

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

**Direção Executiva do
Serviço Nacional de Saúde, I.P.**

FICHA TÉCNICA

Título do Documento	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Objetivo	<p>Identificar, analisar e classificar os riscos e as situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;</p> <p>Implementar medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.</p>
Versão	2.0
Responsável pela Elaboração	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Aprovação	Aprovado por despacho do diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde em 8 de maio de 2025.
Distribuição	<p>Interna: Conselho de Gestão, Departamentos, Serviços, Unidades e Equipas de Projeto da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.</p> <p>Externa: Ministério da Saúde, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Mecanismo Nacional Anticorrupção e sítio institucional</p>

ÍNDICE

LISTA DE REVISÕES	4
LISTA DE SIGLAS.....	5
1. Introdução.....	7
1.1. Enquadramento.....	8
1.2. Programa de Cumprimento Normativo	9
2. Caraterização da DE-SNS, I.P.	12
2.1. Missão e Atribuições.....	12
2.2. Organização Interna	15
2.2.1. Órgãos.....	17
2.2.2. Unidades Orgânicas e Equipas	22
3. Metodologia de Elaboração e Execução do PPR	58
3.1. Responsabilidades	58
3.2. Identificação, Análise e Classificação dos Riscos	59
3.2.1. Análise dos Riscos e Definição do Nível de Risco	61
3.2.2. Matrizes de Risco.....	63
3.3. Monitorização, Avaliação e Revisão	64
4. Matrizes de Risco da DE-SNS, I.P.	68
4.1. Matriz de Riscos Transversais	68
4.2. Cronograma	72
4.3. Matrizes de Riscos Específicos das UO.....	73
4.3.1. Matriz de Riscos Específicos do SAI.....	73

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

4

LISTA DE REVISÕES

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DAS REVISÕES	AUTOR	APROVAÇÃO
1.0	---	Elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.	SAI da DE – SNS, I.P.	---
2.0	08.05.2025	<ul style="list-style-type: none">• Inclusão dos Riscos Transversais¹• Inclusão dos Riscos Específicos do SAI²• Revisão do Cronograma• Formatação do documento	SAI da DE – SNS, I.P.	Aprovado por despacho do diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde.

¹ Aprovado por despacho do diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde, de 04-04-2025, exarado na Informação n.º 16 de 03-04-2025 do Serviço de Auditoria Interna.

² Aprovado por despacho do diretor executivo do Serviço Nacional de Saúde, de 04-04-2025, exarado na Informação n.º 14 de 28-03-2025 do Serviço de Auditoria Interna.

LISTA DE SIGLAS

- ⇒ **ACSS, I.P.:** Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- ⇒ **CNPC:** Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- ⇒ **CPC:** Conselho de Prevenção da Corrupção
- ⇒ **CRESAP:** Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública
- ⇒ **DC:** Departamento de Contratualização
- ⇒ **DCL:** Departamento de Compras e Logística
- ⇒ **DEP:** Departamento de Estudos e Planeamento
- ⇒ **DE-SNS, I.P.:** Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
- ⇒ **DFIID:** Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento
- ⇒ **DGDC:** Departamento para a Gestão da Doença Crónica
- ⇒ **DGIE:** Departamento de Gestão de Instalações e Equipamentos
- ⇒ **DGP:** Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade
- ⇒ **DGQSSU:** Departamento de Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Utente
- ⇒ **DGRSRS:** Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde
- ⇒ **DGS:** Direção-Geral da Saúde
- ⇒ **DGTD:** Departamento de Gestão da Transformação Digital
- ⇒ **DSEF:** Departamento de Sustentabilidade Económico-Financeira
- ⇒ **EGP:** Estatuto do Gestor Público
- ⇒ **ECR:** Equipas Coordenadoras Regionais
- ⇒ **ENA:** Equipa Nacional de Apoio à Implementação e Desenvolvimento das USF B
- ⇒ **GDE:** Gabinete do Diretor Executivo
- ⇒ **GCoN:** Gabinete de Conformidade Normativa
- ⇒ **GSSNS:** Gabinete de Segurança do SNS
- ⇒ **IGAS:** Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
- ⇒ **INFARMED, I.P.:** Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- ⇒ **IP:** Impacto Previsível da Ocorrência dos Riscos
- ⇒ **ISS, I.P.:** Instituto da Solidariedade Social, I.P.
- ⇒ **MENAC:** Mecanismo Nacional Anticorrupção
- ⇒ **NR:** Nível de Risco
- ⇒ **PAA:** Plano Anual de Atividades
- ⇒ **PO:** Probabilidade da Ocorrência dos Riscos

- ⇒ **PPR:** Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- ⇒ **RAA:** Relatório de Avaliação Anual
- ⇒ **RAI:** Relatório de Avaliação Intercalar
- ⇒ **RGPC:** Regime Geral da Prevenção da Corrupção
- ⇒ **RGPD:** Regime Geral de Proteção de Dados
- ⇒ **RNCCI:** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- ⇒ **RNCP:** Rede Nacional de Cuidados Paliativos
- ⇒ **SAI:** Serviço de Auditoria Interna
- ⇒ **SCM:** Serviço de Comunicação e Marca
- ⇒ **SGI:** Serviço de Gestão Interna
- ⇒ **SIGA:** Sistema Integrado de Gestão do Acesso
- ⇒ **SJ:** Serviço Jurídico
- ⇒ **SNS:** Serviço Nacional de Saúde
- ⇒ **SPMS, E.P.E.:** Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
- ⇒ **TMRG:** Tempos Máximos de Resposta Garantidos
- ⇒ **UADA:** Unidade de Acompanhamento do Desempenho Assistencial do SNS
- ⇒ **UAMDEF:** Unidade de Acompanhamento e Monitorização do Desempenho Económico-Financeiro do SNS
- ⇒ **UESD:** Unidade de Estratégia e Serviços Digitais
- ⇒ **UGMTS:** Unidade de Gestão do Medicamento e Outras Tecnologias de Saúde
- ⇒ **UGPIE:** Unidade de Gestão de Projetos de Instalações e Equipamentos
- ⇒ **UGA:** Unidade de Gestão do Acesso
- ⇒ **UO:** Unidade Orgânica
- ⇒ **UPGP:** Unidade de Planeamento e Gestão de Pessoas
- ⇒ **URGA:** Unidade Regional de Gestão do Acesso
- ⇒ **USF:** Unidade de Saúde Familiar
- ⇒ **UEEM:** Unidade de Urgência e Emergência Médica

1. INTRODUÇÃO

A prevenção da corrupção e infrações conexas constitui um eixo fundamental para a boa governação, integridade e transparência das entidades públicas.

A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS, I.P.) desempenha um papel crucial na gestão de recursos, na tomada de decisões estratégicas e na implementação de políticas públicas. Nesse contexto torna-se imperativa a adoção de mecanismos eficazes de identificação, prevenção e mitigação de riscos de incumprimento normativo, corrupção, fraude e outras ilícitudes.

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) constitui um instrumento de gestão essencial, agregando um conjunto de medidas preventivas e corretivas destinadas a minimizar a exposição da DE-SNS, I.P. a riscos de natureza legal, financeira e reputacional, promovendo, por esta via, a conformidade legal e a adoção de boas práticas na gestão pública.

A elaboração do PPR da DE-SNS, I.P. decorre do disposto no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabeleceu o Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC).

O presente PPR é um documento dinâmico, que espelha, à data da sua elaboração, as atribuições, as competências e o quadro orgânico vigente na DE-SNS, I.P., atualmente em fase de reformulação³.

Neste sentido, trata-se, por ora, de um documento em construção, que incorpora, desde já, a caracterização organizacional da DE-SNS, I.P., mas também a Metodologia de Elaboração e Execução do PPR, que inclui a Metodologia de Avaliação do Risco e a matriz de riscos transversais, aplicável a toda a organização. No tocante aos riscos específicos, apresenta-se, desde já, a matriz do Serviço de Auditoria Interna (SAI), sendo as matrizes de riscos específicos das restantes Unidades Orgânicas (UO) desenvolvidas, em conformidade com o cronograma apresentado no capítulo 4.

³ Cfr. alínea c) do n.º 4 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro.

1.1. Enquadramento

No seguimento da Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, estabelecida pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que aprovou o RGPC, veio determinar que todas as entidades públicas e privadas com mais de 50 trabalhadores implementassem este regime de prevenção da corrupção e infrações conexas.

Pelo mesmo Decreto-Lei foi também criado o MENAC, como entidade de acompanhamento do RGPC, independente e imparcial, com poderes de iniciativa, controlo e sanção, sendo sua missão “*a promoção da transparência e da integridade na ação pública e a garantia da efetividade de políticas de prevenção da corrupção e de infrações conexas*”⁴.

Até então, encontrava-se em funções o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), órgão que funcionava junto do Tribunal de Contas, criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que havia já emitido diversas Recomendações em matéria de prevenção da corrupção e infrações conexas, designadamente:

- ⇒ A Recomendação n.º 1/2009, de 22 de julho⁵, nos termos da qual "os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem, no prazo de 90 dias, elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas";
- ⇒ A Recomendação n.º 1/2010, de 13 de abril⁶, apontando para que os dirigentes máximos de organismos públicos publicitassem o PPR no sítio da respetiva entidade na Internet.
- ⇒ A Recomendação n.º 3/2015, de 9 de julho⁷, que estabeleceu que os planos deveriam abranger também os riscos de gestão, para além dos riscos de corrupção e infrações conexas, bem como as correspondentes medidas, relativamente a todas as unidades da estrutura orgânica, incluindo gabinetes, funções e cargos de direção de topo.

⁴ Cfr. n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

⁵ Publicada no Diário da República n.º 140, II Série, de 22 de julho de 2009.

⁶ Publicada no Diário da República n.º 71, II Série, de 13 de abril de 2010.

⁷ Publicada no Diário da República n.º 132, II Série, de 9 de julho de 2015.

Ao longo do tempo, o CPC emitiu diversas outras Recomendações, abrangendo áreas como a contratação pública, o conflito de interesses, códigos de conduta, manuais de boas práticas e cibersegurança.

O CPC desempenhou um papel central na definição das primeiras diretrizes relativas à implementação de PPR, mantendo-se pertinentes as suas recomendações.

O CPC cessou as suas funções na sequência da instalação definitiva do MENAC, declarada pela Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho.

À luz do RGPC, o conceito de corrupção e infrações conexas envolve “os *crimes de corrupção, recebimento e oferta indevidos de vantagem, peculato, participação económica em negócio, concussão, abuso de poder, prevaricação, tráfico de influência, branqueamento ou fraude na obtenção ou desvio de subsídio, subvenção ou crédito, previstos no Código Penal (...)*”⁸.

O RGPC visa garantir que todas as medidas de prevenção estejam alinhadas com as diretrizes e compromissos institucionais da entidade, promovendo uma cultura de integridade e ética organizacional, com vista a reforçar a confiança dos cidadãos e das entidades parceiras na gestão dos recursos públicos.

A implementação do RGPC é acompanhada, controlada e fiscalizada pelo MENAC, que deve emitir orientações e diretrizes na matéria, designadamente quanto à adoção dos programas de cumprimento normativo previstos no RGPC.

1.2. Programa de Cumprimento Normativo

O RGPC preconiza a adoção e implementação de um programa de cumprimento normativo que “*inclua, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (PPR), um código de conduta, um programa de formação e um canal de denúncias, a fim de prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas, levados a cabo contra ou através da entidade*”⁹.

⁸ Cfr. artigo 3.º do RGPC.

⁹ Cfr. n.º 1 do artigo 5.º do Capítulo III do RGPC.

- **PPR** – Identifica, analisa e classifica os riscos e situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo os que estão associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção; integra medidas preventivas e corretivas relativamente às situações e riscos identificados, que permitam reduzir a probabilidade da sua ocorrência e o respetivo impacto.

O PPR abrange todas as áreas da entidade, incluindo de administração, direção, operacionais e de suporte, e deve incluir:

- a) As áreas de atividade da entidade com risco de prática de atos de corrupção e infrações conexas;
- b) A probabilidade de cada situação ocorrer e o respetivo impacto previsível, de modo a graduar os riscos;
- c) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados;
- d) Execução prioritária das medidas aplicáveis às situações de risco elevado ou máximo;
- e) Designação do responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR, podendo ser o responsável pelo cumprimento normativo.

No âmbito do controlo da execução do PPR, são elaborados relatórios nos seguintes termos:

- No mês de outubro: Relatório de Avaliação Intercalar (RAI) relativamente às situações identificadas de risco elevado ou máximo;
- No mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução: Relatório de Avaliação Anual (RAA) contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação.

O PPR é alvo de revisão de três em três anos e sempre que existam circunstâncias que o justifiquem (nomeadamente alterações na estrutura orgânica ou societária ou nas atribuições da entidade).

O PPR e os relatórios referidos devem ser publicitados através da intranet e da página oficial da entidade na Internet, no prazo de 10 dias contados desde a sua implementação e respetivas elaborações ou revisões, bem como divulgados junto dos trabalhadores. Devem igualmente ser

comunicados aos membros do Governo responsáveis pela respetiva direção, superintendência ou tutela, assim como aos serviços de inspeção da respetiva área governativa – no caso à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) - e ao MENAC.

- **Código de Conduta** – Define os princípios e valores fundamentais da entidade, orientando a conduta dos colaboradores, gestores e parceiros institucionais.
- **Programa de Formação** – Ações contínuas de sensibilização e capacitação dos profissionais para fortalecer a cultura de ética, integridade e conformidade dentro da organização.
- **Canal de Denúncias** – Disponibilização de um mecanismo seguro e anónimo para que colaboradores e cidadãos possam reportar suspeitas de infrações ou irregularidades.

As entidades devem designar um responsável pelo cumprimento do Programa, que garanta e controle a sua execução, o qual deve atuar de modo independente, permanente e com autonomia decisória, devendo ser-lhe assegurados os meios humanos e técnicos necessários ao bom desempenho da sua função.

Estão previstas sanções, designadamente contraordenacionais, para os casos de não implementação ou implementação deficitária do programa de cumprimento normativo.

2. CARATERIZAÇÃO DA DE-SNS, I.P.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro¹⁰, procede-se à criação da DE-SNS, I.P. e à aprovação da respetiva orgânica, a qual consta do anexo I do mencionado Decreto-Lei.

A DE-SNS, I.P. é um instituto público de regime especial, integrado na administração indireta do Estado, com personalidade jurídica própria, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial¹¹.

Trata-se de um instituto de regime especial na medida em que se desvia do regime comum previsto na Lei-Quadro dos institutos públicos – figura capaz de garantir, por um lado, a superintendência e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde e, por outro, o exercício autónomo das suas atribuições e do poder de emitir regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas vinculativas sobre os estabelecimentos e serviços do SNS.

A DE-SNS, I.P. tem jurisdição sobre o território nacional continental e tem sede na cidade do Porto, sem prejuízo de poder ter UO dispersas territorialmente.

2.1. Missão e Atribuições

Nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada pelo anexo I do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual, a DE-SNS, I.P. tem por missão:

- Coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde.

De acordo com o disposto no n.º 2 do mesmo artigo, a DE-SNS, I.P. prossegue as seguintes atribuições¹²:

¹⁰ Alterado, na sua versão atual (4ª), pelo Decreto-Lei nº 54/2024, de 06 de setembro.

¹¹ Cfr. Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

¹² Alínea x) revogada pelo artigo 29.º do Decreto-Lei nº 54/2024, de 06 de setembro, em vigor a partir de 01 de outubro de 2024.

