combinação deles, cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens ou ameaças ao sucesso.

#### GESTÃO DO RISCO

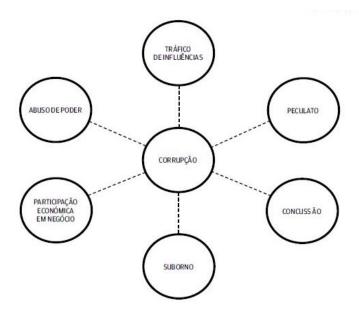
A gestão de riscos é entendido como o processo através do qual se analisam os riscos inerentes às respetivas atividades, com o objetivo de identificar e estimar a probabilidade de ocorrência e de controlar a sua ocorrência, através de medidas que permitam evitar, reduzir e/ou assumir os riscos.

A gestão de riscos é entendida como um processo contínuo e em constante desenvolvimento aplicado à estratégia da instituição e à implementação dessa mesma estratégia, e integra-se na cultura institucional, com uma política eficaz e um programa conduzido pelos dirigentes máximos.



#### CORRUPÇÃO

A corrupção consiste na prática de um qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro, (art.º 372 e seguintes do Código Penal).



#### CORRUPÇÃO ATIVA

Situação em que um individuo, por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, dá ou promete a um funcionário, ou a terceiro com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial que ao funcionário não seja devida (art.º 374 do Código Penal).

#### CORRUPÇÃO PASSIVA

Situação em que o funcionário por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, solicita ou aceita, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação (art.º 373 do Código Penal).

#### **CRIME CONEXO**

O crime conexo (ou infração conexa) consiste no ato em que se obtém uma vantagem (ou compensação) devida, sendo exemplos, o suborno, o peculato, a concussão, o tráfico de influência, a participação económica em negócio e o abuso de poder.



#### 2.2. FATORES DE RISCO

Sendo múltiplos os fatores que potenciam a ocorrência de riscos de corrupção de infrações conexas, e que levam a que uma determinada atividade comporte um maior ou menor risco, identificam-se alguns cuja ausência potencia o risco:

- Recrutamento para o exercício de funções públicas de pessoal com um perfil técnico e comportamental adequado;
- Uma cultura de responsabilização dos dirigentes de topo e intermédios pela prática de gestão danosa;
- Formação/sensibilização nos domínios da ética e da conduta, e consciencialização para os riscos de corrupção inerentes ao desempenho de determinadas funções;
- Motivação dos trabalhadores no exercício de funções públicas;
- Robustez dos Sistemas de Controlo Interno;
- Eficácia dos Sistemas de Gestão da Qualidade.

#### 2.3.ÁREAS DE RISCO

Os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, configuram potenciais desvios no desenvolvimento da atividade, gerando impactos nos seus resultados. Tendo em vista a eliminação e/ou minimização da sua ocorrência, torna-se indispensável proceder a uma adequada identificação das áreas suscetíveis de comportarem riscos de corrupção e que, no INFARMED, I.P., correspondem às seguintes áreas de negócio:

- Avaliação e vigilância de medicamentos;
- Avaliação, supervisão e vigilância de Produtos de Saúde;
- Avaliação de tecnologias da saúde;
- Licenciamento e inspeção;
- Comprovação da qualidade;
- Informação estratégica;
- Comunicação externa.



Bem como às áreas de suporte:

- Gestão de recursos financeiros e patrimoniais;
- Gestão de recursos humanos;
- Gestão de tecnologias de informação;
- Apoio Jurídico e de Contencioso;
- Planeamento e Qualidade.

#### 2.4. APRECIAÇÃO DO RISCO

A metodologia de apreciação dos riscos de corrupção e infrações conexas a que se encontram expostas as atividades do INFARMED, I.P., visou:

- Identificar os potenciais riscos;
- Classificar o risco atendendo à sua probabilidade de ocorrência e impacto;
- Definir medidas preventivas da ocorrência desses riscos.

A identificação dos riscos exige um conhecimento profundo da instituição e do contexto no qual se insere, pelo que foi solicitado a todos os serviços, particularmente aos dirigentes e gestores da qualidade, a colaboração na identificação dos riscos.

Os riscos foram identificados quer para as atividades transversais a toda a organização quer para as respeitantes à atividade específica de cada Direção. Nestas últimas, sempre que aplicável, as matrizes de risco foram orientadas segundo os processos desenvolvidos na Direção e que integram o Sistema de Gestão da Qualidade (SIGQ) do INFARMED, I.P., numerados de acordo com a árvore de processos.

Cada risco identificado foi classificado de acordo com a probabilidade de ocorrência e o impacto. Para este plano foram utilizados os seguintes critérios:

	Probabilidade de ocorrência		
Alta (provável)	Com forte possibilidade de ocorrência durante o ano, o risco decorre de processos frequentes e correntes da organização.		
Média (possível)	Com possibilidade de ocorrência ao longo do ano mas de modo esporádico.		
Baixa (remota)	Sem possibilidade de ocorrência ou ocorrência em circunstâncias excecionais.		



	Impacto (Gravidade da consequência)
Alto	Impacto significativo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização. Grande preocupação dos intervenientes.
Médio	Impacto moderado sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização. Preocupação moderada dos intervenientes.
Baixo	Impacto baixo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização. Preocupação reduzida dos intervenientes.

O <u>nível de risco</u> resulta da combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência de acordo com a matriz ilustrada no quadro seguinte.

Probabilidade Impacto	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Baixo (1)	Fraco (F)	Fraco (F)	Moderado (M)
Médio (2)	Fraco (F)	Moderado (M)	Elevado (E)
Alto (3)	Moderado (M)	Elevado (E)	Elevado (E)

De modo a facilitar a classificação da probabilidade e impacto foi definido e utilizado nas matrizes de identificação dos riscos, Anexo I, o seguinte critério numérico:

$$1 - Baixo(a)$$
  $2 - Médio(a)$   $3 - Alto(a)$ 



Os resultados apresentam-se sistematizados nas matrizes de risco apresentadas no Anexo I, com a seguinte organização:

- Matriz I: Riscos transversais a toda a organização;
- Matriz II: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DAM;
- Matriz III: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGRM;
- Matriz IV: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DPS;
- Matriz V: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIL;
- Matriz VI: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DCQ;
- Matriz VII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DATS;
- Matriz VIII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIPE;
- Matriz IX: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DSTI;
- Matriz X: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DRHFP;
- Matriz XI: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGIC;
- Matriz XII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pelo GJC;



# 3. PREVENÇÃO E GESTÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

#### 3.1.CONCEITO

De acordo com a Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) n.º 5/2012, de 7 de novembro, o conflito de interesses no setor público pode ser definido como:

"... qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam por em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas.

Podem igualmente ser geradoras de conflito de interesses, situações que envolvam trabalhadores que deixam o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outros, porque participaram direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram, ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exercem funções, através de ex-colaboradores."



#### 3.2. DEVERES DOS COLABORADORES EM MATÉRIA DE CI

Todos os colaboradores do INFARMED, I.P. são responsáveis pela prevenção, deteção e gestão de situações de conflito de interesses que ocorram na organização, devendo:

- Cumprir escrupulosamente o descrito no Código de Conduta da organização, mesmo após a cessação de funções na organização;
- Executar o descrito no Procedimento Operacional de Gestão Administrativa de Recursos Humanos relativo à Gestão da Declaração de Conflitos de Interesses;
- Autoavaliar a existência de conflitos de interesses a cada matéria que lhe seja confiada;
- Reportar qualquer situação em que se possam encontrar envolvidos ou suspeita de casos terceiros;
- Sempre que pretendem exercer funções em acumulação, preencher formulário próprio, que é visado pelo superior hierárquico e sujeito à prévia autorização do Conselho Diretivo;
- Na distribuição de processos, ter sempre em consideração o conteúdo das Declarações Públicas de Interesses dos colaboradores e/ou membros das Comissões;

O INFARMED, I.P. acionará todos os meios disciplinares e/ou legais ao seu alcance para agir sobre os colaboradores e ex-colaboradores que violem os deveres acima identificados.