- a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), ao longo do percurso de saúde do utente;
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, assumindo a coordenação nacional na área da saúde, para efeitos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na sua redação atual, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Gerir a RNCP, assumindo a sua coordenação, para efeitos da base XI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, em articulação com os demais organismos competentes, e integrando a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP);
- d) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, nomeadamente através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade;
- e) Estabelecer e operacionalizar, através das redes estabelecidas, dos sistemas locais de saúde e outras parcerias, iniciativas orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- f) Definir os pontos da rede de cuidados de saúde primários e a respetiva carteira de serviços, garantindo a proximidade e equidade no acesso;
- g) Coordenar o processo de criação e revisão das Redes de Referenciação Hospitalar, e garantir a sua implementação e gestão;
- h) Propor à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), sempre que necessário para garantir a realização do direito à proteção da saúde, a celebração de contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, nos termos do artigo 29.º do Estatuto do SNS;
- i) Promover a evolução progressiva da organização das unidades de saúde do SNS para sistemas integrados de cuidados, enquanto grupos de unidades de saúde coordenados por um gestor de rede, que correspondam às adequadas unidades territoriais;
- j) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;

- k) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso, dos tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- l) Coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas das unidades de saúde do SNS, nomeadamente produção e desempenho assistencial;
- m) Identificar, em coordenação com a ACSS, I.P., os recursos financeiros necessários ao SNS, e proceder à respetiva alocação;
- n) Negociar, com a ACSS, I.P., e em representação das unidades de saúde do SNS, o acordo-quadro relativo à prestação de cuidados de saúde no SNS, as cláusulas gerais dos contratos-programa e os termos de referência para a contratualização;
- o) Celebrar contratos-programa com as unidades de saúde do SNS e com a ACSS, I.P.;
- p) Definir as prioridades e emitir as diretrizes a que devem obedecer os planos de atividades dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos, promovendo o seu acompanhamento na dimensão assistencial e financeira;
- q) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- r) Dar parecer sobre os projetos de mapas ou dotações de pessoal das unidades de saúde do SNS, em linha com o plano plurianual de recursos humanos;
- s) Definir, conjuntamente com a ACSS, I.P., as prioridades e respostas a assegurar pelos sistemas de informação e comunicação a fornecer pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.);
- t) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;
- u) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente, das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- v) Promover uma cultura organizacional de liderança e inovação em todo o SNS, designadamente estimulando métodos de trabalho em equipa e mecanismos de retorno do desempenho;

- w) Reforçar a identidade do SNS como um todo, designadamente definindo e desenvolvendo uma imagem e cultura comuns;
- y) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar os atos que lhe sejam delegados.

Ainda de acordo com o mencionado no n.º 3, do mesmo artigo, a DE-SNS, I.P., pode, no âmbito das suas atribuições, emitir:

- Regulamentos, orientações, diretrizes e instruções genéricas e específicas que vinculam os estabelecimentos e serviços do SNS previstos no n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS, devendo estes prestar à DE-SNS, I.P., toda a colaboração e informação necessárias à prossecução das suas atribuições, nomeadamente as relativas à coordenação, monitorização e controlo das atividades do SNS.

A DE-SNS, I.P., prossegue também atribuições da área governativa da saúde, sob a superintendência e a tutela do respetivo membro do Governo¹³.

2.2. Organização Interna

A DE-SNS, I.P. é composta por seis órgãos e dirigida por um diretor executivo, que é o órgão diretivo de representação e de maior responsabilidade na gestão do SNS, com poder decisório em cinco eixos: i) integração da prestação de cuidados; ii) funcionamento em rede e referenciação; iii) acesso a cuidados de saúde e direitos dos utentes; iv) participação das pessoas no SNS, e v) governação e inovação.

Ao diretor executivo e aos membros do Conselho de Gestão é aplicável o regime fixado no Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na redação atual, e, subsidiariamente, o previsto na Lei-Quadro dos institutos públicos, aprovada pela Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na redação atual.

¹³ Cfr. Artigo 1.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

Aos membros da DE-SNS é aplicável, com as necessárias alterações, o estatuto remuneratório fixado para a Entidade Reguladora da Saúde, nos termos da Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, na redação atual.

Relativamente à organização interna da DE-SNS, I.P., nos termos da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprovou em anexo os Estatutos da DE-SNS, I.P., a mesma é constituída por UO que se estruturam em departamentos, serviços e unidades. Acresce ainda a possibilidade de serem constituídas, por despacho do diretor executivo, equipas de projeto para o desenvolvimento de objetivos específicos de natureza multidisciplinar e temporária.

Por decisão do diretor executivo, a publicar no Diário da República, podem ser criadas, modificadas ou extintas até vinte e oito UO flexíveis, integradas ou não nos departamentos ou serviços acima mencionados, que assumem a forma de unidades e cujas competências são definidas naquela decisão.

Para o desenvolvimento de objetivos específicos de natureza multidisciplinar e temporária, podem ser constituídas, mediante despacho do diretor executivo, a publicar no Diário da República, um máximo de dez equipas de projeto.

A decisão a que se refere o número anterior define, para cada equipa de projeto, os objetivos, o período de duração e os recursos humanos a afetar, bem como designa o respetivo coordenador.

Na DE-SNS, I.P., são cargos de direção intermédia¹⁴ de 1.º grau os diretores de departamento, de 2.º grau os diretores de serviço e de 3.º grau os coordenadores de unidade.

¹⁴ Cfr. Artigo 3.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro.

2.2.1. Órgãos

A DE-SNS, I.P. é composta pelos seguintes órgãos¹⁵:

⇒ Diretor Executivo

O diretor executivo¹⁶ é o órgão diretivo, de representação e de mais elevada responsabilidade de gestão do SNS e é nomeado por resolução do Conselho de Ministros, por proposta do membro do Governo responsável pela área da saúde, acompanhada de avaliação, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo de gestor público da personalidade a que respeita a proposta de designação, realizada pela Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CRESAP), observando, quanto ao resto, o disposto nos artigos 12.º e 13.º do EGP.

O membro do Governo responsável pela área da saúde elabora a carta de missão que define os objetivos, devidamente quantificados e calendarizados, a atingir anualmente e até ao final do mandato pelo diretor executivo, sem prejuízo da sua revisão sempre que tal se justifique, por alterações de contexto geral ou por circunstâncias específicas que o determinem.

Ao diretor executivo compete:

- a) Representar a DE-SNS, I.P., e o SNS, vinculando-os;
- b) Presidir ao conselho de gestão e ao conselho consultivo;
- c) Dirigir os trabalhos da assembleia de gestores e convocar as suas reuniões;
- d) Dirigir a atividade da DE-SNS, I.P., e gerir os seus recursos humanos, materiais e financeiros, tendo em conta os instrumentos de gestão aprovados, acompanhando e avaliando sistematicamente a atividade desenvolvida, designadamente responsabilizando os diferentes serviços pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos;

¹⁵ Cfr. Artigo 4.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

¹⁶ Cfr. Artigo 5.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

- e) Propor a designação e exoneração dos membros dos Órgãos de gestão das unidades de saúde previstas no artigo 10.º do Estatuto do SNS, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 9.º do mesmo Estatuto;
- f) Propor a designação do coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI e designar os membros da CNCP, incluindo o seu presidente;
- g) Praticar os demais atos necessários à prossecução e ao exercício das atribuições da DE-SNS, I.P., que não estejam legalmente cometidos a outros Órgãos;
- h) Exercer as demais competências que lhe forem conferidas por lei ou que nele sejam delegadas ou subdelegadas.

O diretor executivo é coadjuvado no exercício das suas funções pelo conselho de gestão e identifica o membro do conselho de gestão que o substitui nas suas ausências e impedimentos, ou quando se verifique a sua incapacidade temporária.

O diretor executivo pode delegar em qualquer membro do conselho de Gestão as competências que lhe são cometidas, com exceção das constantes das alíneas a) a c), e) e f) do n.º 4 do artigo 5.º da orgânica da DE-SNS, I.P.

O mandato do diretor executivo tem a duração de três anos, renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo este no exercício de funções até à designação de novo titular, sem prejuízo do direito de renúncia nos termos da lei, dependendo a renovação dos resultados evidenciados no respetivo exercício. O não cumprimento da carta de missão pode determinar a cessação do mandato.

⇒ **Conselho de Gestão**

O conselho de gestão¹⁷ é o órgão coadjutor do diretor executivo, em matéria de integração da prestação de cuidados de saúde, de funcionamento em rede e referenciação, de acesso a cuidados de saúde e direitos dos utentes, de participação das pessoas no SNS e de governação e inovação.

¹⁷ Cfr. Artigo 6.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

É presidido pelo diretor executivo e é composto por até cinco outros membros, considerados, para efeitos do disposto no n.º 3 do artigo 5.º orgânica da DE-SNS, I.P. como presidente e vogais, respetivamente.

Os membros do conselho de gestão são nomeados por resolução do Conselho de Ministros, por proposta do diretor executivo, acompanhada de avaliação, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo de gestor público da personalidade a que respeita a proposta de designação, realizada pela CRESAP, observando, quanto ao resto, o disposto nos artigos 12.º e 13.º do EGP.

O mandato dos membros do conselho de gestão tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, acompanhando o mandato do diretor executivo.

O conselho de gestão é dissolvido com a cessação de funções do diretor executivo, sem prejuízo de os seus membros permanecerem no exercício de funções até à designação de novos titulares.

⇒ **Conselho Estratégico**

O conselho estratégico¹⁸ é o órgão de coordenação da definição das estratégias de recursos do SNS e é composto pelo diretor executivo, pelo presidente do conselho diretivo da ACSS, I.P. e pelo presidente do conselho de administração da SPMS, E.P.E.

Ao conselho estratégico compete:

- a) Contribuir para o alinhamento dos planos plurianuais de recursos humanos, financeiros e de investimentos em instalações e equipamentos, previstos no Estatuto do SNS;
- b) Contribuir para a definição da estratégia dos sistemas de informação e comunicação a utilizar no SNS;
- c) Contribuir para a definição da estratégia de compras centralizadas de bens e serviços do SNS;
- d) Contribuir para a definição da estratégia de desenvolvimento das áreas instrumentais à prestação de cuidados de saúde do SNS.

¹⁸ Cfr. Artigo 7.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

O exercício de funções no conselho estratégico não é remunerado, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelas entidades dos elementos que o constituem.

⇒ **Assembleia de Gestores**

A assembleia de gestores¹⁹ é o órgão de consulta e participação da DE-SNS, I.P., que contribui para a definição das linhas gerais de atuação do SNS, competindo-lhe dar parecer sobre todas as matérias que lhe sejam submetidas pelo diretor executivo e emitir recomendações por sua iniciativa.

A assembleia de gestores é composta pelos:

- a) Diretores executivos dos agrupamentos de centros de saúde;
- b) Presidentes dos conselhos de administração e dos conselhos diretivos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde;
- c) Presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.;
- d) Presidente do conselho diretivo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.;
- e) Presidente do conselho diretivo do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.;
- f) Presidente do conselho diretivo do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.;
- g) Presidente do conselho de administração da SPMS, E.P.E.

Podem ser convidados a participar nos trabalhos da assembleia de gestores representantes das instituições e organismos do Ministério da Saúde, bem como especialistas ou personalidades de reconhecido mérito, convidados pelo diretor executivo em função das matérias que constituam a ordem de trabalhos das reuniões.

A assembleia de gestores reúne, ordinariamente, uma vez por trimestre e, extraordinariamente, sempre que convocada pelo diretor executivo.

¹⁹ Cfr. Artigo 8.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

A participação nas reuniões da assembleia de gestores não é remunerada, sendo as ajudas de custo a que houver lugar suportadas pelas entidades dos elementos que a compõem.

⇒ **Fiscal Único**

O fiscal único²⁰ é o órgão de fiscalização da DE-SNS, I.P., e é designado por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e das finanças, observando, no que concerne ao mandato, remuneração e competências o disposto na Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na sua redação atual.

²⁰ Cfr. Artigo 9.º da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

Por Despacho n.º 3305/2024 do Gabinete do Ministro da Saúde e Gabinete do Secretário de Estado do Tesouro, de 27 de março, foi designado como Fiscal Único da DE-SNS, I.P., a sociedade Santos Carvalho & Associados SROC, S. A.

⇒ **Conselho Consultivo**

O conselho consultivo²¹ é presidido pelo diretor executivo e é composto, entre outros, pelas associações representantes de pessoas que vivem com doença. A composição, organização e funcionamento do conselho consultivo constam de despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, mediante proposta da DE-SNS, I.P.

2.2.2. Unidades Orgânicas e Equipas

De acordo com a Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprova em anexo os Estatutos da DE-SNS, I.P., a organização interna da DE-SNS, I.P. é dividida entre os serviços centrais e os serviços de administração geral, que assume a natureza de serviços comuns.

A DE-SNS, I.P., é constituída por 11 departamentos, a saber:

⇒ **1. O Departamento de Estudos e Planeamento**

Ao Departamento de Estudos e Planeamento²², abreviadamente designado por DEP, compete:

- a) Acompanhar a execução da política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais definidas pelo Ministério da Saúde, visando o seu ordenamento racional e a otimização de recursos;
- b) Propor as prioridades a definir e as diretrizes a que devem obedecer os planos de atividades anuais e plurianuais do SNS, bem como avaliar a sua execução;
- c) Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- d) Elaborar o relatório de atividades do SNS;
- e) Avaliar a necessidade de criação e revisão das redes de referenciação hospitalar e promover quando necessário o seu ajustamento;

²¹ Cfr. Artigo 9.º-A da orgânica da DE-SNS, I.P., aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, na redação atual.

²² Cfr. Artigo 4.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- f) Analisar e emitir parecer sobre os planos diretores de unidades de saúde do SNS, bem como sobre a criação, modificação, fusão ou extinção de instituições ou serviços do SNS;
- g) Propor a definição dos pontos da rede de prestação de cuidados de saúde primários, assim como a respetiva carteira de serviços a assegurar à população;
- h) Propor a definição das áreas de influência e dos perfis assistenciais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde;
- i) Desenvolver instrumentos de apoio à gestão que permitam a promoção, pela DE-SNS, I.P., em articulação com ACSS, I.P., do uso racional de recursos materiais e financeiros afetos ao SNS, nomeadamente nas áreas do medicamento, dos dispositivos médicos e dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como avaliar o cumprimento das orientações e das políticas nacionais nestes domínios;
- j) Analisar as respostas da RNCCI, incluindo na área da saúde mental, e da RNCP, com vista a promover a sua expansão ou revisão;
- k) Apoiar a implementação de novos modelos de organização e de gestão em saúde, promovendo a implementação de sistemas integrados de cuidados;
- l) Apreciar a implementação de sistemas locais de saúde e propor iniciativas orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença;
- m) Emitir parecer não vinculativo, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas cofinanciados;
- n) Planear os recursos materiais, nomeadamente a execução dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços do SNS;
- o) Garantir um sistema de informação atualizado da execução física e material de investimentos no SNS;
- p) No âmbito das competências da DE-SNS,I.P. e em conformidade com a definição das políticas nacionais e sem prejuízo das competências da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde em matéria de coordenação dos assuntos europeus e relações internacionais e das competências conferidas por lei à ACSS, I.P. em matéria de prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, promover, no quadro da cooperação leal que deve existir entre a

Administração Pública e a União Europeia, ações de acordo com os instrumentos da União Europeia, designadamente nos domínios do reforço da resiliência dos sistemas de saúde e combate às ameaças de saúde transfronteiriças, da cooperação entre os sistemas de saúde dos diferentes Estados-Membros e entre prestadores de cuidados de saúde em regiões fronteiriças, das redes de referenciação europeias, da rede de saúde em linha e espaço europeu de dados de saúde, no contributo para a definição da estratégia de compras centralizadas de bens e serviços do SNS e, em articulação com a ACSS, I.P., em matéria de sustentabilidade ambiental e intervenção em infraestruturas hospitalares;

- q) Elaborar, no âmbito da sua intervenção, normas e orientações técnicas e outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

⇒ 2. O Departamento de Contratualização

Ao Departamento de Contratualização²³, abreviadamente designado por DC, compete:

- a) Definir os critérios e coordenar a contratualização dos serviços de saúde, de acordo com a avaliação de necessidades em saúde e a avaliação dos resultados obtidos;
- b) Propor a afetação de recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS, no quadro das atribuições da DE-SNS, I.P., em articulação, com a ACSS, I.P. e com as diferentes unidades de saúde do SNS;
- c) Preparar e acompanhar a celebração e a execução de contratos, incluindo contratos-programa, protocolos e convenções para a prestação de cuidados de saúde no SNS, bem como efetuar a respetiva avaliação, no quadro das competências da DE-SNS, I.P., em articulação com a ACSS, I.P. e com as diferentes unidades de saúde do SNS;
- d) Acompanhar e monitorizar o desempenho assistencial das unidades de saúde do SNS, de acordo com as políticas definidas e com as orientações emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;

²³ Cfr. Artigo 5.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- e) Propor a realização de auditorias administrativas e clínicas, sem prejuízo das competências da IGAS;
- f) Elaborar, no âmbito da sua intervenção, normas e orientações técnicas e outros instrumentos de apoio técnico à atividade gestionária dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução;
- g) Efetuar o estudo de modelos de financiamento e modalidades de pagamento para o SNS, incluindo os baseados no ajustamento pelo risco;
- h) Avaliar e propor modelos inovadores de contratualização que promovam o valor em saúde ao invés do volume de atos realizados, baseados na experiência internacional e em projetos piloto realizados no país;
- i) Estudar e desenvolver análises sobre a oferta de serviços do SNS;
- j) Estudar, analisar a viabilidade e coordenar o lançamento de formas inovadoras de partilha do risco para a prestação de cuidados de saúde no SNS, como experiências inovadoras de gestão, através de parcerias público-públicas, público-privadas e público-sociais;
- k) Contribuir para o desenvolvimento de modelos de custeio e de formação de preços para as instituições e serviços do SNS, atentas as competências da ACSS, I.P.;
- l) Participar, no quadro das competências da DE-SNS, I.P., com a ACSS, I.P., na negociação do acordo-quadro relativo à prestação de cuidados de saúde no SNS, das cláusulas gerais dos contratos-programa e os termos de referência para a contratualização;
- m) Estudar, implementar e garantir a qualidade de sistemas de classificação de doentes, incluindo a realização de auditorias à codificação clínica;
- n) Preparar a celebração dos contratos-programa com as unidades de saúde do SNS e com a ACSS, I.P., e acompanhar a sua execução;
- o) Avaliar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), com vista à melhoria contínua do acesso ao SNS;

- p) Gerir os sistemas gestão do acesso dos utentes ao SNS, designadamente o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), regulado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, e coordenar as Unidades Regionais de Gestão de Acesso (URGA).

Por Despacho n.º 11715/2024, de 3 de outubro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de setembro de 2024, foi criada a **Unidade de Acompanhamento do Desempenho Assistencial do SNS (UADA)**, que é integrada no DC, tendo sido atribuída, em especial, a competência prevista na alínea d), bem como, no seu âmbito de atuação, as competências previstas nas alíneas e), f) e n) acima mencionadas.

⇒ **3. O Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade**

Ao Departamento de Gestão de Pessoas, Promoção do Bem-Estar, Diversidade e Sustentabilidade²⁴, abreviadamente designado por DGP, compete:

- a) Assegurar o planeamento, a gestão e a administração dos recursos humanos no SNS, em articulação com a ACSS, I.P. e com os diferentes estabelecimentos e serviços do SNS, de acordo com as competências respetivas;
- b) Promover, em articulação com a ACSS, I.P., a qualificação e valorização profissional dos recursos humanos do SNS, designadamente mediante a identificação de necessidades de formação profissional;
- c) Emitir parecer sobre os projetos de mapas ou dotações de pessoal das unidades de saúde do SNS;
- d) Promover a aplicação de instrumentos de avaliação da prestação da atividade profissional no SNS, propondo medidas para a adequação de distribuição de recursos humanos;
- e) Desenvolver, em articulação com a ACSS, I.P., uma base de dados de recursos humanos do SNS, bem como estudos de gestão previsional;

²⁴ Cfr. Artigo 6.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- f) Recomendar, de acordo com a previsão de necessidades em recursos humanos e em articulação com a ACSS, I.P., os mapas de vagas para os internatos médicos, bem como para as restantes profissões de saúde;
- g) Elaborar, propor e acompanhar, em articulação com a ACSS, I.P., as candidaturas no âmbito dos programas cofinanciados para a área da formação profissional;
- h) Promover, em articulação com a Direção Geral da Saúde (DGS), a avaliação e gestão das condições de segurança e dos fatores que potenciem fenómenos de violência contra profissionais de saúde, bem como a implementação de medidas, em especial no que respeita a instalações e equipamentos e estruturas e circuitos nas organizações de saúde do SNS;
- i) Elaborar, no âmbito da sua intervenção, normas e orientações técnicas e outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

No domínio da promoção do bem-estar, diversidade e sustentabilidade, compete ao DGP, elaborar e propor orientações estratégicas e práticas de gestão promotoras do bem-estar organizacional e dos profissionais pelas diferentes estruturas do SNS, assim como promover a implementação de modelos de saúde ocupacional biopsicossociais nas estruturas do SNS, nomeadamente:

- a) Identificar, propor e disseminar projetos de boas práticas no domínio do bem-estar e da sustentabilidade;
- b) Elaborar guias de boas práticas;
- c) Promover iniciativas de valorização da diversidade e igualdade de oportunidades entre os profissionais do SNS;
- d) Monitorizar os planos de prevenção de riscos psicossociais e de promoção do bem-estar;
- e) Pilotar projetos inovadores;
- f) Monitorizar os planos de prevenção e as participações de episódios de violência nos estabelecimentos do SNS;
- g) Monitorizar os planos de comunicação interna;
- h) Acompanhar e dinamizar o desempenho do bem-estar organizacional do SNS;

- i) Incrementar a implementação de práticas de gestão promotoras do bem-estar dos profissionais pelas diferentes estruturas do SNS;
- j) Promover a implementação de modelos de saúde ocupacional biopsicossociais nas estruturas do SNS;
- k) Criar e manter uma monitorização geral de riscos psicossociais e de bem-estar no SNS;
- l) Estabelecer parcerias estratégicas com outras entidades com vista à dinamização de iniciativas no contexto de ação do DGP.

Por Despacho n.º 11764/2024, de 4 de outubro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de setembro de 2024, foi criada a **Unidade de Planeamento e Gestão de Pessoas (UPGP)**, que é integrada no DGP, com o objetivo de apoiar a sua missão, nomeadamente no que respeita ao planeamento, gestão e administração dos recursos humanos no SNS, realização de estudos de gestão previsional, elaboração de bases de dados e adoção de medidas para adequação de distribuição de recursos humanos no SNS.

Para a prossecução dos seus objetivos, esta Unidade assegurará, em particular, as competências previstas nas alíneas a), b), c), d), e) e f) acima mencionadas.

⇒ 4. O Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde

Ao Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde²⁵, abreviadamente designado DGRSRS, compete:

- a) Coordenar e gerir as ações visando uma organização integrada e a racionalização da rede hospitalar, da rede de cuidados de saúde primários, da rede de cuidados continuados integrados e da rede de cuidados paliativos do SNS, de forma integrada e centrada no interesse dos utentes;
- b) Definir e manter atualizada a informação sobre as redes de serviços e equipamentos do SNS, considerando a oferta privada e social e tendo em conta as redes de referência nacional, sem prejuízo das competências da ACSS, I.P.;

²⁵ Cfr. Artigo 7.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- c) Promover o desenho e a implementação das redes de referenciação hospitalar, incluindo o desenvolvimento de urgências metropolitanas e regionais;
- d) Promover o planeamento, constituição, monitorização e avaliação dos centros de referência;
- e) Desenvolver indicadores e modelos integrados de informação para a gestão das instituições do SNS, sem prejuízo das competências da ACSS, I.P.;
- f) Desenvolver um sistema que permita a comparação do desempenho assistencial das unidades de saúde do SNS;
- g) Coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas das unidades de saúde do SNS, nomeadamente produção e desempenho assistencial, sem prejuízo das atribuições da ACSS, I.P.;
- h) Participar na elaboração dos perfis para novas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde;
- i) Apoiar a ACSS, I.P. na definição dos princípios que devem presidir à contratação de unidades privadas de prestação de cuidados de saúde e definir carteiras de cuidados para cada grupo de instituições que permitam estabelecer critérios de contratação;
- j) Participar na elaboração dos critérios de avaliação e prioridades de investimentos públicos no desenvolvimento, na modernização e na renovação da rede de instalações e de equipamentos do SNS, tendo em consideração o Plano Nacional de Saúde;
- k) Acompanhar a execução física e financeira dos investimentos;
- l) Apoiar a elaboração de projeções de necessidades futuras de recursos em função da rede necessária, designadamente através da monitorização do desempenho nas vertentes de qualidade e eficiência dos estabelecimentos e serviços do SNS;
- m) Efetuar, em articulação com a ACSS, I.P., a avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do sistema de saúde, incluindo os prestadores de cuidados de saúde, públicos e em regime de parceria público-privada e de outros contratos de prestação de cuidados de saúde, bem como de tecnologias de saúde, sem prejuízo das competências da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED, I.P.) no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de

Saúde, através de indicadores transversais de atividade, de qualidade assistencial, de organização, de satisfação dos utentes e de recursos humanos;

- n) Coordenar e gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os serviços e organismos competentes;
- o) Identificar, promover e divulgar melhores práticas nacionais e internacionais de gestão da resposta no âmbito dos cuidados de saúde;
- p) Promover a inovação e o desenvolvimento organizacional do SNS, através de projetos transversais de melhoria da qualidade do serviço, de liderança e eficiência, alinhados com as estratégias e programas nacionais de saúde;
- q) Elaborar normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS.

⇒ **5. O Departamento de Gestão de Instalações e Equipamentos**

Ao Departamento de Gestão de Instalações e Equipamentos²⁶, abreviadamente designado por DGIE compete, sem prejuízo das competências respetivas e da articulação com a ACSS, I.P. e com as diferentes instituições do SNS:

- a) Proceder à elaboração, divulgação e implementação das normas, especificações e requisitos técnicos aplicáveis a instalações e equipamentos de unidades de saúde integradas ou financiadas pelo SNS, em articulação com a ACSS, I.P., atentas as respetivas competências;
- b) Elaborar programas funcionais e projetos tipo para serviços e estabelecimentos de saúde do SNS e propor a aprovação de novos modelos e tipologias para instalações de saúde e ou serviços;
- c) Emitir pareceres sobre programas funcionais específicos desenvolvidos por unidades de saúde integradas ou financiadas pelo SNS;
- d) Emitir parecer vinculativo sobre os programas diretores, a desenvolver obrigatoriamente pelos estabelecimentos de saúde do SNS;

²⁶ Cfr. Artigo 8.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- e) Assegurar a atualização de uma base de dados relativa às instalações e equipamentos dos serviços e instituições prestadores de cuidados de saúde do SNS, monitorizando o respetivo estado físico e funcional e, quando necessário, apresentar propostas para a sua substituição;
- f) Emitir parecer sobre a aquisição e a expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde do SNS;
- g) Regular a execução, análise, avaliação e aprovação de projetos de instalações e equipamentos da responsabilidade de entidades tuteladas pelo SNS e lançar e acompanhar a execução de projetos de unidades de saúde com elevada diferenciação ou inovadores;
- h) Elaborar minutas de peças concursais e manuais de procedimentos para a contratação dos principais tipos de serviços, bens e obras relativos a instalações e equipamentos;
- i) Acompanhar a execução de empreitadas e fornecimentos cuja responsabilidade lhe seja atribuída, garantindo a respetiva fiscalização;
- j) Elaborar e acompanhar a carta de instalações e equipamentos de saúde;
- k) Apoiar os processos de investimento em parcerias público-privadas e as equipas de projeto e os júris de avaliação de propostas nas componentes relativas a edifícios, equipamentos e programa funcional, disseminando as boas práticas identificadas;
- l) Promover, em articulação com a ACSS, I.P., a coordenação, no âmbito do SNS, da implementação de medidas da área da sustentabilidade ambiental.

Por Despacho n.º 12367/2024, de 18 de outubro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de novembro de 2024, foi criada a **Unidade de Gestão de Projetos de Instalações e Equipamentos (UGPIE)**, integrada no DGIE, e que, para a prossecução dos seus objetivos, assegurará, em particular, as competências previstas nas alíneas b), c), d), f), g), j) e k) acima mencionadas.

⇒ 6. O Departamento de Sustentabilidade Económico-Financeira

Ao Departamento de Sustentabilidade Económico-Financeira²⁷, abreviadamente designado DSEF, em articulação com a ACSS, I.P., ficam atribuídas as seguintes competências:

²⁷ Cfr. Artigo 9.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- a) Acompanhar a elaboração e execução do orçamento do SNS, no âmbito das suas competências, tendo por objetivo assegurar a sustentabilidade económico-financeira do SNS;
- b) Acompanhar o desempenho e a eficiência económico-financeira e orçamental das instituições do SNS, em coerência com os planos de desenvolvimento organizacional e os contratos-programa das unidades de saúde;
- c) Colaborar na definição das principais opções em matéria financeira e orçamental das instituições e organismos do SNS de forma a assegurar uma efetiva articulação entre os instrumentos de planeamento, de previsão orçamental, de reporte e de prestação de contas;
- d) Identificar, conceber e divulgar boas práticas promotoras da eficiência do desempenho económico-financeiro e orçamental;
- e) Elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento e de programação financeira promotores da sustentabilidade económico-financeira;
- f) Avaliar e analisar os indicadores de gestão de risco de forma a garantir a eficiência da monitorização das políticas de gestão;
- g) Elaborar o quadro global de referência do SNS e propor a sua aprovação aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde;
- h) Participar, no âmbito das suas competências, na preparação da informação financeira consolidada do SNS.

Por Despacho n.º 11154/2024, de 23 de setembro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de setembro de 2024, foi criada a **Unidade de Acompanhamento e Monitorização do Desempenho Económico-Financeiro do SNS (UAMDEF)**, integrada no DSEF, com o objetivo de apoiar a missão do mesmo, nomeadamente nas competências relacionadas com a execução, monitorização e acompanhamento do desempenho das instituições e organismos do SNS e do seu conjunto como um todo.

Para a prossecução dos seus objetivos, assegurará, em particular, as competências previstas nas alíneas b), d), f) e h) acima mencionadas.

⇒ **7. O Departamento de Gestão da Transformação Digital**

No âmbito da política do SNS no que concerne aos sistemas e tecnologias de informação, compete ao Departamento de Gestão da Transformação Digital²⁸, abreviadamente designado DGTD, o desenvolvimento de uma estratégia que promova uma visão centrada nos utentes e nos profissionais de saúde.

Compete também ao DGTD, em articulação com a ACSS, I.P. e sem prejuízo das competências da SPMS, E.P.E.:

- a) Definir a arquitetura dos sistemas de informação e da sua governação, em toda a sua plenitude, que constitua os instrumentos adequados na prestação de cuidados de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados integrados e paliativos, interoperáveis entre si;
- b) Assegurar que a disponibilização dos serviços digitais do SNS é sustentada por práticas de arquitetura comuns ao nível dos sistemas de informação, por terminologias e tecnologias adequadas, numa visão estratégica de adoção de tecnologia, adequando os recursos tecnológicos às necessidades do SNS;
- c) Promover e coordenar a contratação de especialistas para a definição de uma agenda estratégica para a digitalização do SNS e da prestação de cuidados de saúde;
- d) Definir uma arquitetura de referência que sustente a estratégia e a missão da DE-SNS, I.P., garantindo o alinhamento entre as metas definidas, a eficiência dos sistemas de informação que as suportam e a sua monitorização;
- e) Promover o desenvolvimento e o uso de tecnologias de colaboração entre as entidades do SNS definindo as prioridades para a sua implementação;
- f) Participar na definição de políticas de segurança de informação do SNS, promovendo a adoção de tecnologias que permitam melhorar a resiliência dos sistemas informação na saúde, a implementar de forma transversal, e proceder à sua monitorização, e implementação em estreita colaboração com as entidades competentes;

²⁸ Cfr. Artigo 10.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- g) Promover a adoção de tecnologias e de soluções digitais que permitam melhorar os resultados em saúde para os utentes e a articulação utente/profissional de saúde;
- h) Definir a estratégia de monitorização das redes de referenciação, dos programas de saúde, dos tempos de resposta e das demais atividades do SNS, assegurando os instrumentos necessários para a gestão da DE-SNS, I.P., no cumprimento da sua missão;
- i) Definir as interfaces de comunicação com o utente, numa carteira de oferta de serviços de saúde, promovendo, em articulação com as entidades do SNS, uma estratégia de comunicação alinhada às prioridades definidas para o SNS;
- j) Fornecer informação de saúde fiável e acessível ao utente, aos profissionais de saúde e às várias entidades de saúde, através de um plano de comunicação multicanal, incluindo a integração em tempo real dos sistemas de informação das entidades do SNS com o Portal do SNS;
- k) Promover a criação de repositórios de partilha para sustentar processos de inovação e investigação no SNS;
- l) Estabelecer parcerias de colaboração que permitam o uso e adoção de tecnologias de informação e comunicação no SNS de forma a melhorar a sua eficiência;
- m) Dinamizar o desenvolvimento e a utilização de soluções de inteligência artificial, integrada nos sistemas de informação do SNS, que permitam o suporte à decisão clínica, a eficiência na prestação de cuidados e na gestão dos recursos;
- n) Emitir pareceres prévios de aquisição de bens e serviços, de interesse estratégico para a arquitetura de referência do SNS nos programas externos, nacionais ou comunitários, nomeadamente para financiamento de projetos ou atividades promovidas no domínio dos Sistemas e Tecnologias de informação e comunicação para o SNS.