#### 3.3. MEDIDAS JÁ EXISTENTES

De acordo com a Recomendação CPC n.º 5/2012, de 7 de novembro, as entidades de natureza pública devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais.

Atualmente, o INFARMED, I.P dispõe já de alguns mecanismos com vista à prevenção e monitorização dos conflitos de interesses para atividades potencialmente mais expostas aos conflitos de interesses, dos quais se destaca:

ATIVIDADE	MEDIDA
Geral	Código de Conduta Artigo 8.º (Princípios da imparcialidade e independência) 3 — Nenhum colaborador do INFARMED, I. P., poderá aceitar dos clientes quaisquer valores, prendas ou ofertas, independentemente do seu valor, diretamente ou por interposta pessoa. 4 — O colaborador do INFARMED, I. P., deve abster- se de participar na tomada de decisões que envolvam os seus próprios interesses ou os da sua família, parentes e amigos ou outros cujos interesses possa, inadvertidamente, beneficiar.
Gestão Administrativa de Recursos Humanos	No âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, existe um Procedimento Operacional relativo à Gestão da Declaração Pública de Interesses.  Este procedimento operacional tem como objetivo definir as regras a adotar para deteção, análise e tratamento de eventuais incompatibilidades ou impedimentos dos colaboradores e demais intervenientes nas diversas atividades asseguradas pelo Instituto.  Todos os colaboradores do INFARMED, I.P. quando iniciam funções na instituição assinam uma Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, comprometendo-se a:  a) Pedirei dispensa de intervir em procedimentos, funções e/ou atividades, sempre que ocorra qualquer circunstância que possa razoavelmente suspeitar-se da minha isenção ou da retidão da minha conduta, designadamente nas situações constantes do art.º48 do Código do Procedimento Administrativo.  b) Caso surja qualquer alteração ao acima descrito, comprometo-me a completar imediatamente a Declaração Pública de Interesses, sem prejuízo de a atualizar anualmente.  c) Além dos interesses acima declarados, não possuo outros interesses ou factos que devam ser do conhecimento do INFARMED e do público em geral.  Esta declaração é feita digitalmente e encontra-se acessível para consulta no site da instituição.  Todos anos em janeiro é solicitado a todos os colaboradores a renovação da declaração, independentemente da data de expiração da validade da mesma.
Aquisição de bens e serviços e procedimentos concursais para contratação de RH (júris de concursos)	Os membros do júri de processos de aquisição de bens e/ou serviços necessitam de preencher sempre uma Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, adaptada a cada processo.  Na primeira reunião após conhecimento da lista de candidatos, os Presidentes de Júri dos Concursos (relativos às áreas de Recursos Humanos e da Contratação Pública) devem verificar o registo de interesses e inquirir sobre isso os membros do júri presentes, de modo a identificar qualquer conflito de interesses relativamente à lista em referência. Tal facto fica registado em ata.



ATIVIDADE	MEDIDA
Acumulação de funções	Todos os colaboradores do INFARMED, I.P. que pretendam acumular outras funções necessitam de preencher um formulário próprio. O pedido de acumulação de funções é visado pelo superior hierárquico e sujeito a prévia autorização do Conselho Diretivo.
Monitorização da segurança de Medicamentos de Uso Humano	Existem duas tipologias de avaliadores que colaboram com a DGRM:  - Nas atividades clínicas de rotina: declaração de interesses para ambos os avaliadores;  - Na avaliação de processos: todos os avaliadores da CAM são obrigados a declarar os seus interesses anualmente no portal e sempre que haja lugar a alterações.  As declarações de interesses dos peritos estão publicadas na intra e internet.
Contratação das Unidades de Farmacovigilância	Na contratação das Unidades de Farmacovigilância é exigido a estas estruturas a existência de DPI a todos os colaboradores.  Compete à Unidade manter e gerir estas declarações e garantir que a atribuição de tarefas tem em conta eventuais interesses declarados. Esta informação consta dos contratos e cadernos de requisitos assinados entre as partes.  Esta responsabilidade do adjudicatário, bem como todas as outras contratualmente estabelecidas, são objeto de verificação no âmbito das auditorias que o INFARMED, I.P. realiza pelo menos 1 vez por ano às Unidades.
Autorização de introdução no mercado e registo de medicamentos, Ensaios Clínicos	São solicitadas declarações (anuais) a todos os colaboradores da DAM, bem como aos peritos externos e membros da CAM, onde são declarados os interesses existentes, ou a sua ausência.  - Cada avaliador da CAM tem que entregar declaração anual (ou sempre que a declaração já entregue tenha sofrido alterações a sua atualização) de ausência ou potencial presença de algum interesse financeiro direto ou indireto, na atualidade ou retrospetivamente até 5 anos atrás com fins académicos ou não académicos com uma ou mais empresas/produtos ou empresas/produtos concorrentes, das áreas da atividade dos setores do INFARMED, I.P. que requerem avaliação regulamentar e científica.  - Aquando da atribuição de um pedido de parecer a um avaliador é consultada a declaração de conflito de interesses em vigor do potencial avaliador e avaliada a ausência de conflito ou caso exista algum potencial conflito avaliação do seu grau, em especial se a área de conhecimento do avaliador é exclusiva ou limitada em número entre os membros da CAM. Este procedimento é tido em especial atenção na atribuição de pedidos de parecer na área dos ensaios clínicos já que os mesmos não podem ou não devem estar localizados nas instituições onde o avaliador desempenha a sua atividade profissional principal. Também neste caso, os avaliadores pertencentes à CEIC são excluídos por conflito de interesses entre a atividade do INFARMED, I.P. e da CEIC na área dos ensaios clínicos.  - No início de cada sessão da CAM ou de uma das suas subcomissões, o elemento da direção que preside à reunião questiona os avaliadores sobre potencial conflito de interesses relativamente aos processos em discussão, devendo o avaliador se abster de opinião desse(s) processo(s).  Faz parte integrante do Sistema de Gestão da Qualidade um Procedimento Operacional de Avaliação Técnico — Científica e uma Instrução de Trabalho de Recolha, controlo do preenchimento e verificação das declarações de interesses dos membros da CAM.
Aprovação e revisão de preços, comparticipação ou avaliação prévia para efeitos de financiamento pelo SNS, AUE hospitais do SNS	É procedimento da DATS solicitar, para todos os processos com peritos da CATS, a declaração de interesses, identificando o nome do medicamento e empresa titular da sua autorização no mercado. Apenas em caso de não existência de conflito de interesse é que o processo (e a sua documentação) será distribuído para avaliação dos peritos.  Além do referido, os membros nomeados para a CATS estão obrigados a, anualmente:  - Submeter a declaração de inexistência de incompatibilidades;  - Submeter a declaração pública de interesses.
Monitorização do Mercado	Para todos os pedidos de natureza política e de impacto, foram elaborados memorandos que contemplam um conjunto de critérios que permitem ao técnico proceder à fundamentação obrigatória prevista. No que se refere à avaliação da complexidade dos assuntos, se estes consubstanciarem medidas políticas e de impacto, os mesmos serão objeto de despacho da Diretora.
Inspeção	No planeamento das inspeções a realizar é tida em consideração a declaração de interesses que todos os inspetores, enquanto colaboradores do INFARMED, I.P., assinam anualmente.