Por Despacho n.º 1599/2025, de 4 de fevereiro, do diretor executivo, com efeitos a 10 de janeiro de 2025, foi criada a **Unidade de Estratégia e Serviços Digitais (UESD)**, integrada no DGTD, com o objetivo de apoiar a missão do mesmo, nomeadamente, nas competências relacionadas com o desenvolvimento de uma estratégia de sistemas e tecnologias digitais de saúde que promovam uma

visão centrada nos utentes e nos profissionais de saúde do SNS e do seu conjunto como um todo, vocacionada especialmente para este efeito e integrada no referido departamento.

Para a prossecução dos seus objetivos, esta unidade assegurará, em particular, as competências previstas nas alíneas a), b), d), f) e k) acima mencionadas.

⇒ 8. O Departamento de Compras e Logística

No âmbito da política do SNS, no que concerne às compras e logística, compete ao Departamento de Compras e Logística²⁹, doravante designado por DCL, promover, sem prejuízo das competências da ACSS, I.P. e da SPMS, E.P.E., a centralização, otimização e racionalização da aquisição de bens e serviços e a disponibilização serviços de logística, possuindo competências em matéria de estratégia de compras, procedimentos pré-contratuais, contratação pública, logística interna, pagamentos e monitorização de desempenho.

Compete nomeadamente ao DCL, promovendo a articulação com a ACSS, I.P. e, em regra, recorrendo aos serviços da SPMS, E.P.E.:

- a) Propor e controlar o plano de compras, acompanhando o seu calendário em cada ano e garantindo a celeridade e eficiência dos processos de aquisição;
- b) Proceder sistematicamente à avaliação, negociação e seleção de fornecedores de forma a obter as melhores condições de fornecimento;
- c) Desenvolver estratégias de compra por fornecedor e por produto, avaliando continuamente o mercado;
- d) Propor medidas e projetos de redução de custos, quer em investimento quer em consumos;
- e) Avaliar e implementar soluções de logística dentro do SNS;
- f) Propor o recurso a agrupamento de entidades adjudicantes com uma ou mais entidades adjudicantes de outros Estados-Membros da União Europeia ou o recurso a atividades de compras centralizadas oferecidas por centrais de compras situadas noutras Estados da União Europeia, nos termos admitidos pelo regime de contratação pública.

²⁹ Cfr. Artigo 11.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

Compete ainda ao DCL coordenar com os restantes departamentos da DE-SNS, I.P., e com as instituições de saúde, políticas estandardizadas dentro do SNS, e sem prejuízo das competências do INFARMED, I.P., em termos de prescrição de fármacos e dispositivos médicos que promovam as boas práticas, defendam os utentes, salvaguardem a segurança e o desempenho dos profissionais, potenciem a equidade no acesso no território nacional e possuam avaliação custo-benefício favorável, atentas as responsabilidades do INFARMED, I.P.

⇒ 9. O Departamento para a Gestão da Doença Crónica

Compete ao Departamento para a Gestão da Doença Crónica³⁰, abreviadamente designado por DGDC, sem prejuízo das competências da DGSGS:

- a) Identificar, propor e monitorizar a implementação de projetos de boas práticas no domínio da promoção de estilos de vida saudáveis, para os utentes e profissionais do SNS;
- b) Participar na transformação dos percursos clínicos dos utentes, assegurando a dimensão preventiva da doença em todos os contextos;
- c) Elaborar, propor e promover a implementação de programas de promoção da literacia em saúde;
- d) Estimular a progressiva inclusão das dimensões da promoção da saúde e prevenção da doença na formação dos profissionais do SNS;
- e) Participar na transformação dos espaços físicos do SNS, transformando-os em áreas promotoras de estilos de vida saudáveis;
- f) Elaborar metodologias de monitorização dos resultados das políticas promotoras de estilos de vida saudáveis nos cidadãos;
- g) Estabelecer parcerias estratégicas, de forma a aumentar a abrangência e impacto de projetos de promoção da saúde e prevenção da doença;

³⁰ Cfr. Artigo 12.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- h) Estabelecer e operacionalizar iniciativas, orientadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo a colaboração, coordenação e integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados, nomeadamente através das unidades locais de saúde.

⇒ **10. O Departamento de Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Utente**

Ao Departamento de Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Utente³¹, abreviadamente designado por DGQSSU, compete, sem prejuízo das competências da DGS:

- a) Dinamizar programas na área da promoção da segurança do doente, para a melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, emitindo normas e orientações organizacionais e clínicas;
- b) Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde, em articulação com a DGS, no âmbito das respetivas competências;
- c) Apoiar a certificação e acreditação, em articulação com a DGS, na divulgação da qualidade da prestação de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, coordenando o sistema de qualificação das unidades de saúde;
- d) Promover a avaliação sistemática da satisfação, designadamente através da realização de inquéritos aos beneficiários, utentes e profissionais de saúde;
- e) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do plano nacional de saúde.

⇒ **11. O Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento**

Ao Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento³², abreviadamente designado por DFIID, compete:

³¹ Cfr. Artigo 13.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

³² Cfr. Artigo 14.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- a) Promover atividades de formação e especialização continuada dos profissionais do SNS, em articulação com a ACSS, I.P., com vista à capacitação dos mesmos para dar respostas às novas necessidades dos utentes e da estrutura do SNS, nomeadamente:
 - i. Promover ações formativas e de atualização de competências dos profissionais do SNS com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados às populações;
 - ii. Estabelecer parcerias estratégicas com entidades externas ao SNS, com vista ao acesso a cursos e formações de atualização profissional alinhados com as prioridades do SNS;
 - iii. Avaliar e promover o estabelecimento de intercâmbios técnicos e científicos dentro das diferentes instituições do SNS, e também com outras instituições de relevo nacional e internacional;
 - iv. Promover a uniformização e atualização contínua da formação dos novos profissionais do SNS.
 - v. Conceber e implementar planos de formação, investigação e desenvolvimento que sejam transversais a todos os níveis de cuidados do SNS e que promovam a articulação e integração de cuidados e políticas de saúde baseadas em valor;
 - vi. Propor alterações dos currículos formativos, alinhando-os com as necessidades presentes e futuras do SNS, a serem articulados com a academia e com as ordens profissionais;
 - vii. Promover ações formativas tendentes ao incremento de uma cultura de respeito pelos direitos fundamentais dos utentes, de qualidade e de segurança na prestação de cuidados, de proteção de dados de saúde e cibersegurança, de promoção da literacia, da humanização dos cuidados, de utilização das tecnologias de informação e de comunicação, de registos eletrónicos de saúde, da saúde digital, computação, inteligência artificial e robótica e de utilização eficiente dos recursos disponíveis.
- b) Promover atividades de investigação e desenvolvimento e de cooperação entre entidades do SNS, instituições científicas e académicas, e outras organizações que atuam neste âmbito, assim como valorizar o potencial da investigação clínica e epidemiológica e de translação

para a melhoria contínua e de excelência na prestação de cuidados aos utentes do SNS, nomeadamente:

- i. Promover o SNS como um parceiro acessível, disponível e atrativo para a investigação clínica de qualidade;
- ii. Promover a captação e implementação de ensaios clínicos em todos os níveis de cuidados do SNS;
- iii. Promover a análise sistemática dos dados recolhidos nas unidades do SNS de forma a criar dinâmicas de investigação com geração de evidência no mundo real;
- iv. Capacitar as unidades do SNS para que possam gerar investigação que incida nos principais problemas de saúde;
- v. Identificar e articular com as entidades que, não se encontrando integradas no SNS, possam ser parceiros na investigação e inovação;
- vi. Estudar a implementação de percursos profissionais dentro do SNS que prevejam a dedicação a projetos de investigação e desenvolvimento;
- vii. Promover a criação de incubadoras de investigação e desenvolvimento no âmbito do SNS e em parceria com a academia, centros de investigação e desenvolvimento e entidades privadas;
- viii. Desenvolver e avaliar soluções inovadoras de prestação de cuidados de saúde e de prevenção da doença;
- ix. Participar ativamente no desenvolvimento de centros académicos clínicos, assim como, facilitar todas as outras formas de colaboração que estimulem a investigação clínica e de translação e a inovação biomédica;
- x. Trabalhar em estreita colaboração com as diferentes instituições do SNS com vista a reconhecer, valorizar e proteger a dimensão académica e de investigação no contexto do exercício de funções assistenciais no SNS;
- xi. Valorizar a produção científica enquanto indicador de qualidade e produção das diferentes instituições do SNS.

São **Serviços de Administração Geral da DE-SNS, I.P.**, assumindo a natureza de serviços comuns:

⇒ **1. O Serviço de Gestão Interna**

Compete ao Serviço de Gestão Interna³³, abreviadamente designado por SGI, a gestão financeira, de recursos humanos, das tecnologias de informação, aprovisionamento, documentos e património da DE-SNS, I.P.

Ao nível financeiro compete ao SGI:

- a) Elaborar, acompanhar e prestar contas sobre a utilização dos recursos colocadas à disposição da DE-SNS, I.P., na prossecução das orientações estratégicas emanadas, e de acordo com os princípios da legalidade, economia, eficiência e eficácia;
- b) Assegurar o acompanhamento da execução do orçamento da DE-SNS, I.P., incluindo a elaboração dos relatórios financeiros, garantindo o cumprimento dos procedimentos técnicos, administrativos e contabilísticos de acordo com princípios de boa gestão e com as disposições legais aplicáveis;
- c) Proceder à instrução dos processos relativos ao ciclo da despesa e da receita, na vertente financeira, informando da sua pertinência, e conformidade com o manual de procedimentos aprovado pela DE-SNS, I.P.;
- d) Promover a constituição e regularização de fundos de maneio;
- e) Assegurar a prestação de informação financeira nos termos previstos na legislação em vigor às diversas entidades da Administração Pública.

Ao nível da gestão de pessoas que integram a DE-SNS, I.P., compete ao SGI:

- a) Assegurar a gestão dos recursos humanos;
- b) Assegurar a gestão administrativa dos recursos humanos no cumprimento das disposições normativas internas e da legislação em vigor;
- c) Promover o desenvolvimento sociocultural dos trabalhadores;

³³ Cfr. Artigo 15.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- d) Elaborar os pareceres e as informações de natureza técnico-jurídica nas matérias dos recursos humanos;
- e) Promover a aplicação das medidas de segurança e higiene no trabalho definidas para a Administração Pública;
- f) Organizar e manter atualizada a informação relativa aos recursos humanos da DE-SNS, I.P.;
- g) Organizar e manter atualizados os processos individuais dos trabalhadores afetos à DE-SNS, I.P.;
- h) Assegurar o acompanhamento dos procedimentos de recrutamento e seleção, bem como executar os procedimentos administrativos relativos à constituição, modificação e extinção das relações jurídicas de trabalho;
- i) Assegurar o processamento das remunerações e outros abonos;
- j) Promover e organizar o processo de aplicação do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho na Administração Pública;
- k) Elaborar o balanço social;
- l) Emitir pareceres em matéria de recursos humanos e criação ou alteração de mapas de trabalhadores, nos termos legalmente fixados;
- m) Identificar as necessidades de formação e aperfeiçoamento profissionais;
- n) Assegurar a gestão e organizar a formação dos recursos humanos.

Ao nível da gestão dos sistemas de informação da DE-SNS, I.P., compete ao SGI:

- a) Gerir o sistema de gestão documental e processual;
- b) Gerir o sítio da internet da DE-SNS, I.P.;
- c) Assegurar a conceção e edição de publicações internas;
- d) Realizar todas as ações relativas à receção, registo, classificação, encaminhamento e expedição de correspondência;
- e) Organizar os arquivos intermédio e definitivo, bem como atualizar o Plano de Classificação de Documentos;

- f) Administrar e gerir os sistemas informáticos, a infraestrutura de rede e as aplicações desenvolvidas para a DE-SNS, I.P., assegurando a sua atualização, manutenção e a implementação dos controlos de segurança;
- g) Definir a arquitetura e o conteúdo funcional das aplicações informáticas de apoio à atividade da DE-SNS, I.P.;
- h) Gerir e otimizar o parque informático e as bases de dados dos sistemas de informação internos e propor os processos de aquisição de equipamentos, serviços e aplicações informáticas;
- i) Proceder a auditorias internas aos equipamentos e aos sistemas de informação e elaborar os respetivos relatórios;
- j) Assegurar o acompanhamento dos utilizadores no domínio da informática;
- k) Elaboração de relatórios no âmbito da sua área de atuação e respetivo envio nos termos legalmente previstos.

Ao nível da gestão da contratação, aprovisionamento e património da DE-SNS, I.P., compete ao SGI:

- a) Organizar os procedimentos e a celebração de contratos de aquisição de bens e serviços;
- b) Gerir os contratos existentes na DE-SNS, I.P., incluindo os de prestação de serviços;
- c) Assegurar a receção dos bens adquiridos, procedendo ao seu registo e proceder à gestão adequada dos bens existentes em armazém;
- d) Garantir o inventário centralizado de todos os bens da DE-SNS, I.P.;
- e) Proceder ao registo dos bens e serviços no sistema de informação da DE-SNS, I.P.;
- f) Planear e promover as medidas tendentes à eficiência energética nos edifícios afetos à DE-SNS, I.P.;
- g) Proceder à criação e atualização da base de dados de cadastro dos respetivos imóveis;
- h) Planear e coordenar a implementação de medidas com vista ao cumprimento da legislação em vigor nas áreas da segurança de instalações e equipamentos, eliminação de barreiras

arquitetónicas e segurança e saúde no trabalho, elaborando para o efeito as respetivas normas técnicas;

- i) Assegurar a gestão, manutenção e conservação das instalações e seus equipamentos;
- j) Gerir a frota automóvel da DE-SNS, I.P.

⇒ **2. O Serviço Jurídico**

Ao Serviço Jurídico³⁴, abreviadamente designado SJ, compete:

- a) Assegurar a assessoria jurídica ao diretor executivo, ao Conselho de Gestão e aos demais departamentos da DE-SNS, I.P.;
- b) Emitir pareceres jurídicos, bem como acompanhar a instrução de processos administrativos;
- c) Elaborar minutas de contratos, protocolos, regulamentos, circulares ou outros documentos de natureza normativa que lhe sejam solicitados pelo diretor executivo ou pelo conselho de gestão;
- d) Emitir parecer sobre reclamações ou recursos administrativos, bem como exposições ou petições respeitantes a atos ou procedimentos dos mesmos órgãos;
- e) Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares;
- f) Assegurar o apoio à instrução dos processos de contraordenação;
- g) Assegurar a informação e o apoio necessários à preparação e acompanhamento dos processos, nomeadamente judiciais e administrativos;
- h) Assegurar a atividade de contencioso e o exercício do mandato judicial nos processos em que a DE-SNS, I.P., seja parte;
- i) Emitir certidões sobre processos que lhe estão confiados;
- j) Promover ações de formação, na vertente jurídica, destinadas aos trabalhadores da DE-SNS, I.P.;

³⁴ Cfr. Artigo 16.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

- k) Apoiar o diretor executivo na articulação com a ACSS, I.P. na negociação dos instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e no relacionamento com as associações sindicais representativas dos trabalhadores da DE-SNS, I.P.

⇒ **3. O Serviço de Comunicação e Marca**

Ao Serviço de Comunicação e Marca³⁵, abreviadamente designado por SCM, compete:

- a) Conceber e implementar planos de comunicação, quer a nível interno do SNS, quer externo, dirigidos a utentes e profissionais, promovendo as boas práticas e a literacia em saúde;
- b) Gerir e promover a marca do SNS;
- c) Assegurar a comunicação institucional com os *media* e as relações-públicas da DE-SNS, I.P.;
- d) Conceber, planejar, implementar, gerir e avaliar soluções de comunicação digital;
- e) Gerir o sítio da internet do SNS e as redes sociais da DE-SNS, I.P.;
- f) Estabelecer parcerias estratégicas com vista a aumentar o impacto da comunicação do SNS em diferentes públicos-alvo;
- g) Promover a articulação e alinhamento entre as equipas de comunicação dos estabelecimentos e serviços do SNS.

⇒ **4. O Serviço de Auditoria Interna**

Ao Serviço de Auditoria Interna³⁶ da DE-SNS, I.P., abreviadamente designado de SAI, compete:

- a) Assegurar a eficácia do sistema de controlo interno, bem como contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento;
- b) Identificar e promover as melhores práticas no âmbito da prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação da DE-SNS, I.P.;
- c) Desenvolver a auditoria interna na DE-SNS, I.P., incidindo sobre a eficiência e eficácia das operações e processos, a confiança e integridade da informação financeira e operacional e a

³⁵ Cfr. Artigo 17.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

³⁶ Cfr. Artigo 18.º dos Estatutos da DE-SNS, I.P., aprovados em anexo à Portaria n.º 306-A/2023, de 12 outubro.

conformidade com a legislação, regulamentos, normas e procedimentos e contratos, em particular, nas áreas de maior risco;

- d) Acompanhar o planeamento de trabalhos dos auditores externos, revisores oficiais de contas e de todas as entidades com competência de fiscalização e avaliação no âmbito do controlo interno e da auditoria financeira sobre a DE-SNS, I.P., de forma a assegurar a cobertura adequada e a minimizar a duplicação de esforços.

Para além das unidades flexíveis já criadas, até ao momento, na dependência dos departamentos e serviços suprarreferidos, foram ainda criadas outras nas áreas conexas, na dependência direta dos seguintes órgãos:

I. Do Diretor Executivo:

⇒ 1. A Unidade de Gestão do Acesso

A Unidade de Gestão do Acesso (UGA) era uma unidade funcional da ACSS, I.P. que, com a extinção das Administrações Regionais de Saúde, concretizada pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro, transitou para as competências da DE-SNS, I.P.

À UGA³⁷ compete:

- a) Propor e manter um glossário semântico que permita estabelecer uma coerência de todas as designações associadas ao SIGA SNS;
- b) Propor e manter fluxos integrados e coerentes relativos ao circuito dos utentes ao longo da cadeia de prestação de cuidados de saúde no SNS;
- c) Definir os requisitos mínimos, em concordância com as normas da DGS, relativos às prestações e registo de eventos clínicos;

³⁷ Competências cfr. Artigo 16.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril - Regulação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos Utentes ao Serviço Nacional de Saúde.

- d) Definir um conjunto mínimo de dados de natureza clínica, administrativa e outra a registar nos sistemas de informação das instituições do SNS e a transferir para a plataforma informática do SIGA SNS;
- e) Garantir a qualidade e a atualização permanente dos registo referentes ao percurso dos utentes nas listas de inscritos para prestação de cuidados de saúde no SNS, bem como da capacidade instalada e dos prestadores de serviços, assegurando a coerência dos dados e a sua transferência nos termos da alínea anterior;
- f) Definir os protocolos de transferência de utentes entre instituições do SNS, bem como elaborar os circuitos associados, assegurando os mecanismos de acompanhamento dos utentes e de comunicação entre aquelas instituições;
- g) Prever o impacto das medidas instituídas no âmbito do SIGA SNS e propor objetivos de produção, qualidade e tempos de resposta;
- h) Reportar às estruturas competentes informação relevante que suporte e direcione a contratualização da produção para a procura expressa e não satisfeita, no âmbito do SIGA SNS;
- i) Acompanhar a execução dos contratos negociados com as instituições prestadoras dos cuidados de saúde do SNS, no que respeita à totalidade da produção programada e não programada;
- j) Monitorizar a atividade assistencial realizada nas instituições do SNS, com especial ênfase para o acesso, a equidade e os tempos de resposta garantidos para as prestações de saúde integradas no SIGA SNS;
- k) Emitir orientações relativas a questões processuais do âmbito do SIGA SNS, designadamente em matéria de classificação e codificação nos registo e demais documentos;
- l) Definir e zelar pelo cumprimento das regras de confidencialidade dos dados dos utentes inscritos nas listas de inscritos para as várias prestações de cuidados de saúde englobadas no SIGA SNS;

- m) Preparar e divulgar, nos termos que estiverem definidos, a informação relevante relacionada com a atividade das diferentes instituições do SNS e entidades convencionadas, nomeadamente a informação que integra a área dos tempos de espera do Portal do SNS;
- n) Estabelecer e promover a colaboração com a DGS, com peritos, com os colégios de especialidades da Ordem dos Médicos e com sociedades médicas e de outros profissionais de saúde, bem como com representantes da Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Nutricionistas, Ordem do Psicólogos e Ordem do Biólogos, com vista à elaboração e à permanente atualização dos protocolos de normalização da atividade e da prática clínica para os principais procedimentos realizados nas instituições do SNS;
- o) Participar na definição dos TMRG por nível de prioridade clínica, por patologia ou por grupo de patologias;
- p) Participar no processo de revisão da tabela de preços da produção realizada no âmbito do SNS, bem como na definição de normas para pagamento às equipas das instituições do SNS;
- q) Participar na definição e na validação das especificações funcionais dos sistemas de informação do SIGA SNS, bem como na análise funcional da interação destes sistemas de informação com a plataforma SIGA SNS;
- r) Colaborar na realização de auditorias às instituições do SNS, ou com acordos ou convenções válidas, para determinar se o registo de informação, os processos estabelecidos e as demais obrigações decorrentes do SIGA SNS estão a ser cumpridos;
- s) Avaliar e pronunciar-se sobre informações, nomeadamente reclamações de utentes ou outras entidades, relativamente a matérias relacionadas com o acesso e a prestação de cuidados de saúde e gestão do utente no sistema, encaminhando os processos instruídos para as entidades competentes sempre que considerado oportuno;
- t) Garantir a deteção e o registo das não conformidades processuais na gestão do utente e demais obrigações ao abrigo dos regulamentos do SIGA SNS;
- u) Emitir e enviar as notas de transferência e os vales de cirurgia, nos termos previstos nos regulamentos em vigor;

- v) Registar nos sistemas de informação as não conformidades, apuradas de acordo com os regulamentos em vigor;
- w) Avaliar, em sede de recurso, as contestações apresentadas pelas instituições em relação às não conformidades, registadas nos termos da alínea anterior;
- x) Reportar às entidades competentes as situações detetadas em sede de auditoria, nomeadamente à IGAS, ou a outras instituições com competência em auditoria e fiscalização da atividade do SNS, quando se justifique.

⇒ **2. A Equipa Nacional de Apoio à Implementação e Desenvolvimento das USF B**

A Equipa Nacional de Apoio à Implementação e Desenvolvimento das USF B (ENA) está prevista no n.º 2 do artigo 40.º do procedimento de candidatura aplicável à constituição das USF modelo B previsto no n.º 1 do artigo 7.º do regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro, na sua redação atual.

É uma equipa técnica, que funciona junto da DE-SNS, I.P., cabendo-lhe, por um lado, dinamizar e uniformizar o procedimento de constituição das USF modelo B e, por outro lado, acompanhar e desenvolver as boas práticas de gestão e de governação clínica e de saúde nestas USF, em articulação com a Unidade Local de Saúde (ULS) respetiva.

A ENA é dirigida por um coordenador e é constituída por uma equipa que integra profissionais com conhecimentos e experiência no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente em áreas de gestão, governação clínica e de saúde, contratualização, recursos humanos e sistemas de informação.

O coordenador e a respetiva equipa são designados por despacho do diretor executivo da DE-SNS, I.P., para um período de três anos, renovável por iguais períodos.

A ENA pode solicitar a colaboração de representantes de outros serviços e organismos do Ministério da Saúde, assim como de outras entidades ou personalidades de reconhecido mérito e competência nas matérias em causa.

O funcionamento da ENA é definido em regulamento interno, aprovado pela DE-SNS, I.P.

À ENA compete, nomeadamente:

- a) Operacionalizar as linhas estratégicas definidas para o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários no SNS, promovendo a discussão participada, interna e externa;
- b) Coordenar e apoiar tecnicamente, a constituição de novas USF modelo B, nomeadamente através do acompanhamento das equipas multiprofissionais durante o processo de candidatura e da sua avaliação, realizada em articulação com os órgãos de gestão e de governação clínica das ULS onde se inserem;
- c) Acompanhar o desenvolvimento organizacional das USF, procurando aprofundar os seus princípios enquadradores, nomeadamente a prestação de cuidados de saúde em proximidade, centrados no cidadão, praticados por equipas multiprofissionais com autonomia funcional e técnica, num quadro de responsabilidade, solidariedade, compromisso e assunção de objetivos comuns, que são contratualizados e, portanto, sujeitos a avaliação;
- d) Colaborar no desenvolvimento de uma política de gestão da qualidade, que promova a prestação de contas e a melhoria contínua do desempenho;
- e) Elaborar pareceres ou documentos técnicos, no âmbito das suas competências;
- f) Pronunciar-se, ou propor orientações, procedimentos ou intervenções, no âmbito das suas competências, incluindo o que respeitar a recursos humanos e a instalações e equipamentos para as USF;
- g) Propor e participar em iniciativas de divulgação, debate e promoção das USF.

⇒ 3. A Unidade de Urgência e Emergência Médica

Por Despacho n.º 12638/2024, de 23 de outubro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de outubro de 2024, foi criada a Unidade de Urgência e Emergência Médica (UUEM), na dependência direta do diretor executivo, com o objetivo de apoiar a missão da DE-SNS,I.P. no âmbito da execução do Plano de Emergência e Transformação na Saúde, nomeadamente nas competências relacionadas com a gestão do acesso aos cuidados de saúde e resposta assistencial no contexto de urgência/emergência, integrando o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciado do doente urgente/emergente, assim como a promoção de boas práticas na gestão e

coordenação entre hospitais e serviços de urgência e identificando as respetivas oportunidades de melhoria na rede de referenciação por especialidades, bem como o planeamento estratégico e monitorização contínua junto das entidades, de forma a garantir o cumprimento dos objetivos contratualizados, promovendo boas práticas que potenciem a otimização dos recursos.

Esta unidade apoiará a capacidade operacional da DE-SNS, I.P. nas referidas áreas, propondo a implementação de medidas que promovam uma gestão eficiente dos recursos da rede de urgência e emergência e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da rede integrada do SNS, em articulação com o Sistema de Saúde no seu todo e em alinhamento com a Comissão de Planeamento de Emergência da Saúde.

Para a prossecução dos seus objetivos, compete à UUEM, em particular, promover assessoria especializada na área da Urgência e Emergência, visando a melhoria da gestão do acesso aos cuidados de saúde e resposta assistencial no contexto de urgência/emergência.

Esta unidade é dirigida por um coordenador e constituída por uma equipa multidisciplinar no sentido de assegurar as competências atribuídas.

⇒ **4. Coordenação Nacional da Rede de Cuidados Continuados Integrados**

Tendo sido criada em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI resulta de uma parceria entre o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e o Ministério da Saúde.

A nível nacional existe uma coordenação conjunta de ambos os Ministérios, designada por Comissão Nacional de Coordenação RNCCI, que, com a extinção das Administrações Regionais de Saúde, concretizada pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 06 de setembro, transitou para as competências da DE-SNS, I.P. Esta Comissão tem dois coordenadores, indicados por cada um dos ministérios, que representam as seguintes entidades: ACSS, I.P.; DGS; Instituto da Segurança Social, I.P.; Direção-Geral da Segurança Social; Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

As competências desta Comissão Nacional de Coordenação são as previstas no Despacho n.º 176-D/2019, de 4 de janeiro:

- a) Coordenar a Rede, conforme estipula o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, e pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho;
- b) Liderar a estratégia para a RNCCI, incluindo os cuidados de saúde mental e pediátricos, assegurando uma efetiva articulação e complementaridade das áreas da saúde e da segurança social no desenvolvimento e implementação do modelo, bem como a conceção e implementação de outras estratégias associadas, conducentes a ganhos em saúde e de bem-estar, em articulação com outros serviços competentes nestas matérias;
- c) Assessorar os órgãos da administração central e regional do Ministério da Saúde e os organismos do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social nas matérias relacionadas com os cuidados continuados integrados, nomeadamente nas decisões de planeamento, aquisição e instalação de serviços, recursos humanos e tecnologia, adequados aos objetivos a prosseguir;
- d) Elaborar, em articulação com as equipas coordenadoras regionais, e propor a aprovação, pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, dos planos estratégicos anuais e plurianuais para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados no país e elaborar os respetivos relatórios de execução;
- e) Planear o alargamento e desenvolvimento da RNCCI, considerando rácios de cobertura e necessidades avaliadas, propondo às tutelas, sob proposta das equipas coordenadoras regionais, a celebração de contratos com as entidades prestadoras da Rede, bem como a respetiva denúncia em caso de infrações administrativas;
- f) Promover um planeamento territorial articulado, considerando a capacidade instalada ao nível das respostas do Sistema Nacional de Saúde e da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, utilizando instrumentos de planeamento, nomeadamente a Carta Social, de modo a contribuir para uma melhor identificação e conhecimento das respostas existentes;
- g) Promover formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde primários, serviços locais de saúde mental e com os serviços e equipamentos sociais, evitando a sobreposição de apoios e

meios, garantindo uma melhor disseminação territorial dos serviços e cuidados em função das necessidades mais prementes;

- h) Aprovar as normas técnicas e guias de boas práticas para prestação de cuidados continuados integrados;
- i) Propor critérios de certificação, acreditação e avaliação da qualidade das respostas da Rede, assegurando a devida articulação entre os organismos competentes dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, de acordo com o quadro de competências definido;
- j) Identificar procedimentos, protocolos e indicadores que permitam qualificar a prestação dos cuidados e fazer emergir boas práticas, promovendo uma avaliação de resultados, que permita considerar possíveis incentivos de desempenho a atribuir às unidades e ou aos profissionais;
- k) Promover, em articulação com os organismos dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, a orientação estratégica e técnica no domínio da formação contínua e transversal dos diversos grupos de profissionais e de cuidadores a envolver na prestação de cuidados continuados integrados;
- l) Acompanhar, avaliar e propor eventuais alterações aos modelos de funcionamento e de financiamento dos cuidados continuados integrados, para aprovação pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde;
- m) Elaborar os termos de referência para a contratualização com as instituições públicas, privadas e sociais prestadoras de cuidados no âmbito da Rede, em articulação com os organismos competentes dos dois Ministérios envolvidos;
- n) Tomar conhecimento das reclamações apresentadas pelos utentes nos estabelecimentos e instituições da Rede e propor medidas corretivas;
- o) Definir linhas estratégicas de investigação e indicadores base que permitam a validação de projetos e ou programas de investigação desenvolvidos por investigadores individuais ou pela academia;

- p) Promover o desenvolvimento da plataforma informática da Rede, sua manutenção e permanente atualização, em articulação com os serviços e organismos competentes dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde;
- q) Monitorizar e acompanhar as equipas de coordenação regional na implementação dos planos estratégicos anuais e plurianuais para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados no País;
- r) Apresentar semestralmente relatórios de acompanhamento da Rede;
- s) Desempenhar outras funções necessárias à respetiva missão, bem como todas as que lhe sejam atribuídas pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde.

A coordenação da rede, a nível regional, é assegurada por cinco (5) equipas – Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) –, uma por cada região de saúde do SNS (cfr. artigo 6.º do Estatuto do SNS), constituídas, respetivamente, por elementos da DE-SNS, I.P., e dos Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), nos termos definidos pelo Despacho Conjunto N.º 19 040/2006, de 19 de setembro.

As ECR articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede.

⇒ **5. Gabinete do Diretor Executivo**

Por Despacho n.º 3320/2025, de 14 de março, do diretor executivo, foi criada a equipa de projeto, designada de Gabinete do Diretor Executivo (GDE), a qual tem os objetivos específicos de natureza multidisciplinar seguintes:

- a) O apoio administrativo, organizacional e técnico na execução, gestão e coordenação de assuntos específicos que lhe sejam atribuídos, monitorizando e avaliando a respetiva realização;
- b) A colaboração na gestão da comunicação interna, externa e das relações institucionais; e
- c) O desenvolvimento de procedimentos específicos que lhe sejam diretamente atribuídos.