#### 3.4. MEDIDAS A IMPLEMENTAR

Não obstante as medidas já implementadas, tendo por base as linhas orientadoras de gestão, no que respeita à prevenção de conflitos de interesses, enumeradas na Recomendação do CPC, identificamse na matriz de riscos transversais a toda a organização um conjunto de medidas adicionais para a prevenção da ocorrência de conflitos de interesses, a desenvolver no INFARMED, I.P.

RISCO	MEDIDAS	RESPONSÁVEL
	Integrar no processo "Gestão Administrativa de Recursos Humanos" referência aos deveres dos colaboradores do INFARMED, I.P. em matéria de conflitos de interesses	DRHFP
	Garantir a atualização do registo informático e a publicitação das declarações públicas dos interesses de todos os trabalhadores, incluindo dirigentes e membros do CD e dos membros nomeados para comissões	DRHFP
	Considerar conflitos de interesses na distribuição dos processos: análise das declarações públicas de interesses preenchidas anualmente pelos colaboradores	Dirigentes
Existência de conflitos de	Garantir a existência e monitorização da declaração pública de interesses para todos os membros nomeados para Comissões	DRHFP DRHFP
interesses	Solicitar aos prestadores de serviços com contratos de avença/tarefa a assinatura da declaração pública de interesses	
	Desenvolver ações de formação e/ou materiais de divulgação sobre esta temática	
	Atualizar o Manual de Acolhimento, de modo a integrar capítulo sobre Conflitos de Interesses	
	Formalizar mecanismos de reporte de situações de conflitos de interesses	
	Formalizar e divulgar o procedimento de acumulação de funções	DRHFP
	Criar mecanismos de prevenção e gestão de conflitos de interesses, que incluam o período que sucede aos exercício de funções na organização	CD



# 4. FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Na elaboração deste plano foram identificados como fatores críticos de sucesso para a sua implementação:

- A identificação clara das responsabilidades pela sua implementação;
- A gestão da comunicação no âmbito da divulgação do Plano;
- A monitorização da execução das medidas previstas.

## 4.1.REVISÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

Neste âmbito apresenta-se a matriz de responsabilidades, na qual se identificam os intervenientes e as respetivas funções e responsabilidades.

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
Conselho Diretivo	É o responsável máximo pelo Plano, concretizando-se esta responsabilidade na aprovação do mesmo.
Dirigentes /	Organização, aplicação e acompanhamento do Plano na parte respetiva;
Gestores da Qualidade	Apurar desvios e identificar medidas necessárias à correção dos mesmos.
	Garantir a monitorização do Plano;
Assessoria CD	Elaborar o relatório anual de execução do Plano;
	Assegurar a revisão e atualização do Plano.
Auditores da Qualidade	Avaliar, em auditoria interna, a execução das medidas previstas no plano.



#### 4.2. DIVULGAÇÃO DO PLANO

Um dos fatores críticos de sucesso identificados para a implementação do PGRCIC foi a gestão da comunicação no âmbito da divulgação do Plano.

Neste sentido, com o objetivo de assegurar um conhecimento aprofundado do PGRIC por todos os trabalhadores do INFARMED, I.P., em particular pelos que são responsáveis pela sua monitorização, os auditores internos, é estabelecido um conjunto de ações, cujo grau de implementação deve também ser objeto de monitorização.

Ainda em matéria de divulgação, importa assegurar que os trabalhadores estão conscientes das suas obrigações, nomeadamente no que se refere ao dever legal de denúncia do cometimento de infrações de que tenha conhecimento no exercício das suas funções ou por causa delas, bem como das medidas de proteção do denunciante previstas na Lei. O tratamento destas denúncias seguirá o previsto nos diplomas legais aplicáveis.

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
CD	Envio de Correio eletrónico a todos os trabalhadores com o PGRCIC
Assessoria CD	Disponibilização do PGRCIC no site do INFARMED, I.P e na intranet.
DRHFP	Realização de ações de formação, sobre temas relacionados com a corrupção e riscos conexas, para dirigentes e demais trabalhadores.
GPQ	Realização de reuniões de divulgação/esclarecimento para Auditores e Gestores da Qualidade para harmonização da metodologia de monitorização do PGRCIC a implementar nas auditorias internas.



## 4.3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO

Para efeitos de monitorização e avaliação do presente plano, serão adotadas diferentes medidas e instrumentos, referidos a seguir.

FUNÇÃO	RESPONSABILIDADE
GPQ/Auditores internos	Inclusão do PGRCIC nos documentos de referência do plano de auditoria interna
GPQ/ Auditores internos	Realização de auditorias internas
Dirigentes Assessoria CD	Relatório semestral – grau de cumprimento das medidas preventivas / Matriz
Assessoria CD	Elaboração do relatório de execução do PGRCIC
CD	Aprovação do relatório e divulgação a todos os trabalhadores
CD	Envio relatório para tutela e CPC

Para que o Plano cumpra a sua função é necessário o seu acompanhamento de forma dinâmica e a supervisão constante das atividades desenvolvidas pelo INFARMED, I.P.. Assim os dirigentes das várias Unidades Orgânicas desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção da corrupção, cabendo-lhes sobretudo supervisionar ativamente os seus colaboradores.

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.

A monitorização do PGRCIC deverá ser realizada periodicamente, para permitir a deteção de eventuais deficiências e a tomada das respetivas ações corretivas. Anualmente será realizada uma apreciação global e, se aplicável, emitidas recomendações a observar na revisão do Plano.

Apesar de estabelecida uma avaliação global anual, sempre que sejam detetados novos riscos que, pela sua importância ou impacto no INFARMED, I.P., impliquem uma revisão e/ou atualização deste Plano, deverão os mesmos ser comunicados superiormente, para possibilitar a tomada de medidas adequadas.