A equipa de projeto tem a duração de vinte e quatro meses, com possibilidade de renovação por período inferior, sendo dotada de um coordenador e de até seis trabalhadores.

II. Conselho de Gestão:

⇒ 6. Unidade de Gestão do Medicamento e Outras Tecnologias de Saúde

Por Despacho n.º 10557/2024, de 6 de setembro, do diretor executivo, com efeitos a 1 de setembro de 2024, foi criada a Unidade de Gestão do Medicamento e Outras Tecnologias de Saúde (UGMTS), na dependência direta do Conselho de Gestão, com o objetivo de apoiar a missão da DE-SNS, I.P., nomeadamente nas competências relacionadas com a gestão do acesso aos cuidados de saúde e resposta assistencial, promovendo as boas práticas na gestão e utilização do medicamento e outras tecnologias de saúde e identificando as respetivas oportunidades de melhoria, bem como nas relativas ao controlo de gestão, monitorizando e identificando medidas de revisão e utilização das tecnologias de saúde e acompanhando a sua implementação junto das entidades, de forma a garantir o cumprimento dos objetivos contratualizados, promovendo boas práticas que potenciem a otimização dos recursos.

Esta unidade está vocacionada especialmente para este efeito e apoiará a capacidade operacional da DE-SNS, I.P. nestas áreas, propondo a implementação de medidas que promovam a eficiente alocação e utilização dos recursos farmacológicos e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados no âmbito da rede integrada do SNS, em articulação com o Sistema de Saúde no seu todo.

Para a prossecução dos seus objetivos, compete-lhe, em particular, promover assessoria especializada na área de Farmácia e do Medicamento, visando a melhoria da gestão abrangente e utilização racional, equitativa e sustentável do medicamento e de outras tecnologias de saúde no território nacional.

A UGMTS é coordenada por um especialista em Farmácia de Hospital e até cinco coordenadores de UO flexíveis regionais, também especialistas em Farmácia de Hospital e respetiva equipa de farmacêuticos, sem prejuízo da disponibilidade de médicos consultores que, mantendo o seu exercício clínico em diferentes estruturas do SNS, aportem relevantes contributos para as estratégias e documentos estabelecidos pela DE-SNS, I.P. no presente âmbito.

A UGMTS tem uma duração de três anos.

⇒ **7. Gabinete de Segurança do SNS**

Pelo Despacho n.º 3769/2024, de 8 de abril, do diretor executivo, foi criado o Gabinete de Segurança do SNS (GSSNS) na dependência do Conselho de Gestão. O referido despacho entrou em vigor no dia 25 de março de 2024³⁸.

O GSSNS tem como objetivo a promoção de ambientes seguros, saudáveis e impulsionadores de confiança, nas instituições do setor da saúde, assegurando a orientação, a coordenação e o acompanhamento das estruturas de segurança das instituições do SNS, cabendo-lhe ainda, a articulação e cooperação com outras instituições com intervenção na área da segurança e proteção civil, visando o aprofundamento das interações intersectoriais e o apoio ao desenvolvimento das boas práticas na atuação em matéria de segurança e prevenção de violência.

Para a prossecução dos seus objetivos, compete ao GSSNS:

- a) Elaborar e proceder à implementação das medidas necessárias para prevenir e combater situações de insegurança e violência nas instituições do SNS;
- b) Definir prioridades e emitir diretrizes a que devem obedecer os planos de segurança e prevenção da violência das instituições do SNS;
- c) Emitir normas e orientações no âmbito da prevenção da violência no setor da saúde;
- d) Estabelecer prioridades de intervenção e parcerias com outras entidades da Administração Pública;
- e) Conceber, implementar e desenvolver procedimentos de monitorização e acompanhamento em matéria de segurança nas instituições do SNS;
- f) Conceber instrumentos, procedimentos e recursos que contribuam para a resolução de problemas identificados pelas instituições do SNS;
- g) Proceder à monitorização dos sistemas segurança das instituições do SNS;
- h) Promover em articulação com as forças de segurança a elaboração de planos de prevenção e combate à violência nas instituições do SNS;

³⁸ Declaração de Retificação n.º 308/2024/2, de 6 de maio.

- i) Promover e acompanhar programas de intervenção na área da segurança, garantindo a necessária articulação com os Programa de Proximidade existentes;
- j) Realizar visitas de segurança e reuniões de trabalho nas instituições do SNS;
- k) Organizar ações de formação específicas sobre segurança, dirigidas aos profissionais da saúde;
- l) Promover e assegurar a realização periódica de exercícios e simulacros, não só para testar os meios exteriores envolvidos como para fomentar uma maior consciencialização da segurança no sistema de saúde;
- m) Manter uma permanente articulação e cooperação com as estruturas conexas em matéria de segurança no setor da saúde;
- n) Colaborar com a DGS na execução do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde;
- o) Colaborar com outros organismos no domínio da proteção civil com vista a adotar mecanismos de colaboração do SNS, no âmbito da resposta a situações de catástrofe;
- p) Acompanhar experiências modelos de intervenção em execução noutras países.

O GSSNS tem uma duração de dois anos.

III. Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo:

⇒ 8. Gabinete de Conformidade Normativa

Por Despacho n.º 13716/2024, de 20 de novembro, do diretor executivo, foi criada a equipa de projeto no âmbito do programa de cumprimento normativo, designada de Gabinete de Conformidade Normativa (GCoN), que se encontra na sua dependência, tendo entrado em vigor na data da sua publicação.

A Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, aprovou os Estatutos da DE-SNS, I.P., definiu a sua organização interna e densificou as suas atribuições e competências, tornando-se necessário proceder à criação dos documentos e dos instrumentos de gestão nos domínios da conformidade normativa, da prevenção e gestão de riscos, em especial, para responder ao regime geral de

prevenção da corrupção, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como ao regime geral de proteção de denunciantes, previsto na Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, diploma que transpôs para a ordem jurídica interna a Diretiva (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019.

Pelo Despacho n.º 1/PCN/2024, foi designado o Responsável pelo Cumprimento Normativo³⁹ e determinada a criação de uma equipa de projeto de suporte ao exercício dessa função.

Esta equipa tem como objetivos multidisciplinares o apoio à implementação do programa de cumprimento normativo, previsto no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o MENAC e estabelece o RGPC, e à operacionalidade das obrigações decorrentes da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciantes de infrações.

Esta equipa de projeto tem a duração de vinte e quatro meses.

³⁹ Alterado através do Despacho do diretor executivo n.º 03/DE/2025 de 13 de fevereiro de 2025, que procede à designação da Dra. Ana João Vieira Rangel, vogal do Conselho de Gestão, como Responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo da DE-SNS, I.P.

3. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PPR

O presente PPR apresenta uma estrutura simples e objetiva, organizada por capítulos, nos quais são abordados os temas indispensáveis para cumprimento do seu propósito, em conformidade com o RGPC. Neste sentido, o principal objetivo do PPR é identificar potenciais situações de risco, com especial relevância para os riscos de corrupção e infrações conexas – transversais a todas as UO da DE-SNS, I.P., e específicos daquelas – e associar medidas que reduzam a probabilidade da sua ocorrência e reduzam o impacto, identificando os responsáveis pela sua implementação.

3.1. Responsabilidades

O PPR da DE-SNS, I.P. é, em primeira linha, da responsabilidade do órgão diretivo da DE-SNS, I.P., ou seja, do diretor executivo, coadjuvado pelo Responsável do Programa de Cumprimento Normativo.

A identificação dos riscos específicos de cada UO é da responsabilidade dos respetivos dirigentes.

A implementação das medidas definidas para mitigar os riscos específicos identificados é da responsabilidade dos dirigentes de cada UO ou de outros trabalhadores da mesma UO, designados para o efeito, de acordo com a informação que consta em cada uma dessas medidas.

A definição e a implementação das medidas preventivas, ou corretivas, de cada UO, sem prejuízo do papel central do dirigente, devem envolver todos os trabalhadores da mesma unidade. Estes devem participar ativamente na identificação dos riscos específicos das suas UO, como na implementação das medidas definidas, garantindo um compromisso coletivo com a gestão eficaz do risco.

O responsável pela monitorização, avaliação e revisão do PPR da DE-SNS, I.P. é o SAI⁴⁰, o qual é também responsável por elaborar a Metodologia da Avaliação dos Riscos e os Relatórios de Avaliação – Intercalar e Anual (RAI e RAA, respetivamente) –, bem como fazer o acompanhamento das atividades inerentes ao mesmo.

O diretor executivo tem a responsabilidade de proceder à aprovação da Metodologia da Avaliação dos Riscos, do PPR e dos seguintes RAI e RAA.

Atividades	Responsabilidades
------------	-------------------

⁴⁰ Despacho do diretor executivo n.º 3/PCN/2024 de 13 de novembro de 2024 – procede à designação do Diretor do SAI como responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR.

	Dirigentes / Trabalhadores das UO	SAI	Responsável PCN	Diretor Executivo do SNS
→ Elaboração e Aprovação da Metodologia de Avaliação dos Riscos	---	●	○	●
→ Identificação, Análise e Classificação dos Riscos Transversais à DE-SNS, I.P.	---	●	○	---
→ Identificação, Análise e Classificação dos Riscos Específicos das UO	●	○	○	---
→ Implementação das Medidas Preventivas ou Corretivas Específicas	●	○	○	---
→ Monitorização, Avaliação e Revisão do PPR	○	●	○	---
→ Coordenação da Execução do PPR	○	●	○	---
→ Elaboração e Aprovação do PPR	●	●	○	●
→ Elaboração e Aprovação do RAI e do RAA	---	●	○	●
→ Divulgação e Publicitação do PPR e do RAI e do RAA	---	●	○	---
Responsabilidade Principal: ● / Envolvimento: ○				

3.2. Identificação, Análise e Classificação dos Riscos

O presente capítulo descreve a metodologia adotada pela DE-SNS, I.P. na análise do risco, a qual assenta na identificação dos riscos e na graduação do nível de risco, sendo complementada com as correspondentes medidas preventivas e corretivas. Esta abordagem aplica-se tanto aos riscos transversais da organização como aos riscos específicos de cada UO, procurando garantir uma gestão integrada e eficaz dos riscos identificados.

A metodologia que foi considerada para se proceder à identificação dos riscos, da graduação do nível de risco, e das medidas de prevenção, das UO que constituem a DE-SNS, I.P., compreenderam as seguintes etapas:

- 1) **Reuniões** com os dirigentes e outros trabalhadores que tenham sido designados para a gestão do risco das UO, com os seguintes objetivos:

- a. Apresentar e divulgar a Metodologia de Avaliação do Risco da DE-SNS, I.P., nas suas duas vertentes: riscos transversais e riscos específicos;
- b. Apresentar e divulgar o PPR;
- c. Definir um cronograma de trabalho, que inclui as sessões formativas e as sessões de trabalho, assegurando a participação de todos os trabalhadores.

2) Sessões formativas, com os seguintes objetivos:

- a. Promover a partilha de informação;
- b. Fomentar a reflexão e uniformizar conceitos fundamentais para a avaliação e gestão do risco, nomeadamente: i) a cultura organizacional; ii) a integridade; iii) o conflito de interesses; iv) os riscos de gestão e os riscos de corrupção e infrações conexas; v) a avaliação da probabilidade de ocorrência do risco, bem como do impacto previsível e do nível do mesmo; vi) a identificação e caracterização das medidas face aos diferentes riscos identificados.

3) Sessões de trabalho, focadas na identificação, análise e classificação dos riscos específicos, bem como na definição das medidas preventivas ou corretivas a adotar.

Realizadas individualmente ou, em grupo, estas sessões destinam-se a realizar um conjunto de tarefas destinadas à elaboração das matrizes dos riscos específicos das UO seguindo, sucessivamente, as seguintes fases:

1º Identificação das atividades-chave inerentes às competências da UO.

2º Identificação dos riscos específicos associados às atividades, cuja probabilidade de ocorrência, e respetivo impacto das consequências, configurem riscos de gestão para a DE-SNS, I.P., incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas.

3º Análise dos riscos: efetuada segundo critérios de probabilidade de ocorrência e de gravidade da consequência, ou seja, considerando o impacto previsível de cada risco.

4º Nível do risco: resultante da conjugação do grau de probabilidade com o impacto desses fatores de risco identificados.



5º Elaboração das Matrizes de riscos específicos das UO.

3.2.1. Análise dos Riscos e Definição do Nível de Risco

Para cada atividade, procede-se à análise dos diferentes riscos identificados, atribuindo-se uma graduação, suportada na avaliação da probabilidade de ocorrência e no impacto previsível, com base na matriz de classificação do risco apresentada infra.

A avaliação do risco, adotada na DE-SNS, I.P., segue os critérios apresentados nos quadros infra, relacionando as variáveis “Probabilidade da Ocorrência dos Riscos” (PO) com o “Impacto Previsível da Ocorrência dos Riscos” (IP).

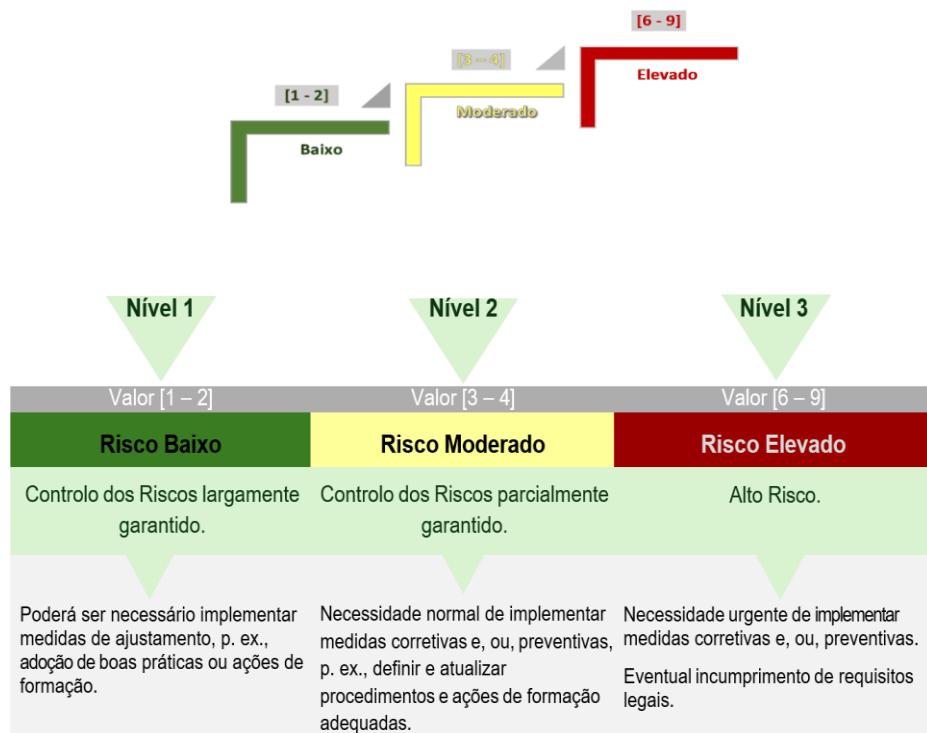
No que concerne à PO, a graduação é realizada recorrendo a uma escala de um (1) a três (3), correspondendo aos níveis de probabilidade “Baixa” (1), “Média” (2) e “Alta” (3).

PO		
Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
↳ O Risco é residual, existindo a possibilidade da sua ocorrência, mas com a hipótese de obviar o episódio através de um efetivo controlo e dos procedimentos existentes.	↳ Existe a possibilidade da ocorrência do Risco, mas com a hipótese de obviá-la através da tomada de decisões e ações adicionais.	↳ Existe forte possibilidade de ocorrência do Risco e verifica-se a escassez de hipóteses de obviar o evento, mesmo com a adoção de decisões e ações adicionais.

Relativamente à avaliação do IP, que se associa aos possíveis efeitos decorrentes da concretização dos atos que se pretendem prevenir, também se adota uma escala de um (1) a três (3), correspondendo aos níveis de ocorrência “Baixo” (1), “Médio” (2) e “Alto” (3):

IP		
Baixo (1)	Médio (2)	Alto (3)
↳ Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo atualização da calendarização das atividades ou projetos.	↳ Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e custos.	↳ Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão.

Deste modo, o cruzamento da avaliação da PO e do IP permite classificar os riscos nos níveis Baixo, Moderado ou Elevado, resultando a seguinte escala de Nível de Risco (NR)⁴¹:



Resultando a seguinte **Matriz Classificação do Risco**:

		Probabilidade da Ocorrência dos Riscos (PO)		
		Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Impacto Previsível da Ocorrência dos Riscos (IP)	Alto (3)	Moderado 3 (3x1=3)	Elevado 6 (3x2=6)	Elevado 9 (3x3=9)
	Médio (2)	Baixo 2 (2x1=2)	Moderado 4 (2x2=4)	Elevado 6 (2x3=6)
	Baixo (1)	Baixo 1 (1x1=1)	Baixo 2 (1x2=2)	Moderado 3 (1x3=3)

⁴¹ Em termos gráficos, são atribuídas, respetivamente, as cores verde, amarela e vermelha, de acordo com o nível de graduação atribuída.

3.2.2. Matrizes de Risco

Uma vez identificados os riscos e concluída a sua análise e avaliação, importa determinar as medidas a adotar para minimizar a sua ocorrência, sempre que seja impossível evitá-la, e registá-las nas respetivas matrizes de risco.

As medidas de prevenção do risco a implementar podem assumir diferentes naturezas e destinam-se a:



- ✓ **Evitar o risco**, eliminando a sua causa ou interrompendo as atividades que geram risco. Estas medidas são admissíveis para riscos elevados;
- ✓ **Prevenir o risco**, minimizando a sua probabilidade de ocorrência e o seu impacto negativo. Pode-se aplicar estas medidas em todos os riscos;
- ✓ **Aceitar o risco e os seus efeitos**, não adotando qualquer ação. Apenas admissível para riscos de nível baixo;
- ✓ **Transferir o risco**, deslocando ou partilhando parte do risco com terceiros, reduzindo a probabilidade de ocorrência ou do impacto previsto.

Nestas matrizes constam os riscos inerentes a cada atividade desenvolvida, identificados pelos dirigentes e demais trabalhadores das UO. As matrizes incluem ainda graduação do risco, de acordo com a escala supra apresentada, as medidas de prevenção e correção, bem como os responsáveis pela gestão do risco e implementação das medidas.

Para assegurar um controlo eficaz da execução do PPR da DE-SNS, I.P., todos os parâmetros que constituem a informação das matrizes de risco são numerados sequencialmente.

Salienta-se que, em cada atividade desenvolvida, podem ser identificados um ou mais riscos e, por cada risco, podem ser definidas uma ou mais medidas. Da mesma forma, os responsáveis pela sua implementação podem ser um ou vários, consoante o contexto.

Segue-se o modelo correspondente:

Matriz de Risco							
UO: _____							
Dirigente da UO: _____							
Atividades (A)	Riscos (R)	Análise e Classificação do Risco			Medidas (M)	Responsável pela Implementação da Medida (Resp)	
		PO	IP	NR			
A1:	R1:				M1:	Resp1:	
						Resp2:	
						Resp3:	
		M2:				(...)	
						(...)	
						(...)	
		M3:				(...)	
						(...)	
						(...)	
	R2:				(...)	(...)	
	R3:				(...)	(...)	
A2:	(...)				(...)	(...)	
(...)	(...)				(...)	(...)	

3.3. Monitorização, Avaliação e Revisão

O PPR da DE-SNS, I.P. é monitorizado quanto à eficiência do processo e à eficácia das medidas implementadas.

A implementação das medidas definidas para mitigar os riscos identificados é da responsabilidade dos dirigentes de cada UO da DE-SNS, I.P., ou de outros trabalhadores especificamente designados para esse efeito, conforme estabelecido em cada uma das medidas definidas.

Os dirigentes das várias UO desempenham um papel fundamental na prevenção e na deteção de situações suscetíveis de potenciar corrupção e, ou, de infrações conexas. Compete-lhes

supervisionar todas as atividades desenvolvidas, provendo, entre os trabalhadores, uma cultura sólida de transparência, de compromisso e de responsabilização.

Todos devem exercer as suas funções com determinação no cumprimento de rigorosos padrões éticos, jurídicos e morais, de acordo com os princípios da integridade, objetividade e honestidade, adotando uma postura firme de oposição à fraude e à corrupção.

Nesta fase, os dirigentes das UO asseguram a recolha de informação interna, nos moldes solicitados pelo SAI, recorrendo a instrumentos e procedimentos criados por este Serviço. Estes mecanismos permitem a sistematização de evidências, de forma a avaliar a eficácia (ou a eventual ineficácia) das medidas implementadas.

Adicionalmente, na fase da monitorização, os dirigentes das UO identificam e reportam os constrangimentos ou impedimentos (internos ou externos) que tenham surgido durante a implementação das medidas, assim como as oportunidades de desenvolvimento futuro.

O acompanhamento da eficácia das medidas implementadas, por via da monitorização e supervisão das atividades e procedimentos desenvolvidos, permitirá prevenir ou mitigar a ocorrência dos riscos identificados e assegurar o tratamento célere de situações que careçam de intervenção. Sempre que a matéria o justifique, este acompanhamento poderá resultar, no limite, na instauração de um procedimento de inquérito ou disciplinar, na comunicação à IGAS ou na eventual participação ao Ministério Público.

As ações de avaliação relativas à execução do PPR, à sua eficácia e à necessidade de eventuais ajustamentos, com vista à melhoria contínua do documento, serão refletidas nos relatórios de avaliação a elaborar em outubro do próprio ano da execução (para os riscos de nível elevado) e em abril do ano seguinte (abrangendo todos os riscos). A supervisão destas ações compete ao SAI.

Para assegurar um controlo efetivo da implementação das medidas, todos os parâmetros que constituem a informação das Matrizes de Avaliação da Execução do PPR são numerados sequencialmente, sendo que as medidas e responsáveis pela sua implementação correspondem às que foram identificadas nas respetivas matrizes de risco. Tal visa garantir a coerência e rastreabilidade do processo de gestão do risco.

Adicionalmente, em especial para as situações de não implementação ou de ineficácia das medidas, o dirigente da UO pode propor um Plano de Ação de Implementação das Medidas, permitindo, se necessário, a adoção de novas medidas, conforme modelo apresentado a seguir:

UO:		Dirigente da UO:		Plano de Ação de Implementação das Medidas (para as situações de não implementação ou de ineficácia da medida)				
Medidas (M)	Implementação? ("Sim" / "Não")	1) Eficácia da Medida (se implementada)		Prazo	Responsável pela Implementação	Medidas Adicionais a Implementar		
		2) Justificação da sua Não Implementação (quando não implementada)	Medidas Adicionais (MA)			Medidas Adicionais (MA)	Responsável pela Implementação	Prazo
M1:	Sim	1) Eficácia:	Resp1: Resp2: Resp3:	MA1:	Resp1:	MA1:	Resp1:	
	Não	2) Justificação:			MA2: (...)	MA2:	Resp2:	
					MA3: (...)	MA3:	Resp3:	
M2:	Sim	1) Eficácia:	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	
	Não	2) Justificação:			(...)	(...)	(...)	
M3:	Sim	1) Eficácia:	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	
	Não	2) Justificação:			(...)	(...)	(...)	

Sem prejuízo do acompanhamento continuado do PPR, conforme estabelecido no artigo 6.º do RGPC, as medidas associadas a riscos elevados são avaliadas num RAI, a ser elaborado pelo SAI no mês de outubro do ano a que respeita a execução do PPR (Ano N).

Este RAI assume especial relevância para aquelas UO que identificaram riscos de impacto elevado, por exemplo, nomeadamente naqueles casos que exigem a adoção de medidas adicionais para mitigação do risco.

Após aprovação do diretor executivo, o RAI é remetido, no prazo de 10 dias, ao membro do Governo responsável pela área governativa da saúde, à IGAS e ao MENAC. Concomitantemente, é também divulgado internamente a todos os dirigentes e trabalhadores e publicado na página eletrónica.

Também, em cumprimento do disposto no artigo 6.º do RGPC, no mês de abril do ano seguinte ao que respeita a execução do PPR (Ano N+1), o SAI elabora o RAA, o qual inclui:

- A quantificação do grau de implementação das medidas;
- No caso das medidas em curso ou não implementadas, a previsão da sua implementação;
- As medidas adicionais que se revelem necessárias para adequação do documento às novas necessidades identificadas nas UO da DE-SNS, I.P.

O RAA também avalia a eficiência do processo, incluindo:

- Os constrangimentos sentidos na implementação das medidas;
- A eficácia das mesmas, no sentido de aferir a qualidade dos resultados;
- A identificação de oportunidades de desenvolvimento futuro para as diversas UO e para a organização como um todo, num ciclo de melhoria contínua.

O RAA é remetido e divulgado nos mesmos termos que o RAI.



O PPR da DE-SNS, I.P. é revisto a cada três (3) anos, ou sempre que opere uma alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica da DE-SNS, I.P., conforme definido no artigo 6.º, do RGPC.

Sendo um documento dinâmico, sempre que surjam novos riscos que, pelo seu impacto e probabilidade, exijam uma revisão e, ou atualização do PPR, os dirigentes das UO devem comunicar ao SAI essa necessidade. Este Serviço, por sua vez, procederá à avaliação da situação e, caso se justifique, apresentará ao diretor executivo do SNS uma nova versão do documento.

O responsável pelo controlo e revisão do PPR da DE-SNS, I.P. é o SAI.

O PPR é remetido às entidades referidas no n.º 7 do artigo 6.º do RGPC (ao membro do Governo responsável pela área governativa da saúde, à IGAS e ao MENAC), no prazo de dez (10) dias contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração, e é publicado na página eletrónica da DE-SNS, I.P.

O PPR da DE-SNS, I.P. é, também, levado ao conhecimento dos dirigentes das UO da DE-SNS, I.P. para que, por sua vez, o tornem acessível a todos os trabalhadores das respectivas UO.

4. MATRIZES DE RISCO DA DE-SNS, I.P.

Uma matriz de risco é uma ferramenta que permite de forma visual identificar quais são os riscos a que uma entidade e as UO que a compõem podem estar sujeitas, podendo estes ser comuns a toda a organização – riscos transversais – ou próprios de cada uma das UO – riscos específicos.

Para a construção da matriz de riscos transversais e das matrizes de riscos específicos será seguida a metodologia exposta no capítulo 3. do presente documento.

Relativamente aos riscos transversais, a matriz consta do ponto 4.1. No que diz respeito aos riscos específicos das UO que compõem a DE-SNS, I.P., dada a previsão de revisão da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprovou os Estatutos da DE-SNS, I.P. e considerando que a organização interna da DE-SNS, I.P. ficou prejudicada pelo atraso na aprovação e publicação do diploma regulador da extinção das Administrações Regionais de Saúde, concretizada pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 06 de setembro, considera-se que presentemente não será oportuno apresentar as matrizes de riscos específicos das UO.

Não obstante, apresenta-se desde já a matriz de riscos específicos do SAI (ponto 4.3.1.), bem como um cronograma relativo às restantes UO (ponto 4.2.), o qual se prevê dinâmico, e a decorrer ao longo do ano de 2025, cuja metodologia a adotar será devidamente adaptada ao contexto da organização da DE-SNS, I.P., devendo envolver todos os trabalhadores das UO. Consustanciar-se-á em entrevistas e questionários, mediante a realização de sessões de trabalho com os respetivos dirigentes, com o objetivo de se proceder à recolha de informação conducente à identificação dos respetivos riscos, correspondente avaliação e sequentes medidas a implementar.

4.1. Matriz de Riscos Transversais

Riscos (R)	Análise e Classificação do Risco			Medidas (M)	Responsáveis pela Implementação das Medidas (Resp)
	PO	IP	NR		
R1: Incumprimento de normas legais e regulamentares: Inobservância ou aplicação inadequada das disposições legais aplicáveis, podendo resultar em responsabilidade	Média	Médio	Moderado	M1.1: Promover a participação de trabalhadores e dirigentes em ações de formação sobre as normas e regulamentos aplicáveis, reforçando o conhecimento e a conformidade com os requisitos legais e institucionais.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
				M1.2: Implementar mecanismos de deteção e reporte, designadamente através de canais de denúncia.	
				M1.3: Garantir que os despachos ou deliberações dos órgãos e dirigentes estão em conformidade com as	

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

financeira reintegratória e, ou sancionatória.				<p>normas legais e regulamentares em vigor, e, sempre que necessário, sejam submetidos a parecer jurídico.</p> <p>M1.4: Definir procedimentos para a correção célere de desconformidades, garantindo que eventuais erros identificados sejam rapidamente corrigidos antes de originarem responsabilidade financeira.</p> <p>M1.5: Assegurar a disponibilização de manuais ou guias práticos atualizados, facilitando o acesso dos trabalhadores à legislação aplicável e promovendo a sua correta interpretação.</p> <p>M1.6: Criar um sistema de alerta interno para alterações legislativas e regulamentares, garantindo que os dirigentes e trabalhadores estão, a todo o tempo, informados sobre mudanças que possam ter impacto no desenvolvimento das suas funções.</p>	
R2: Inobservância de deveres funcionais: Violação dos valores e princípios vertidos no Código de Ética e Conduta, bem como dos deveres gerais ou especiais inerentes à função.	Baixa	Alto	Moderado	<p>M2.1: Divulgar e garantir o cumprimento do Código de Ética e Conduta.</p> <p>M2.2: Garantir que os trabalhadores que ingressem na DE-SNS, I.P. tomam conhecimento, por escrito, do Código de Ética e Conduta.</p> <p>M2.3: Promover a participação em ações de formação sobre deveres funcionais, ética e conduta de trabalhadores e dirigentes.</p> <p>M2.4: Assegurar a avaliação sistemática do risco no planeamento e execução das atividades, de forma a identificar e mitigar potenciais falhas no cumprimento dos deveres funcionais dos trabalhadores, promovendo a transparência, a responsabilidade e a ética no desempenho das funções.</p> <p>M2.5: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de quebra dos deveres funcionais, valores ou princípios.</p> <p>M2.6: Exercer o poder disciplinar, nomeadamente através da instauração de procedimentos de natureza disciplinar, sempre que haja conhecimento de uma qualquer infração.</p>	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R3: Conflito de interesses: Decisões influenciadas por interesses pessoais, incluindo relações de inimizade ou grande proximidade, vínculos familiares ou interesses económicos.	Média	Alto	Elevado	<p>M3.1: Divulgar e garantir cumprimento do Código de Ética e Conduta</p> <p>M3.2: Garantir que os trabalhadores subscrevem a Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses.</p> <p>M3.3: Implementar mecanismos expeditos para declaração de impedimentos e formulação de pedidos de excusa.</p> <p>M3.4: Fomentar uma cultura organizacional que valorize a integridade e a ética.</p> <p>M3.5: Promover a participação, dos trabalhadores e dirigentes, em ações de formação sobre ética, integridade e prevenção de corrupção, assim como em ações de conscientização sobre os riscos e as consequências do conflito de interesses.</p> <p>M3.6: Implementar políticas de transparéncia nos processos e decisões, designadamente através de uma fundamentação clara, coerente e completa, incluindo, se aplicável, a referência aos normativos legais ou regulamentares que suportam a decisão.</p> <p>M3.7: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de conflito de interesses.</p>	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R4: Recebimento indevido de ofertas: Aceitação de ofertas, presentes ou benefícios em	Baixa	Alto	Moderado	<p>M4.1: Divulgar e garantir o cumprimento dos procedimentos relativos ao recebimento de ofertas previstos no Código de Ética e Conduta.</p> <p>M4.2: Supervisionar o recebimento de ofertas, presentes ou benefícios independentemente do valor.</p>	Resp: Dirigentes e Trabalhadores