# 5. ANEXO - MATRIZES DE RISCO



# Matriz I: Riscos transversais a toda a organização

	E RISCO		AVALIAÇÃO								
ATIVIDADE			Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL					
					Assegurar a atualização do Código de Conduta e a sua divulgação aos trabalhadores						
	Quebra dos valores e deveres institucionais dos trabalhadores que exercem funções públicas (situações de inexistência de relação				Assegurar a atualização e divulgação do Manual de Acolhimento	DRHFP					
		1	3	М	Assegurar a divulgação permanente da missão, visão e valores da Instituição	GPQ					
	hierárquica formal)				Assegurar que para as estruturas informais são claramente definidas as responsabilidades, incluindo a quem respondem hierarquicamente.	CD					
					Garantir o cumprimento do programa anual de auditorias aos processos de trabalho	GPQ					
	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade no desempenho das atividades asseguradas	1	2	F	Consolidar e alargar o âmbito do Sistema de Gestão de Qualidade assegurando a existência de normas e procedimentos escritos rastreáveis, a identificação de responsáveis e níveis de responsabilidade e dinâmica dos mecanismos de controlo interno	GPQ Dirigentes					
v					Promover a dupla validação pela estrutura dirigente (direção ou unidade orgânica)	Dirigentes					
funções	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial / reservada				Definir e implementar uma política de segurança e controlo de acessos às instalações						
- Sur		2			Definir e implementar uma politica de segurança e controlo de acessos à informação em formato eletrónico	DSTI					
g g			3	E	Rever os procedimentos gerais e instrução de trabalho para definição do tratamento dos documentos confidenciais	DGIC Gestores da Qualidade					
profissional		2	3		Definir e implementar as políticas de utilização dos bens do Instituto						
<b>L</b> iss	Apropriação ou uso ilegítimo, de bens, fundos ou valores confiados aos trabalhadores em razão das suas funções			E	Reforçar o sistema de controlo interno no âmbito da gestão de stocks e imobilizado	DRHFP					
2	aos trabalhadores em razão das suas lunções				Reforçar o sistema de controlo interno no âmbito da gestão do fundo de maneio						
a)	I latilita a a a ciuda cida da frata a charactural a ana fina anticada a		2		Garantir a correta atualização, divulgação e cumprimento da Politica de utilização da frota						
ético	Utilização indevida da frota automóvel para fins privados	2	3	E	Implementar medidas de controlo interno da utilização das viaturas	DRHFP					
ét	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	2	2	M							
ie ie	Exercício de atividades privadas /públicas não autorizadas ou	2	2	м	Obrigatoriedade de apresentação de pedido de autorização prévia para acumulação de funções, de acordo com	Todos os					
Ţ.	durante o horário de trabalho				o procedimento em vigor						
Exercício	Comprometimento da isenção e imparcialidade no exercício de funções privadas / públicas	1	2	F		colaboradores					
					Publicar e divulgar (intra e internet) as delegações e subdelegações de competências	GJC					
	Abuso ou exercício indevido de autoridade delegada ou não delegada	1	3	М	Criar base de dados contendo todas as delegações e subdelegações de competências vigentes, revogadas ou caducadas	GJC					
					Criar procedimento que garanta a formalização de todas subdelegações de competências em vigor	CD / GJC					
					Justificar e documentar os resultados obtidos nos objetivos e competências que são apreciados em sede de	Dirigentes					
	A altagaran				SIADAP  Diminuir a subjetividade de avaliação das competências, pelo preenchimento individual da ficha de avaliação de competências						
	Avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou	3	3	E							
	prejudicando trabalhadores										
					Elaborar e aprovar o regulamento de funcionamento do Conselho Coordenador da Avaliação (CCA)	CCA					



ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade S de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Favorecimento ilícito e conluio nas diferentes fases do procedimento pré-contratual de aquisição de bens e/ou serviços	1	3	M	Utilização, sempre que aplicável, do Formulário de Aquisição de Bens e Serviços para justificação pormenorizada do pedido de aquisição de bens e/ou serviços, incluindo especificações técnicas e critérios de adjudicação objetivos e mensuráveis  Fomentar a segregação de funções e duplas validações, sempre que aplicável	Todos os colaboradores  Dirigentes
	Existência de conflitos de interesses	2	2		Existência de sistema de qualificação de fornecedores, com critérios bem definidos por categoria de compras Integrar no processo "Gestão Administrativa de Recursos Humanos" referência aos deveres dos colaboradores do INFARMED, I.P. em matéria de conflitos de interesses Garantir a atualização do registo informático e a publicitação das declarações públicas dos interesses de todos	DRHFP DRHFP
					os trabalhadores, incluindo dirigentes e membros do CD e dos membros nomeados para comissões  Considerar conflitos de interesses na distribuição dos processos: análise das declarações públicas de interesses preenchidas anualmente pelos colaboradores	DRHFP Dirigentes
				M	Garantir a existência e monitorização da declaração pública de interesses para todos os membros nomeados para Comissões	Secretariado Comissões DRHFP
					Solicitar aos prestadores de serviços com contratos de avença/tarefa a assinatura da declaração pública de interesses	DRHFP
					Desenvolver ações de formação e/ou materiais de divulgação sobre esta temática.	DRHFP
					Atualizar o Manual de Acolhimento, de modo a integrar capítulo sobre Conflitos de Interesses  Formalizar mecanismos de reporte de situações de conflitos de interesses	DRHFP CD
					Formalizar e divulgar o procedimento de acumulação de funções	DRHFP
					Criar mecanismos de prevenção e gestão de conflitos de interesses, que incluam o período que sucede aos exercício de funções na organização	CD



# Matriz II: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DAM

		AVAL	IAÇÃ	0		
PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco		RESPONSÁVEL
	Existência de conflito de interesses na distribuição e avaliação dos processos	1	2	F	Considerar conflitos de interesses na atribuição de processos e na discussão dos pareceres emitidos, com base nas declarações de inexistência de conflitos de interesses assinadas pelos avaliadores.  No âmbito do desenvolvimento informático de uma plataforma de gestão de processo, para	DAM DAM
					cada processo a avaliar deverá ser confirmada a não existência de conflitos de interesses por parte do avaliador.  Segregação de funções: validação dos pareceres pelos gestores, verificação pela Direção da	DSTI
TRANSVERSAIS A TODA DIREÇÃO: 16. Gestão de Ensaios Clínicos 17. Autorização de Introdução no Mercado	Desrespeito pelos critérios de avaliação	1	2	F	Comissão de Avaliação de Medicamentos (órgão consultivo, colegial) e discussão em plenário dessa Comissão dos pareceres de avaliação de AIMs, alterações e renovações  Em situações identificadas pelos gestores como potencialmente anómalas, transmissão da informação ao Diretor de Unidade e reapreciação do processo  Utilização de modelos de pareceres pré-definidos	DAM
18. Alterações à AIM 19. Autorização de Comercialização de Medicamentos 20. Renovação da AIM 21. Arbitragens	Existência de favorecimento no âmbito da gestão dos processos em avaliação	1	3	М	Avaliação realizada por equipas multidisciplinares  Identificação de critérios gerais de diferenciação no tratamento dos pedidos e divulgação desses critérios  Rastreabilidade dos intervenientes nos processos através dos sistemas informáticos  Monitorização trimestral dos prazos de decisão do INFARMED, I.P.	DAM
22. Avaliação Técnico-Científica	Distribuição desequilibrada dos processos para avaliação com eventual favorecimento de determinado (s) avaliador (es) com consequências na qualidade da avaliação	3	2	E	Distribuição equitativa dos processos, de acordo com o PO - AC 001 que estabelece os critérios gerais e específicos de atribuição do avaliador.  Segregação de funções: avaliadores propostos pelos gestores de processo e validados pela Comissão Coordenadora da Avaliação Técnico-científica  Valor a pagar aos avaliadores de acordo com o tipo de processo (ensaios clínicos, AIM; etc.) definido em tabela aprovada pelo Conselho Diretivo	DAM
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial	1	3	М	Considerar conflitos de interesses na atribuição de processos e na discussão dos pareceres emitidos, com base nas declarações de inexistência de conflitos de interesses assinadas pelos avaliadores.  Acesso aos sistemas informáticos de apoio às atividades através de <i>login</i> e <i>password</i>	DAM DSTI



# Matriz III: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGRM

		AVA	LIAÇÂ	ĬΟ		
PROCESSO/ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou	1	3	м	Considerar conflitos de interesses na atribuição de processos para avaliação e na discussão de pareceres.	
	uso indevido de informação confidencial.		3	IVI	Controlo de acesso ao Portal RAM, através de login e password por nível de utilizador e registo da atividade desenvolvida por cada acesso.	
11. Monitorização da segurança de					Realização das atividades, em regra, por equipas multidisciplinares.	
Medicamentos de Uso Humano (MUH)					Revisão dos relatórios de avaliação de Sinais, RPS, PGR, PASS e arbitragens por um técnico de farmacovigilância e por um membro do PRAC	
12. Implementação de medidas de minimização do risco de MUH	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na análise de informação de segurança		2	F	Verificação pela Direção da DGRM das propostas relacionadas com as diferentes atividades (envio de NUI/RA, divulgação de informação de segurança, aprovação dos materiais educacionais, validação das comunicações dirigidas aos profissionais de saúde, verificação das alterações C.I.z do tipo IAIN, propostas de implementação de outras medidas efetuadas pelos técnicos de farmacovigilância; artigos para o boletim de farmacovigilância verificados pelo editor)	DGRM
	Contratação por parte das Unidades de recursos				Auditorias anuais às unidades	
Monitorização das Unidades de Farmacovigilância	com conflitos de interesses	2	1	F	Clausulado do contrato prever a obrigatoriedade de preenchimento e manutenção atualizada das declarações de interesses de todas as pessoas afetas às unidades	



# Matriz IV: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DPS

		AVA	LIAÇ	ÃΟ		
PROCESSO/ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
TRANSVERSAIS A TODOS OS PROCESSOS/ATIVIDADES DA DIREÇÃO: 6. Registo e Validação de Produtos de Saúde 7. Supervisão da Conformidade do Mercado de Produtos de Saúde	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial	1	3	М	Controlo dos acessos às pastas de rede, de acordo com as áreas de atuação de cada técnico como definido no mapa de acessos/técnico Existência de proxys para receção e envio de informação, por área de ação (dispositivos, cosméticos e vigilância de dispositivos), exceto para a área dos dispositivos em que o proxy funciona, por norma, apenas para receção.  Registo informático de toda a documentação rececionada no âmbito do processo	DPS
8. Avaliação de Investigação Clínica de Dispositivos Médicos 10. Vigilância dos Produtos de Saúde	Desrespeito intencional pelos critério de avaliação e/ou ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na realização das ações	1	2	F	Controlo, pela cadeia de coordenação, de todas as propostas de ação referentes a supervisão de mercado de PS, investigação clínica de DM e ações de vigilância de PS  Cumprimento dos procedimentos escritos existentes e realização de auditorias no âmbito do SGQ	DPS
6. Registo e Validação de Produtos de Saúde	Antecipar, perante a ordem estabelecida, a emissão de documentos (certidões de registo e CVL) e atribuição de CDMs, com o intuito de beneficiar uma entidade	1	2	F	Monitorização dos desvios face à ordem de entrada, verificado trimestralmente pelo coordenador da atividade	DPS
7. Supervisão da Conformidade do Mercado de Produtos de Saúde	Alteração do curso normal das denúncias e/ou informação rececionada sobre PS para obtenção de vantagem indevida e/ou favorecimento ou prejuízo de terceiros	1	2	F	Controlo, pela cadeia de coordenação, de todas as propostas de ação referentes a supervisão de mercado  Utilização de email proxy para receção e envio de informação	DPS
8. Avaliação de Investigação Clínica de	Desrespeito intencional pelos critérios de avaliação e ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na realização das ações de avaliação da investigação clínica	1	2	F	Verificar as declarações de inexistência de incompatibilidades dos peritos de acordo com o objeto de investigação identificado pela DPS	DAM
Dispositivos Médicos	Adiar intencionalmente a concessão de autorização para estudo clínico	1	2	F	Monitorização trimestral do prazo legal estabelecido	DPS
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial relacionada com gestão e avaliação de incidentes, reações adversas e ações corretivas de segurança	1	2	F	Utilização de email proxy para receção e envio de informação	DPS
10. Vigilância dos Produtos de Saúde	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na Gestão e avaliação das notificações relativas a incidentes, reações adversas e ações corretivas de segurança	1	2	F	Controlo, pela cadeia de coordenação, de todas as propostas de ação referentes a ações de vigilância de PS  Cumprimento dos procedimentos escritos existentes e realização de auditorias no âmbito do SGQ	DPS



# Matriz V: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIL

		AVALIAÇÃO		ÃO			
PROCESSOS/ATIVIDADES	RISCO		Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL	
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso			Registar informaticamente toda a documentação rececionada no âmbito do processo			
	indevido de informação confidencial.	1	3	M	Implementar histórico de acessos, ações e consultas na Plataforma Licenciamento +	DIL/UL	
3. Licenciamento de Entidades					Reduzir tempo de decisão dos processos de transferência de farmácias		
	Prolongar intencionalmente a instrução dos processos		3	М	Existência de medidas de controlo dos prazos dos processos na plataforma Licenciamento + através de um	DIL/UL	
	, ,				sistema de alerta e previstas em procedimento escrito	,	
A A La de la Calada de la Calad	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso	2	_	_	Registar informaticamente toda a documentação rececionada no âmbito do processo	511 /1 II	
4. Autorização de Substâncias Controladas	indevido de informação confidencial.	2	3	E	Existência de um sistema de alerta para garantir o cumprimento do contingente nacional aquando da emissão de certificados de importação e exportação	DIL/UL	
Controladas	Incorreções intencionais na emissão dos certificados	2	3		Contratar mais Gestores de Processo	DIL/UL	
	incorreções intericionais na emissão dos certificados		,	_	Divulgar o Plano de Inspeções a realizar sem indicação das entidades em causa, sendo esta informação	DIL/UI	
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso				transmitida unicamente à equipa de inspeção responsável pela mesma.		
	indevido de informação confidencial.	1	3	M	Divulgar as ações inspetivas temáticas de investigação no próprio dia, ou dia(s) anterior(es), em função da		
					complexidade da ação e respetivo tempo de preparação e apenas à equipa inspetiva envolvida.		
		1			Realizar inspeções observadas, por inspetores de agências congéneres dentro do espaço da UE, que visam		
			3		garantir a aplicabilidade dos procedimentos aprovados	DIL/UI	
					Garantir a rotatividade das equipas nos processos (exceto nas inspeções de "follow up").	DIL/UI	
5. Inspeção a entidades	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na			м	Garantir que as equipas de inspeção são constituídas pelo menos por 2 inspetores	DIL/UI	
5. mspeşao a entidades	realização das atividades.				Garantir a uniformização de procedimentos, métodos e técnicas com emissão de procedimentos escritos,		
					guiões, manuais e checklists	DIL/UI	
					Constituição, sempre que aplicável, de equipas multidisciplinares - integração de elementos de outras		
					Direções na equipa inspetora	DIL/UI	
	Seleção discricionária de entidades objeto de atividade inspetiva	1	3	М	Planear as inspeções a entidades com base em critérios de Gestão de Risco definidos e o plano de	DIL/UI	
	Ausência de rigor, isenção e objetividade na realização				atividades para o ano em curso previamente aprovado  Criar regras legais nacionais relativas ao financiamento de despesas no âmbito de inspeções a Países		
	de inspeções a países terceiros	1	3	M	terceiros (definição de taxas alargando também a nível nacional)	DIL/UI	
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso						
24. Monitorização da	indevido de informação confidencial	1	3	М	Rastreabilidade do processo através de sistema informático (entrada, tratamento e saída)	DIL/EP	
Publicidade de MUH e Produtos de Saúde		1	2	М	Controlo, pela estrutura dirigente (unidade orgânica e direção), de todas as propostas referentes a	DIL/EP	
ue Jauue		1	3	IVI	processos.	DIL/EF	



PROCESSOS/ATIVIDADES	RISCO	Probabilidade B de ocorrência	Impacto Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na avaliação e decisão final (contraordenação, advertência ou Parecer Técnico)				Garantir que os processos de contraordenação e advertência são adstritos no mínimo a uma equipa de duas pessoas.	
25 Avelia 2 Defeia de	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial	1	3	M	Apenas utilização de emails institucionais na troca de informação	DIL/EP
25. Avaliação Prévia da Publicidade relativa a MUH e Produtos de Saúde	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na realização das atividades	1	3	M	Avaliar o desempenho dos peritos externos afetos a esta atividade	DIL/EP
Fioutios de Saude	Prolongar intencionalmente a instrução dos processos	1	3	M	Monitorização dos tempos de resposta nas principais fases do processo (incluindo atividade interna da unidade e dos peritos externos)	DIL/EP
Autorização para realização de eventos	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na realização das atividades	1	3	3	Existência de informação documentada do processo de autorização em pasta digital, acessível a todos os colaboradores	DIL/EP



# Matriz VI: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DCQ

	Identificação e descrição do risco		Avaliação de risco			
Processos/Atividade			Impacto	Grau de risco	Medidas de prevenção e tratamento do risco	Responsável pela Implementação
	Divulgação, eliminação, sonegação,				Controlo do acesso ao arquivo de informação	
1. Análise laboratorial Laboratório de Química e Tecnologia Farmacêutica /	manipulação ou uso indevido de informação confidencial.	1	3	М	Registo informático em Base de Dados de acesso controlado de toda a documentação	
Laboratório de Biologia e Biotecnologia	inomação comacidad.				rececionada no âmbito do processo Processo com 2 níveis de aprovação (Unidade orgânica) /autorização (Direção)	
					Processo com várias etapas de verificação (CAUL e COEL)	
					Existência de procedimento escrito para os procedimentos analíticos	
2. Análise dos processos de Emissão de					Realização de auditorias internas e externas aos procedimentos analíticos no âmbito da	DCQ
Certificados de Medicamentos Biológicos:					Acreditação pela NP ISO 17025 - aplicabilidade dos procedimentos aprovados	
CAUL - Certificado de Autorização de Utilização de Lote e COELL - Certificado Oficial Europeu de					Realização de auditorias externas, por auditores de agências congéneres dentro do espaço da	
Utilização de Lote	Ausência deliberada de rigor, isenção e				UE, coordenadas pelo Conselho da Europa, que visam garantir a aplicabilidade dos	
Otilização de Lote	objetividade na realização de ensaios laboratoriais	1	2	F	procedimentos aprovados	
Laboratório de Biologia e Microbiologia					Verificação pela estrutura dirigente (unidade orgânica e direção), de toda a documentação	
					referente aos processos analíticos  Registo informático em Base de Dados de acesso controlado e auditável, de toda a	
					documentação rececionada no âmbito do processo	
					Rotatividade dos Técnicos que executam as análises (Processo COEL)	
					Existência de procedimentos escritos de requisição, devolução e destruição de amostras	
	Apropriação ou uso ilegítimo de bens		١.	_	Controlo de acesso à amostroteca	
Controlo das existências da Amostroteca	confiados aos trabalhadores em razão das suas funções.	1	1	F	Registo de entradas e saídas em base de dados para controlo amostras (GPCQ)	
	suas iurições.				Existência de autos de destruição	
	Favorecimento ilícito e conluio nas				Justificação pormenorizada do pedido de aquisição de bens, incluindo especificações técnicas e critérios de adjudicação objetivos e mensuráveis.	
	diferentes fases do procedimento pré	1	1	F	Processo com diferentes níveis de validação e aprovação	
	contratual de aquisição de bens				Existência de um sistema de qualificação de fornecedores	
Gestão das existências no armazém	Amanaia a a a a a a a la a faire a de la casa				Existência de procedimentos escritos e modelos de requisição de material laboratorial	
	Apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores em razão das	1	1	F	Controlo de acesso ao armazém	
	suas funções.		1	F	Registo de entradas e saídas em base de dados para controlo de stocks (Gstocks)	
	Juda rungaca.				Realização de inventário anual dos produtos existentes no armazém	



# Matriz VII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DATS

				ÃO		
PROCESSO/ATIVIDADE	RISCO		Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Existência de conflito de interesses na avaliação	2	3	E	Solicitar aos peritos da CATS, em todos os processos, a declaração de inexistência de incompatibilidades, identificando o nome do medicamento e empresa titular da sua autorização no mercado  Análise da declaração de interesses solicitada para cada processo previamente à confirmação da alocação do perito ao processo	DATS
	Existência de favorecimento no âmbito da Gestão dos processos em avaliação	1	3	М	Identificação de critérios gerais de diferenciação no tratamento dos pedidos e sua divulgação Rastreabilidade dos intervenientes nos processos através dos sistemas informáticos	DATS
13. Comparticipação MUH em Ambulatório 26. Avaliação Prévia Hospitalar	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na avaliação ou desrespeito pelos critérios de avaliação nos pareceres emitidos	1	2	F	Definição e divulgação dos critérios de avaliação, nomeadamente através da existência de modelos de pareceres pré-definidos  Validação dos pareceres pelos avaliadores farmacêuticos e economistas internos  Revisão de pareceres realizada através de sufrágio de pareceres e/ou em reunião de peritos  Registo e sinalização para efeitos de reapreciação do processo em situações identificadas pelos avaliadores internos como potencialmente anómalas  Divulgação pública do resultado da avaliação ou do resumo dos pareceres (no caso de processos de comparticipação ou avaliação prévia)  Rastreabilidade dos intervenientes nos processos através dos sistemas informáticos	DATS
	Prolongar intencionalmente o processo de avaliação 1		1 3		Rastreabilidade dos tempos de avaliação, previstos na legislação e nas instruções de trabalho, através dos sistemas informáticos  Monitorização periódica do ponto de situação dos processos reportado à DATS	DATS
	Seleção discricionária de avaliadores	1	2	F	Segregação de funções na seleção dos peritos: propostos pelos gestores do processo (de acordo com as áreas de especialidade e disponibilidade demonstrada) e validados pela CE da CATS.	
	Alteração intencional dos termos acordados em sede de negociação na redação do contrato de financiamento de modo a favorecer a empresa		3	М	Participação do GJC na redação do contrato	DATS GJC
Gestão das notificações de indisponibilidade temporária de medicamentos	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na avaliação ou desrespeito pelos critérios de avaliação nos pareceres emitidos	1	2	F	Definição e divulgação dos critérios de avaliação, nomeadamente através da existência de modelos de avaliação de impacto pré- definidos	DATS
63. Regulamentação de Preços	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na avaliação	1	3	М	Definição, divulgação e aplicação dos critérios de avaliação através de Portaria e no site do INFARMED, I.P. Pedido de intervenção do GJC em avaliação de processos no caso de dúvidas na aplicação dos critérios ou em casos de vazio legal	DATS DATS GJC
	Prolongar intencionalmente o processo de avaliação	1	2	F	Rastreabilidade dos intervenientes nos processos através de registos informáticos	DATS



# Matriz VIII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DIPE

		AVA	LIAÇÂ	ŇΟ		
PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
15. Monitorização de Mercado	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade no tratamento dos dados e análises desenvolvidas	1	3	М	Atualização das instruções de trabalho no sentido de incluir uma dupla validação dos relatórios produzidos antes da sua publicação	
	Erro na extração de dados da BEMED	2	1	F	Revisão da construção da base de dados com a entidade fornecedora	
	Existência de conflito de interesses na seleção da medida a ser avaliada	1	3	М	Fundamentação obrigatória da seleção da medida a analisar	
Elaboração de estudos de	Existência de favorecimento no âmbito da apresentação dos				Identificação de todos os pressupostos metodológicos utilizados para a elaboração de estudos	DIPE
impacto de medidas a aplicar	resultados ou ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade	1	3	M	Rastreabilidade das versões elaboradas por todos os intervenientes – sistema de controlo de versões de documento.	
					Rastreabilidade dos intervenientes nos processos através dos sistemas informáticos	
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial	1	2	F	Controlo do acesso ao arquivo de informação (digital e físico)	



# Matriz IX: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DSTI

		AVA	LIAÇÂ	ŎÃ		
PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Prática ou omissão intencional de atos, em violação das regras e				Controlo dos acessos à rede, e-mail e sistemas de informação do INFARMED, I.P.	
53. Gestão de pedidos de serviço e	políticas de segurança aplicáveis à atribuição de acessos à rede	1	3	M	Definição da cadeia de responsabilização para atribuição de acessos	
incidentes	informática, com o fim de obtenção de vantagens indevidas				Definição de perfis de acesso para sistemas de informação	
	Atribuição indevida de hardware e/ou software	1	3	М	Definição da cadeia de responsabilização para atribuição de hardware e software	
					Possibilidade de consulta de logs de acesso à rede, e-mail e aplicações	
	Manipulação, eliminação ou uso indevido de informação	1	3	М	Possibilidade de consulta de operações realizadas no filesystem e aplicações	
					Realização de backups e restore de informação (filesystem, bases de dados e e-mail)	
					Controlo do pedido de acesso e/ou alteração à filesystem, e-mail e aplicações	
					Definição da cadeia de responsabilização para atribuição de acessos	
					Definição de perfis de acesso para filesystem, e-mail e aplicações	
	Gestão da ciberseguranca - Prática ou omissão intencional de				Possibilidade de consulta de logs de acesso à filesystem, e-mail e aplicações	
					Possibilidade de consulta de operações realizadas no filesystem e aplicações	DSTI
54. Gestão da segurança da informação					Realização de backups e restore de informação (filesystem, bases de dados e e-mail)	
	atos, em violação das regras e políticas de segurança aplicáveis à				Existência de software para condicionar a execução de software malicioso (ex: anti-	
	utilização da rede informática, com o fim de obtenção de	1	3	М	vírus, anti bot, anti malware)	
	vantagens indevidas				Controlo do acesso físico à rede (restringir a utilização do acesso à rede a	
					equipamentos autorizados pelo INFARMED, I.P.)	
					Monitorização e implementação de medidas aplicáveis a exploits (falhas de software	
					que colocam ou poderão colocar em risco o normal funcionamento do filesystem, e-	
					mail e aplicações). Garantir que o acesso à informação é realizado através de credenciais de acesso	
					especificas para cada utilizador.	
	Prática ou omissão intencional de atos, em violação das regras e				Copecinicas para cada denizador.	1
55. Gestão da continuidade e	políticas de segurança aplicáveis à utilização da rede informática,	1	3	м	Realização de backups e restore de informação (filesystem, bases de dados e e-mail)	
disponibilidade do serviço	com o fim de obtenção de vantagens indevidas					
56. Gestão de projetos de sistema de	Gestão de projeto negligente para obtenção de vantagem	1	2		Monitorização dos projetos: semanal pela equipa de gestão de projeto (área negócio e	
informação	indevida	1	2	M	DSTI) e mensal pelos Diretores de projeto (área de negócio e DSTI).	



# Matriz X: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DRHFP

			\LIAÇ <i>Î</i>	ÃO		
PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial presente nos processos individuais dos colaboradores	1	3	М	Arquivo dos processos individuais em armários fechados com acesso reservado Acesso às pastas de rede com dados dos colaboradores reservado aos membros da URH Acesso ao RHV através de login e password	
36. Gestão Administrativa de Recursos Humanos	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade no processamento de vencimentos, abonos e honorários.	1	3	М	Assegurar uma adequada segregação de funções no âmbito das diferentes fases do processo de pagamento de vencimentos  Documentar (procedimentos, instruções de trabalho e outras classes documentais) as atividades inerentes ao processamento de vencimentos  Definir check list de conferência dos vencimentos processados, a realizar por elemento da equipa distinto do responsável pelo processamento	
43. Avaliação do Desempenho	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na tramitação do processo administrativo de avaliação de desempenho	2	3	E	Assegurar a validação da informação preparada para a Ata do Conselho Coordenador da Avaliação (CCA) por um elemento da equipa distinto do responsável pela preparação da informação (controlo da nota atribuída pelo dirigente)  Assegurar a validação da informação carregada no RHV por um elemento da equipa distinto do responsável pelo carregamento (em fase após a homologação das notas atribuídas)  Assegurar a validação (verificação documental) das avaliações dos trabalhadores em condições de progredir no momento em é preparada a proposta de progressão/atribuição de prémios de desempenho, por um elemento da equipa distinto do responsável pela preparação da proposta	DRHFP
44. Recrutamento, Seleção e	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na tramitação das diversas fases dos procedimentos concursais de recrutamento de recursos humanos	1	2	F	Documentar (procedimentos, instruções e outras classes documentais) as atividades inerentes ao recrutamento  Adequar os métodos de seleção ao perfil da função privilegiando sempre que possível a prova de conhecimentos	
Acolhimento	Existência de favorecimento ilícito e/ou situações de conluio entre os candidatos e os elementos do Júri do procedimento concursal.	1	3	М	Verificar as situações de incompatibilidade dos membros dos júris dos procedimentos  Definir critérios que permitam que as decisões dos órgãos intervenientes no processo de decisão sejam percetíveis e sindicáveis  Rotatividade dos funcionários (externos à URH) para constituição de júri	
47. Gestão de Orçamento	Apropriação ou uso ilegítimo de fundos ou valores confiados aos trabalhadores em razão das suas funções.	1	2	F	Garantir o cumprimento dos procedimentos e normas sobre a utilização de Fundo Maneio Assegurar uma adequada segregação de funções no âmbito das diferentes fases dos processos de despesa e de receita Realizar atempadamente as reconciliações bancárias	



PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	AVALIAÇÃO		Ю		
		Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
					Assegurar que a movimentação das contas é feita de acordo com a regra: exigência de 2 assinaturas  Garantir que as transferências bancárias são realizadas de acordo com a regra vigente: 1 técnico emite a transferência e um dos dirigentes autoriza a transferência	
	Apropriação ou uso ilegítimo de bens confiados aos trabalhadores em razão das suas funções.	1	3	М	Implementar o Sistema de Inventário Permanente  Documentar (procedimentos, instruções e outros) as atividades inerentes ao sistema de gestão bens de imobilizado e à sua utilização	
	Prática ou omissão intencional de atos, em violação da lei, no âmbito dos processos de cobrança da receita.	1	2	F	Definir procedimentos no âmbito da gestão de contas corrente de clientes  Definir iniciativas a adotar junto das entidades faltosas no âmbito da cobrança coerciva  Adotar meios de pagamento eletrónicos: MB/VISA/TB  Recorrer à cobrança eletrónica / automatização da liquidação e cobrança de taxas	
50. Gestão de Compras (Tramitação prévia e Procedimentos Pré-contratuais)	Prática ou omissão de ato, no âmbito da manifestação da necessidade de aquisição de um bem ou serviço, com o fim obter vantagens indevidas.	1	3	М	Definir Planos anuais de compras  Garantir o cumprimento dos procedimentos, normas e modelos referentes à identificação de necessidades	
	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade na Tramitação Prévia e na tramitação das diversas fases dos procedimentos pré-contratuais	1	3	F	Recorrer a instruções de trabalho, modelos e minutas que promovam o rigor e objetividade na preparação das peças do procedimento	
	Favorecimento ilícito e conluio nas diferentes fases do procedimento pré contratual: - Seleção das entidades a convidar para procedimentos por ajuste direto; - Preparação das peças; - Avaliação e hierarquização das propostas	1	3	M	Implementar um sistema de qualificação de fornecedores, com critérios bem definidos por categoria de compras  Convidar elementos externos à organização para constituição de júri em concursos de maior risco (em função do valor e complexidade técnica)  Elaborar peças dos procedimentos com especificações técnicas bem definidas e critérios de adjudicação objetivos e facilmente mensuráveis e modelos de avaliação bem definidos  Verificar as situações de incompatibilidade dos membros dos júris dos procedimentos	
50. Gestão de Compras (Celebração e execução do contrato)	Existência de erros e omissões deliberadas na redação dos termos contratuais, em violação da lei e/ou do Caderno de Encargos do procedimento, com o fim de obtenção de vantagens indevidas	1	2	F	Recorrer a modelos e minutas que garantam a legalidade das cláusulas contratuais e que existe correspondência entre as cláusulas contratuais e o caderno de encargos do procedimento	
	Prática ou omissão intencional de atos, em violação das cláusulas do contrato, com o fim de obtenção de vantagens indevidas	1	2	F	Assegurar a avaliação do contrato por forma a garantir a sua pontual execução e o acionamento, se devido, das cláusulas penalidades e/ou rescisão	
61. Controlo Interno	Ausência deliberada de rigor, isenção e objetividade	1	2	F	Assegurar que quem executa as atividades de controlo interno não intervém nos processos a controlar	



# Matriz XI: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pela DGIC

		AVALIAÇÃO		ÃΟ		
PROCESSO / ATIVIDADE	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDA	RESPONSÁVEL
27. Gestão da Comunicação	Favorecimento ilícito e conluio nas diferentes fases do procedimento pré contratual de aquisição de serviços na área da comunicação	1	1	F	Justificar pormenorizadamente o pedido de aquisição de bens e/ou serviços, incluindo especificações técnicas e critérios de adjudicação objetivos e mensuráveis no formulário criado para o efeito - Formulário de Aquisição de Bens e Serviços	DGIC
28. Gestão do Atendimento	Alteração intencional da ordem de resposta aos pedidos de informação, para favorecimento de uns em detrimento de outros	1	1	F	Especificar no procedimento que os pedidos são respondidos por ordem de entrada, excepto casos específicos: critério de urgência, respostas-tipo imediatas	DGIC
30. Gestão do CDTC	Apropriação indevida de bibliografia disponibilizada pelo CDTC	1	2	F	Existência de Regulamento de funcionamento do CDTC, disponível na intranet  Atualizar permanentemente a base de dados de cedências  Existência de ponto de contacto para os empréstimos permanentes - Responsável Local pelas  Publicações em Empréstimo Permanente	DGIC
31. Gestão do Expediente	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial.	1	2	F	Registo informático em Base de Dados de acesso controlado a toda a documentação do expediente  Existência de procedimento escrito para o desenvolvimento da atividade do Centro de Comunicação e Atendimento  Revisão dos procedimentos gerais/instrução de trabalho para definição do tratamento dos documentos confidenciais  Digitalização de todos os documentos à entrada e à saída	DGIC
32. Gestão de Arquivo	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial.	1	3	М	Controlo do acesso ao arquivo de informação  Registo informático em Base de Dados de acesso controlado de todos os processos entregues para consulta e devolvidos  Existência de procedimentos escritos para o desenvolvimento da atividade do CIC/Arquivo Monitorizar os processos entregues e recebidos  Inventariar previamente toda a documentação que é enviada para custódia externa	DGIC
33. Gestão de Relacionamento com Entidades	Favorecimento ilícito e conluio nas diferentes fases do procedimento pré contratual de aquisição de serviços de apoio ao stand	1	1	F	Justificar pormenorizadamente o pedido de aquisição de bens e/ou serviços, incluindo especificações técnicas e critérios de adjudicação objetivos e mensuráveis no formulário criado para o efeito - Formulário de Aquisição de Bens e Serviços	DGIC
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação do Infomed	1	1	F	Implementar de medidas de controlo interno dos acessos à plataforma: cruzamento dos dados da plataforma do Infomed com o CRM.  Implementar medidas de controlo interno dos acessos à plataforma: cruzamento dos dados relativos aos acessos concedidos (DGIC) e aos pagamentos efetuados (DRHFP)	DGIC DGIC DRHFP



# Matriz XII: Riscos específicos das atividades desenvolvidas pelo GJC

			LIAÇ	ÃΟ		
PROCESSOS/ATIVIDADES	RISCO	Probabilidade de ocorrência	Impacto	Grau de risco	MEDIDAS	RESPONSÁVEL
	Divulgação, eliminação, sonegação, manipulação ou uso indevido de informação confidencial.	2 3 E Controlo do acesso a Implementação de u documental, que per			Controlo do acesso ao arquivo de informação digital	
			3	F	Controlo do acesso ao arquivo de informação físico	
				_	Implementação de um sistema informático de gestão de pedidos/gestão	
Transversais a todas as atividades da					documental, que permita a rastreabilidade de todo o processo	
responsabilidade da DJC	Existência de conflito de interesses na avaliação dos processos		Considerar conflitos de interesses na atribuição de processos e na discussão dos pareceres emitidos			
	Distribuição desequilibrada dos processos para avaliação com eventual favorecimento de determinado técnico com consequências na qualidade do parecer	1	2	F	Distribuição dos processos de acordo com a área de especialização/responsabilidade de cada técnico equitativa dos processos.	
Representar a instituição nos processos de contencioso	Prolongar intencionalmente a instrução dos processos	1	2	F	Implementação de um sistema informático de gestão de pedidos/gestão	
	Incumprimento intencional da tramitação processual	2	2	М	documental, que permita a rastreabilidade de todo o processo.	
	Não comparência intencional com o intuito de prejudicar a instituição ou benefício de terceiros	1	1	F	Envio atempado de convocatória aos visados e acompanhamento do GJC às diligências judiciais	GJC
Emitir pareceres jurídicos e elaborar projetos de diplomas legais	Ausência deliberada de imparcialidade, rigor e objetividades na emissão de pareceres de modo a favorecer ou prejudicar intencionalmente algum(nas) colaborador(és)	1	2		Implementação de um sistema informático de gestão de pedidos/gestão	
				F	documental, que permita a rastreabilidade de todo o processo	
					Verificação pela estrutura dirigente de toda a documentação referente aos processos	
	Prolongar intencionalmente a instrução dos processos	2	2	М	Implementação de um sistema informático de gestão de pedidos/gestão	
					documental, que permita a rastreabilidade de todo o processo	
Apoiar a DATS na preparação dos contratos de financiamento	Alteração intencional dos termos acordados em sede de negociação na redação do contrato de financiamento de modo a favorecer a empresa	2	3	E	Redação conjunta do contrato entre DATS e GJC	
Instaurar e instruir processos de Contraordenação Social	Não instaurar ou prolongar intencionalmente a instrução dos processos para que este prescreva	1	3	М	Implementação de um sistema informático de gestão de pedidos/gestão documental, que permita o registo da denúncia e rastreabilidade de todo o processo	