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

70

desconformidade com o Código de Conduta e Ética.				M4.3: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de recebimento indevido de ofertas.	
R5: Quebra de sigilo profissional e segurança da informação: Manipulação, ocultação, destruição e divulgação indevida de dados ou de informação.	Média	Médio	Moderado	M5.1: Implementar um modelo de gestão de acessos, garantindo que cada trabalhador tem acesso apenas aos dados e informação estritamente necessários ao desempenho das suas funções. M5.2: Divulgar e garantir o cumprimento dos princípios relativos à confidencialidade e sigilo profissional previstos, entre outros, no Código de Ética e Conduta e na Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais. M5.3: Rever periodicamente os acessos concedidos para prevenir acessos desnecessários ou indevidos. M5.4: Definir perfis de utilizador com permissões diferenciadas, assegurando a segregação de funções, bem como restringir as permissões para alteração e eliminação de dados apenas a perfis autorizados. M5.5: Rever periodicamente os registos de acessos por forma a identificar tentativas de acesso indevido. M5.6: Elaborar normas internas sobre tratamento de informação sensível, bem como relativas ao acesso e armazenamento de documentos.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R6: Inadequação de competências para o desempenho funcional: Perfil técnico e comportamental inadequado ao exercício das funções.	Baixa	Médio	Baixo	M6.1: Apresentar propostas de formação profissional específica e adequada às necessidades individuais e às atividades a desenvolver. M6.2: Desenvolver iniciativas de partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica, através da realização de reuniões internas e workshops. M6.3: Reforçar a motivação individual, a multidisciplinaridade e a rotatividade das equipas sempre que possível e adequado. M6.4: Assegurar o cumprimento tempestivo do ciclo avaliativo.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R7: Uso indevido ou negligente de recursos públicos: Utilização para benefício próprio ou de terceiros de dinheiro, bens móveis ou imóveis, públicos ou particulares, que tenham sido confiados ao colaborador, estejam sob sua posse ou acessíveis em razão das suas funções. Mau uso, utilização negligente ou geradora de desperdício de recursos públicos.	Média	Baixo	Baixo	M7.1: Definir e divulgar normas de utilização dos recursos públicos, nomeadamente sobre utilização de viaturas, instalações e equipamentos afetos às UO. M7.2: Implementar sistema de registo e rastreabilidade do uso recursos públicos, garantindo maior transparência e deteção de situações de mau uso, utilização negligente ou geradora de desperdício. M7.3: Promover sinergias internas, por forma a reduzir o desperdício de recursos públicos. M7.4: Divulgar e sensibilizar internamente para as boas práticas de responsabilidade ambiental. M7.5: Promover boas práticas de economia circular e redução de desperdícios. M7.6: Realizar ações de formação e campanhas de sensibilização para a redução do consumo de energia elétrica, água e outros recursos energéticos. M7.7: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de uso indevido ou negligente de recursos públicos. M7.8: Supervisionar e monitorizar a utilização de recursos públicos.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R8: Mecanismos inadequados de deteção de situações de risco de corrupção e infrações conexas: não implementação ou	Média	Médio	Moderado	M8.1: Implementar as medidas preventivas e corretivas definidas no PPR, tanto para os riscos transversais como para os riscos específicos. M8.2: Realizar ações de verificação às medidas implementadas, designadamente por forma a aferir a eficácia das mesmas.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores

implementação deficitária das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR.				M8.3: Elaborar os Relatórios de Execução dentro dos prazos definidos. M8.4: Divulgar o Canal de Denúncias Interno e promover um ambiente organizacional que fomente a confiança no sistema de denúncia, designadamente, através de uma comunicação clara acerca das condições e medidas de proteção dos denunciantes, em especial as sanções associadas aos atos de retaliação.	
R9: Gestão Ineficiente da Documentação: Inexistência de um sistema de Gestão Documental ou incumprimento das respetivas normas, designadamente no que concerne aos prazos de resposta.	Média	Alto	Elevado	M9.1: Implementar um sistema de Gestão Documental, garantindo que os trabalhadores e dirigentes são devidamente instruídos sobre a sua utilização, nomeadamente através de formação e divulgação de manual de utilização. M9.2: Criar um sistema de alerta para controlo de prazos. M9.3: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações internas e externas, bem como os casos de incumprimento do prazo.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores
R10: Ausência de planeamento e monitorização das atividades: inexistência, insuficiência ou falta de monitorização dos planos de atividades das UO.	Média	Médio	Moderado	M10.1: Elaborar anualmente um plano de atividades da UO, com objetivos, atividades, indicadores e prazos, em alinhamento com o Plano Anual de Atividades (PAA) da DE-SNS, I.P. M10.2: Monitorizar o plano de atividades da UO, com relatórios de execução, que permitam acompanhar o progresso das atividades e implementar, se necessário, medidas de ajustamento. M10.3: Elaborar e submeter à aprovação do DE-SNS, I.P. o plano e o relatório anual de atividades da UO.	Resp: Dirigentes e Trabalhadores

4.2. Cronograma

4.3. Matrizes de Riscos Específicos das UO

4.3.1. Matriz de Riscos Específicos do SAI

UO: SAI						
Atividades (A)	Riscos (R)	Análise e Classificação do Risco			Medidas (M)	Responsáveis pela Implementação das Medidas (Resp)
		PO	IP	NR		
A1: Assegurar a eficácia do Sistema de Controlo Interno, bem como contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento.	R1.1: Identificação incompleta ou inexistente de áreas críticas: Risco de não serem identificadas as áreas mais relevantes ou vulneráveis ao risco, não contribuindo, por esta via, para uma maior eficácia do sistema de controlo interno.	Baixa	Médio	Baixo	<p>M1.1.1: Estabelecer um procedimento formal de revisão das áreas críticas, envolvendo o diretor executivo, o conselho de gestão e o SAI, e, se aplicável, outras UO.</p> <p>M1.1.2: Promover reuniões regulares com dirigentes das UO para recolher informações sobre áreas críticas.</p> <p>M1.1.3: Integrar fontes internas e externas na identificação das áreas críticas, nomeadamente, relatórios de atividades, relatórios de inspeção, denúncias e reclamações.</p> <p>M1.1.4: Garantir que a classificação dos riscos prevista no PPR está devidamente atualizada.</p> <p>M1.1.5: Realizar reuniões periódicas com o revisor oficial de contas, com vista à partilha de informação relevante e à obtenção de contributos sobre a avaliação por si efetuada no âmbito das suas competências legais, promovendo a articulação e complementaridade entre a auditoria externa e interna.</p> <p>M1.1.6: Promover de formação contínua dos profissionais do SAI, bem como dos dirigentes e trabalhadores de outras UO em avaliação de risco.</p>	Resp: Diretor do SAI
	R1.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO: Inexistência de normas, procedimentos ou orientações escritas nas UO, dificultando a uniformização e a rastreabilidade dos processos, bem como aumentando a suscetibilidade à fraude e ao erro.	Alta	Alto	Elevado	<p>M1.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO.</p> <p>M1.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.</p>	
	R1.3: Incumprimento do PPR: Não identificação de riscos, ou não	Baixa	Médio	Baixo	M1.3.1: Promover a revisão ordinária do PPR.	

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

74

	implementação das medidas preventivas e corretivas aí vertidas.				M1.3.2: Contemplar no PAA, auditorias internas à implementação do PPR.	
A2: Identificar e promover as melhores práticas no âmbito da prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação da DE-SNS, I.P.	R.2.1: Ausência de sistematização e atualização das práticas recomendadas: Risco de não identificação, compilação, revisão periódica das boas práticas, dificultando a sua aplicação e integração nos procedimentos internos.	Baixa	Médio	Baixo	M2.1.1: Elaborar e divulgar internamente fichas de informação relacionadas com a prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação. M2.1.2: Promover formação regular para toda a equipa sobre as melhores práticas e a importância da atualização contínua, garantindo que todos estejam alinhados com as novas diretrizes.	Resp: Diretor do SAI
	R.2.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO: Inexistência de normas, procedimentos ou orientações escritas nas UO, dificultando a uniformização e a rastreabilidade dos processos, bem como aumentando a suscetibilidade à fraude e ao erro.	Alta	Alto	Elevado	M2.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO. M2.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.	
	R.3.1: Seleção discricionária de UO ou áreas objeto de auditoria: Risco de seleção das unidades ou áreas a auditar sem critérios objetivos e documentados, comprometendo a imparcialidade e a transparência.	Baixa	Baixo	Baixo	M3.1.1: Selecionar as UO ou áreas objeto de auditoria, através da definição de critérios objetivos com a envolvência dos profissionais do SAI. M3.1.2: Definir no PAA do SAI as áreas e UO que serão objeto de auditoria.	
A3: Desenvolver a auditoria interna na DE-SNS, I.P., incidindo sobre a eficiência e eficácia das operações e processos, a confiança e integridade da informação financeira e operacional e a conformidade com a legislação, regulamentos, normas e procedimentos e contratos, em particular, nas áreas de maior risco.	R.3.2: Não identificação de áreas críticas: Risco de exclusão, do PAA do SAI, de processos ou áreas com maior exposição ao risco, comprometendo a utilidade e o valor acrescentado da auditoria interna.	Baixa	Médio	Baixo	M3.2.1: Atualizar a classificação dos riscos prevista no PPR. M3.2.2: Promover reuniões regulares com dirigentes das UO para recolher informações sobre áreas críticas. M3.2.3: Integrar fontes internas e externas na identificação das áreas críticas, nomeadamente, relatórios de atividades, relatórios de inspeção, denúncias e reclamações. M3.2.4: Realizar reuniões periódicas com o revisor oficial de contas, com vista à partilha de informação relevante e à obtenção de contributos sobre a avaliação por si efetuada no âmbito das suas competências legais, promovendo a articulação e complementariedade entre a auditoria externa e interna.	Resp: Diretor do SAI
	R.3.3: Inadequação na constituição e gestão das equipas de auditoria interna: Risco de falhas na formalização, rotatividade, dimensão ou composição das equipas de auditoria interna, que podem comprometer a qualidade, a objetividade e a eficácia dos trabalhos desenvolvidos.	Baixa	Baixo	Baixo	M3.3.1: Proceder à designação formal das equipas de auditoria interna, identificando expressamente os seus membros e o respetivo responsável, assegurando a definição clara de funções e responsabilidades. M3.3.2: Assegurar a necessária rotatividade dos profissionais do SAI, mediante a disponibilidade de recursos humanos. M3.3.3: Adequar o número de profissionais afetos a cada planeamento de auditoria, mediante a disponibilidade de recursos humanos. M3.3.4: Constituir equipas multidisciplinares, mediante a disponibilidade de recursos humanos.	

					M3.3.5: Fomentar a cooperação, partilha de informação e espírito de equipa, através de reuniões de equipa e ações de formação.	
	R3.4: Incumprimento do Plano de Auditoria Interna: Risco de não execução total ou parcial das atividades previstas no Plano Anual de Auditoria Interna, devido a fatores como insuficiência de recursos humanos, falhas de planeamento, imprevistos operacionais ou alterações de prioridades institucionais.	Baixa	Médio	Baixo	M3.4.1: Monitorizar periodicamente o grau de execução do Plano Anual de Auditoria Interna, identificando e analisando eventuais desvios e adotando medidas corretivas que permitam assegurar, sempre que possível, o cumprimento integral das atividades previstas. M3.4.2: Articular com o diretor executivo a definição e priorização das atividades a integrar no PAA do SAI, considerando os recursos humanos disponíveis no SAI, bem como assegurando a sua exequibilidade e alinhamento com os objetivos estratégicos da instituição. M3.4.3: Garantir que os processos de auditoria interna não previstos no PAA do SAI não ultrapassam o número de processos planeados, conforme Carta de Auditoria Interna.	
	R3.5: Ausência de imparcialidade e isenção dos profissionais: Risco de comprometimento da objetividade e independência dos profissionais do SAI, designadamente através da não recolha de evidências, incluindo a omissão de diligências necessárias que fundamentem apropriadamente as avaliações e análises efetuadas, comprometendo o resultado das mesmas e adoção de critérios subjetivos.	Baixa	Médio	Baixo	M3.5.1: Elaborar e divulgar a Carta de Auditoria Interna. M3.5.2: Planear as auditorias internas de modo meticoloso, exaustivo e rigoroso, estabelecendo um claro objeto e âmbito, bem como identificando as situações com maior materialidade, relevância ou risco. M3.5.3: Promover formação contínua dos profissionais do SAI. M3.5.4: Monitorizar e acompanhar a realização dos trabalhos, bem como dos resultados obtidos com as diligências efetuadas. M3.5.5: Fomentar reuniões de discussão e análise crítica das evidências recolhidas, conclusões e recomendações de cada auditoria.	
	R3.6: Desconhecimento técnico da área específica a auditar: Risco de insuficiente conhecimento técnico, por parte dos profissionais do SAI relativamente à área ou matéria objeto de auditoria, o que pode comprometer a recolha de evidências, análise e a formulação adequada de conclusões e recomendações.	Médio	Média	Moderado	M3.6.1: Promover a partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica, através da realização de reuniões alargadas a toda a equipa do SAI. M3.6.2: Promover formação contínua dos profissionais do SAI. M3.6.3: Constituir equipas multidisciplinares, mediante a disponibilidade de recursos humanos. M3.6.4: Fomentar reuniões de discussão e análise crítica das evidências recolhidas, conclusões e recomendações de cada auditoria.	
	R3.7: Falta de uniformização na aplicação de regulamentos, normas, métodos e técnicas de auditoria: Risco de execução arbitrária de auditorias internas.	Baixa	Baixo	Baixo	M3.7.1: Elaborar e divulgar os documentos internos de metodologias, designadamente o de Auditoria Interna e o de Arquivo.	
	R3.8: Condicionamento da auditoria interna: Risco de constrangimentos, resistências ou interferências por parte das unidades auditadas ou de outras	Médio	Média	Moderado	M3.8.1: Elaborar e divulgar a Carta de Auditoria Interna, designadamente no que concerne aos deveres de colaboração e de informação a que se encontram vinculados os trabalhadores e dirigentes, bem como ao livre acesso, dos elementos do SAI, a	

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.

76

	estruturas da organização, que limitem a autonomia, a abrangência ou a profundidade dos trabalhos de auditoria interna.				pessoas, documentos, registos, informações, sistemas, instalações (incluindo lugares reservados) e equipamentos. M3.8.2: Reportar ao diretor executivo quaisquer factos ou circunstâncias que possam comprometer ou condicionar a independência, a objetividade e imparcialidade do SAI e dos seus profissionais. M3.8.3: Realizar, entre outras, atividades de sensibilização, formação ou fichas de informação acerca das competências e modo de atuação do SAI. M3.8.4: Realizar reuniões de abertura e fecho da auditoria interna, comunicando de forma objetiva, completa e construtiva, o objeto, objetivos e âmbito das ações de auditoria, bem como as principais constatações.	
A4: Acompanhar o planeamento de trabalhos de auditores externos, revisores oficiais de contas e de todas as entidades com competência de fiscalização e avaliação no âmbito do controlo interno e da auditoria financeira sobre a DE-SNS, I.P., de forma a assegurar a cobertura adequada e a minimizar a duplicação de esforços.	R4.1: Prestação de informação a entidades externas de forma insuficiente ou inexata: Prestação de informação incompleta, inexata ou descontextualizada a entidades externas com competência de fiscalização e avaliação, podendo comprometer a imagem institucional da DE-SNS, I.P., ou resultar na imposição de sanções. Este risco é agravado pela ausência de revisão técnico-jurídica prévia, especialmente em matérias de enquadramento legal complexo.	Médio	Alto	Elevado	M4.1.1: Estabelecer um procedimento interno de validação da informação a prestar a entidades externas, que inclua a revisão prévia por parte dos responsáveis da área técnica e pelo serviço jurídico. M4.1.2: Criar uma checklist de verificação da completitude e conformidade da informação a prestar, adequada ao tipo de entidade e à natureza do pedido. M4.1.3: Designar, para cada pedido, responsáveis internos, garantindo a articulação entre as diferentes áreas envolvidas. M4.1.4: Assegurar, para efeitos de rastreabilidade, o registo e arquivo sistemático das comunicações prestadas, bem como dos documentos de suporte e validação interna realizada.	
	R4.2: Incumprimento de prazos: Risco de incumprimento dos prazos legais para resposta, colaboração ou entrega de elementos no âmbito das auditorias e fiscalizações externas, podendo conduzir a sanções.	Médio	Alto	Elevado	M4.2.1: Assegurar maior e melhor interação entre todos os envolvidos, definindo cronogramas de trabalho e promovendo reuniões de articulação. M4.2.2: Designar, para cada pedido, responsáveis internos, garantindo a articulação entre as diferentes áreas envolvidas. M4.2.3: Criar um sistema de alerta para o controlo dos prazos. M4.2.4: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações externas, bem como os casos de incumprimento do prazo. M4.2.5: Definir responsabilidades de controlo de prazos.	Resp: Diretor do SAI



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS