



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Relatório anual de execução do plano de prevenção de
riscos de corrupção e infrações conexas

Serv	N.º	Rev
01	27	00

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO:

Teresa Brito e Melo

Documento interno USIFaial

Março de 2017



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Relatório anual de execução do plano de prevenção de
riscos de corrupção e infrações conexas

Serv	N.º	Rev
01	27	00

ÍNDICE

I. Introdução	3
II. Enquadramento Organizacional	4
III. Monitorização – Áreas de Risco e Medidas de Prevenção	7
IV. Avaliação do Estado de Implementação de cada Medida	19
V. Conclusão	31

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

I. INTRODUÇÃO

No presente relatório procede-se à monitorização da execução anual do Plano de Prevenção de Riscos e Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), dando cumprimento à Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção de 1 de julho de 2009, publicada na 2.ª série do Diário da República n.º 140, de 22 de julho, segundo a qual *“Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem elaborar Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas”, os quais deverão incluir, nomeadamente, a “Elaboração de um Relatório Anual da Execução do referido plano”.*

Este é o primeiro relatório anual de execução elaborado pela Unidade de Saúde da Ilha do Faial (USIFaial), tendo em conta que o PPRCIC foi aprovado pelo Conselho de Administração em Setembro de 2015 e, nesse seguimento, o primeiro ano da sua efetiva vigência e implementação foi o ano de 2016.

Neste relatório avaliou-se o grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC.

A elaboração do presente documento beneficiou do contributo dos serviços da USIFaial que se encontram mais diretamente envolvidos na implementação das medidas de prevenção de riscos.

Assim, foram envolvidos os colaboradores das áreas consideradas de maior relevância:

- a) Gestão (Conselho de Administração e chefias intermédias);
- b) Contratação e aprovisionamento;
- c) Área Financeira;
- d) Área de Pessoal;
- e) Secretariado clínico.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

II. ENQUADRAMENTO ORGANIZACIONAL

A Unidade de Saúde da Ilha do Faial e uma unidade de prestação de Cuidados de Saúde Primários sem internamento que tem como:

MISSÃO – “A USIFaial tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos Utentes, colocando o utente no centro de toda a atividade, contribuindo assim para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico de família e acesso a cuidados de saúde globais. O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados de forma cortês e profissional, com rigor e qualidade técnico-científica; utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.”

VISÃO – “A nossa visão é a de caminharmos com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.”

VALORES – “disponibilidade, lealdade, transparência, respeito pelo utente, a dedicação e a qualidade.”

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

CARTEIRA DE SERVIÇOS

A carteira de serviços da USIFaial é a seguinte:

- a) Consultas: aberta, complementar e programada; cessação tabágica; diabetologia; hipertensão; medicina dentária; nutrição; planeamento familiar; psicologia; saúde do adulto; saúde escolar; saúde infantil; saúde materna; saúde da mulher; viajante; terapia da fala.
- b) Outros serviços clínicos: cuidados de enfermagem e vacinação.
- c) Meios Complementares de Diagnóstico: eletrocardiogramas; espirometrias; raio X convencional.
- d) Serviços nos domicílios: cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros técnicos) e apoio técnico.
- (i) Outros serviços: intervenção precoce; serviço Social; gabinete do utente; deslocação de doentes; reembolsos de despesas médicas; equipa de Gestão de altas; rede Regional de Cuidados Continuados Integrados; atribuição de Produtos de Apoio.

ESTRUTURA ORGÂNICA

A estrutura orgânica da USIFaial é composta por um Conselho de Administração, um Conselho Consultivo e um Conselho Técnico.

O serviço de prestação de cuidados de saúde integra quatro “Unidades Funcionais” - unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e unidade básica de urgência - embora à data apenas se encontrem em efetivo funcionamento a unidade de saúde familiar e comunitária e a unidade de diagnóstico e tratamento.

A área administrativa integra duas secções – secção de pessoal, expediente e arquivo, e secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

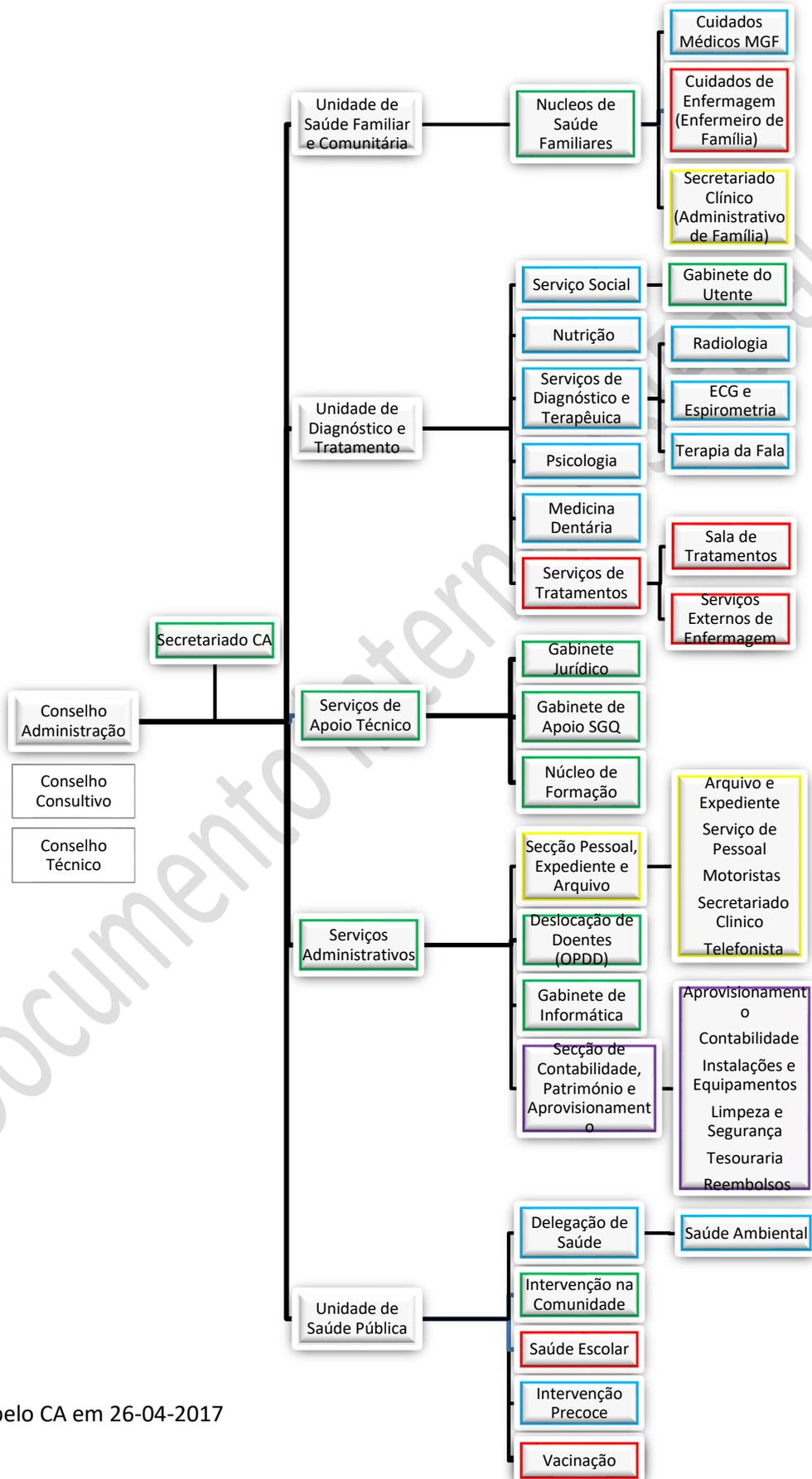
Para além dos serviços acima referidos, existem serviços de apoio técnico, nomeadamente o Gabinete Jurídico, o Gabinete de Apoio ao Sistema de Gestão da Qualidade e o Núcleo de Formação.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas

Serv	N.º	Rev
01	27	00



	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

Os principais diplomas legais que influenciam o funcionamento da USIFaial são:

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

- Estatuto do Serviço Regional de Saúde: Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho com a redação que lhe foi dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e alterações posteriores dadas pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A.
- Orgânica e quadro de pessoal da Unidade de Saúde da Ilha do Faial: Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A de 28 de janeiro de 2011.
- Regulamento Interno de Horários. Despacho n.º 1437/2012 de 18 de outubro de 2012.

III. MONITORIZAÇÃO – ÁREAS DE RISCO ESPECÍFICAS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A tabela que se segue contém a descrição dos riscos específicos às funções desempenhadas por serviços e as respetivas medidas de prevenção e mitigação de risco, as quais foram identificadas no PPRCIC e enquadradas na escala de risco (Elevado (E), Moderado (M) e Fraco (F)) consoante o grau de probabilidade de ocorrência e a gravidade das suas consequências.¹

¹ Adaptado de Normas de Gestão de Riscos da FERMA – Federation of European Risk Management Associations, 2003.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

Identificação dos riscos por área, quantificação da sua frequência e mecanismos de prevenção e defesa

1. GESTÃO						
Funções	Riscos inerentes	PO	GC	GR	Medidas de Prevenção	Responsabilidade
Administração e chefias intermédias	- Tentativa de influência junto do dirigente ou chefia para concessão de tratamento de favor.	Alta	Alta	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de uma estrutura hierarquizada. - Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias (ficha individual de funções). - Existência de mecanismos institucionais para os trabalhadores reportarem ao CA eventuais atos de corrupção ou práticas ilegais. - Realização de auditorias regulares internas no âmbito dos serviços e processos administrativos expostos a maiores riscos de corrupção. - Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais. - Proibição de ofertas, contrapartidas, favores ou outros benefícios, com exceção da aceitação de pequenas ofertas de valor simbólico e ou sentimental e custo muito reduzido. 	Helena Reis
	- Comprometimento da eficácia e eficiência no tratamento de processos.	Baixa	Média	Fraco		
	- Violação dos princípios da igualdade, imparcialidade e proporcionalidade.	Baixa	Média	Fraco		

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

2. CONTRATAÇÃO E APROVISIONAMENTO						
Funções	Riscos inerentes	PO	GC	GR		Responsabilidade
Gestão dos procedimentos de contratação	Falta de definição das responsabilidades dos intervenores no procedimento de contratação nas suas diversas fases.	Baixa	Alta	Moderado	Identificação dos profissionais envolvidos nas diversas fases do processo, permitindo reconhecer a responsabilidade de cada interveniente.	Conceição Marques
Autorização da despesa	Violação das regras gerais de autorização de despesa e dos princípios gerais de contratação e fracionamento de despesa.	Baixa	Média	Fraco	Existência de um regulamento interno de compras ou manual de procedimentos.	
	Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades.	Baixa	Média	Fraco	Elaboração de planos de atividades, relatórios técnicos e sistemas de avaliação das necessidades.	
	Estimativas de custos desajustadas dos objetivos dos Serviços.	Baixa	Média	Fraco	Criação de base de dados interna para fazer projeções sobre histórico de aquisições anteriores.	
Escolha do procedimento de contratação	Recurso a procedimentos não concorrenciais, nomeadamente ajuste direto, sem justificação rigorosa e sem critérios.	Baixa	Média	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de regras claras para o recurso a Ajuste Direto. - Alargamento do leque de fornecedores consultados. 	
Elaboração das peças concursais	Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias.	Baixa	Média	Fraco	- Verificação das especificações técnicas fixadas no caderno de encargos e a sua adequação à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar.	

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

					- Verificação dos requisitos fixados de forma a impedir o afastamento de potenciais concorrentes (recusa de condições inusuais ou demasiado exigentes e restritivas).
	Crítérios subjetivos na avaliação das propostas.	Baixa	Média	Fraco	- Definição de critérios de avaliação das propostas objetivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis. - Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidas as propostas e concorrentes. - Informação aos interessados dos critérios e fatores de avaliação das propostas.
Escolha do Júri	Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento.	Baixa	Média	Fraco	- Identificação e registo das situações de impedimento na composição de júris. - Definição idónea da composição dos júris.
Avaliação das propostas	Falta de rigor na avaliação das propostas.	Baixa	Média	Fraco	Fundamentação adequada da avaliação das propostas.
Elaboração do contrato	Clausulado do contrato não rigoroso, ambíguo, pouco claro, com lacunas ou omissões que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução.	Baixa	Média	Fraco	Verificação do rigor e adequação do clausulado à natureza e aos objetivos de cada aquisição
Acompanhamento da execução do contrato	Derrapagem nos custos e nos prazos.	Baixa	Média	Fraco	- Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. - Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional.
	Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, previamente à sua aceitação.	Baixa	Alta	Moderado	
	Falhas na gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas.	Baixa	Média	Fraco	

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

	Falhas na gestão dos prazos de renovação de contratos.	Baixa	Média	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas. - Envio de advertências, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços, logo que se detetem situações irregulares e/ou derrapagem de custos e de prazos contratuais. - Segregação de funções no controlo da execução do contrato. 	
Alterações ao contrato	Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”.	Baixa	Baixa	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspetos técnicos e jurídicos. - Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de “trabalhos e serviços a mais” do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objeto contratual. - Verificação da ocorrência imprevista que originou “trabalhos e serviços a mais”. - Acompanhamento regular do desempenho do contratante. 	
	Falta de formalização por escrito.	Baixa	Baixa	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Formalização por escrito do contrato de “trabalhos e serviços a mais”. 	
Gestão do aprovisionamento	Acesso indevido às instalações de armazém.	Baixa	Baixa	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. - Implementação de uma política de controlo geral de acessos. 	

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

	Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores ou superiores às contratadas ou de diferente qualidade.	Baixa	Média	C	<ul style="list-style-type: none"> - Segregação de funções. - Verificação dos bens recebidos pelo serviço recetor/armazém. - Sistema de registos de entradas e saídas de armazém e confronto com os pedidos internos. - Controlo das encomendas em quantidade e qualidade, por colaborador com competências específicas. - Verificação dos níveis de <i>stock</i> previamente definidos. - Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas. 	
	Falta de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado e consumíveis.	Baixa	Alta	Moderado	Verificação periódica do inventário global.	
	Apropriação indevida de bens.	Baixa	Média	Fraco	Verificação aleatória e periódica da existência física dos bens.	
	Abates sem autorização ou com autorização não certificada pelo órgão competente.	Baixa	Baixa	Fraco	Verificação das autorizações para a realização de abates.	

3. ÁREA FINANCEIRA						
Funções	Riscos inerentes	PO	GC	GR		Responsabilidade
Contabilidade, gestão orçamental	- Falhas nos procedimentos internos de registo de transações na contabilidade.	Baixa	Baixa	Fraco	- Definição e implementação de procedimentos de monitorização da execução das tarefas e procedimentos de controlo a vários níveis.	Conceição Marques

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

e financeira, faturação	- Atraso na emissão da faturação (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).	Baixa	Baixa	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Conferência de transações. - Segregação de funções. - Utilização e atualização de aplicações informáticas. - Verificação dos serviços prestados e comparação com a faturação emitida.
	- Faturação de serviços não prestados / não faturação de serviços prestados.	Alta	Média	Elevado	
Tesouraria	- Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro.	Baixa	Alta	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária.
	- Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	Baixa	Baixa	Fraco	
	- Controlo inadequado dos depósitos bancários.	Baixa	Alta	Moderado	
Conferência de faturas Reembolsos	Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).	Baixa	Baixa	Fraco	Verificação periódica e aleatória de procedimentos. Segregação de funções entre quem processa, autoriza e efetua o pagamento.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

4. ÁREA DE PESSOAL						
Funções	Riscos inerentes	PO	GC	GR		Responsabilidade
Organização do serviço	- Ocorrência de falhas nos procedimentos de registo dos tempos de trabalho, controlo de assiduidade, controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário, processamento de abonos e descontos e registos de alterações mensais (faltas, horas extra).	Alta	Média	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação adequada de procedimentos de controlo internos. - Elaboração do regulamento interno do Serviço. - Segregação de funções e rotatividade. - Atualização dos dados dos trabalhadores na aplicação de vencimentos SIGRHARA 	Manuela Rocha
	- Irregularidades ou incorreções nas retribuições.	Baixa	Baixa	Fraca		
	- Irregularidades ou incorreções na atribuição de férias e licenças.	Baixa	Baixa	Fraca		
Seleção de pessoal	- Deficiente avaliação das necessidades de contratação.	Média	Alta	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do perfil dos profissionais a contratar e fundamentação da decisão. - Definição de elenco objetivo de critérios de seleção de candidatos. - Composição idónea do júri dos concursos sem repetição regular. 	
	- Falta de definição prévia de critérios de contratação.	Média	Alta	Elevado		

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

	- Designação dos mesmos elementos, de forma reiterada para os júris.	Média	Alta	Elevado	
Avaliação	Deficiente utilização do processo de avaliação SIADAPRA, designadamente: - Objetivos indefinidos ou desajustados às tarefas realizadas; - Ausência ou deficiente fundamentação das decisões da avaliação; - Avaliações de desempenho irregulares, pouco transparentes, com falta de fundamentação, favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	Alta	Média	Elevado	Verificação do cumprimento das normas instituídas e correta aplicação do SIADAPRA.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

5. SECRETARIADO CLÍNICO						
Funções	Riscos inerentes	PO	GC	GR		Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento presencial e telefónico dos utentes - Marcação e alterações de consultas - Gestão dos contatos indiretos (receituário, declarações, exames, informação clínica, etc...) - Gestão das agendas médicas - Arquivo de processos clínicos. 	Falhas nos procedimentos internos específicos do setor, pondo em risco o cumprimento dos critérios de acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde prestados na USI Faial	Baixa	Média	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização das aplicações informáticas (MedicineOne) - Implementação e cumprimento das regras de funcionamento e procedimentos internos da instituição - Atualização regular e periódica das listas de utentes (óbitos, mudança de residência, etc ...) - Atualização regular e periódica do arquivo de processos clínicos. 	Manuela Rocha
Coleta de taxas moderadoras	Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo Admissão de doentes com informação incorreta (isenções) ou atribuição de isenções de taxas moderadoras sem o comprovativo legal	Média	Baixa	Fraco	Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadoras e sua verificação periódica e regular. Atualização de dados dos utentes.	

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

IV. AVALIAÇÃO DO ESTADO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CADA MEDIDA

Na avaliação do estado de implementação de cada medida importa, essencialmente, analisar se as iniciativas previstas foram implementadas e se os riscos que haviam sido identificados se podem considerar efetivamente mitigados.

Neste ponto do relatório procede-se à avaliação individual de cada uma das medidas incluídas no plano, evidenciando as medidas cuja implementação está “Por iniciar” ou “Por concluir”. Estas situações são identificadas como *red flags*, de modo a sinalizar a necessidade de se desencadearem os procedimentos internos necessários à sua resolução.

Relativamente às situações identificadas no PPRCIC como situações potenciadoras de risco a avaliação das medidas corretivas foi feita pelos responsáveis de cada área. A tabela que se segue é o resultado da avaliação e contributos fornecidos por estes.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

1. GESTÃO – Responsabilidade: Helena Reis		
Situação Potenciadora de Risco	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Tentativa de influência junto do dirigente ou chefia para concessão de tratamento de favor. - Comprometimento da eficácia e eficiência no tratamento de processos. - Violação dos princípios da igualdade, imparcialidade e proporcionalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de uma estrutura hierarquizada. - Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias (ficha individual de funções). - Existência de mecanismos institucionais para os trabalhadores reportarem ao CA eventuais atos de corrupção ou práticas ilegais. - Realização de auditorias regulares internas no âmbito dos serviços e processos administrativos expostos a maiores riscos de corrupção. - Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais. - Proibição de ofertas, contrapartidas, favores ou outros benefícios, com exceção da aceitação de pequenas ofertas de valor simbólico e ou sentimental e custo muito reduzido. 	<ul style="list-style-type: none"> - A estrutura interna da USIFaial, bem como o respetivo pessoal dirigente e de chefia obedecem ao disposto na Lei Orgânica da Unidade de Saúde, aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro. De acordo com a estrutura definida neste diploma, integram a lista de pessoal dirigente e de chefia: 1 Presidente do conselho de administração; 2 Vogais executivos; 1 Diretor clínico; 1 Diretor de enfermagem; 1 Delegado de saúde concelhio; 2 Coordenadores técnicos (embora à data exista apenas um na USIFaial). - A descrição das funções e responsabilidades dos dirigentes e coordenadora técnica consta do <i>Manual de Descrição dos Postos de Trabalho</i> disponível na <i>Intranet</i>. - Os trabalhadores reportam quaisquer situações anómalas ao CA ou às chefias intermédias. - São feitas monitorias regulares internas no âmbito da USIFaial. - Em caso de violação dos normativos legais devem aplicar-se as sanções e procedimentos disciplinares previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Não existe uma política específica de sanções interna, para além daquela que resulta da lei geral aplicável. - Não se verifica a existência de ofertas, contrapartidas, favores ou outros benefícios.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

1. CONTRATAÇÃO E APROVISIONAMENTO – Responsabilidade: Conceição Marques		
Situação Potenciadora de Risco	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
Falta de definição das responsabilidades dos intervenores no procedimento de contratação nas suas diversas fases.	Identificação dos profissionais envolvidos nas diversas fases do processo, permitindo reconhecer a responsabilidade de cada interveniente.	As responsabilidades estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> .
Violação das regras gerais de autorização de despesa e dos princípios gerais de contratação e fracionamento de despesa.	Existência de um regulamento interno de compras ou manual de procedimentos.	Existe um procedimento interno: <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> , disponível na <i>Intranet</i> . É necessário proceder à respetiva revisão e aperfeiçoamento - Por iniciar.
Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades.	Elaboração de planos de atividades, relatórios técnicos e sistemas de avaliação das necessidades.	- A avaliação das necessidades é feita no início de cada ano por médias de consumo, tendo por base os dados relativos ao ano anterior. - No caso das vacinas a avaliação das necessidades é feita pelos profissionais de saúde, com base no plano regional de vacinação e no número de crianças inscritas por faixa etária. - É necessário elaborar um procedimento que defina as regras de avaliação das necessidades com maior uniformidade - Por iniciar.
Estimativas de custos desajustadas dos objetivos dos Serviços.	Criação de base de dados interna para fazer projeções sobre histórico de aquisições anteriores.	- A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i> . Esta aplicação não permite fazer históricos de aquisições. - Deve reportada a falha e feita insistência junto da Saudador no sentido de resolver a situação - Por iniciar.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

<p>Recurso a procedimentos não concorrenciais, nomeadamente ajuste direto, sem justificação rigorosa e sem critérios.</p>	<p>- Definição de regras claras para o recurso a Ajuste Direto.</p>	<p>As regras estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i>.</p>
	<p>- Alargamento do leque de fornecedores consultados.</p>	<p>- Quanto ao material de consumo clínico, dada a sua especificidade, o leque de fornecedores é limitado. O mesmo se passa relativamente a alguns serviços de assistência técnica a equipamentos. - Quanto aos bens de consumo corrente, está em curso a avaliação das situações em que é possível alargar o leque de fornecedores/prestadores a consultar.</p>
<p>Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias.</p>	<p>- Verificação das especificações técnicas fixadas no caderno de encargos e a sua adequação à natureza das prestações e ao objeto do contrato a celebrar. - Verificação dos requisitos fixados de forma a impedir o afastamento de potenciais concorrentes (recusa de condições inusuais ou demasiado exigentes e restritivas).</p>	<p>- As especificações são fixadas no caderno de encargos e adequadas à natureza das prestações e ao objeto do contrato a celebrar. - Não são fixados requisitos inusuais ou demasiado exigentes e restritivos.</p>
<p>Critérios subjetivos na avaliação das propostas.</p>	<p>- Definição de critérios de avaliação das propostas objetivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis. - Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidas as propostas e concorrentes. - Informação aos interessados dos critérios e fatores de avaliação das propostas.</p>	<p>- Relativamente aos procedimentos de adjudicação de bens e serviços lançados pela USIFaial a avaliação das propostas é feita com base em critérios objetivos (normalmente o do mais baixo preço), sendo que a indicação dos critérios é feita na carta convite remetida aos concorrentes. - Relativamente ao material de consumo clínico, o procedimento é por aquisição direta através da central de compras SPMS, ou CPA efetuados pela Saudaçor.</p>
<p>Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento.</p>	<p>- Identificação e registo das situações de impedimento na composição de júris. - Definição idónea da composição dos júris.</p>	<p>O procedimento de nomeação e indicação de júri deve ser revisto – Por iniciar</p>

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

<p>Falta de rigor na avaliação das propostas.</p>	<p>Fundamentação adequada da avaliação das propostas.</p>	<p>Uma vez que a avaliação das propostas é feita com base em critérios objetivos (normalmente o do mais baixo preço), a fundamentação é igualmente objetiva e resulta da ordenação das propostas.</p>
<p>Clausulado do contrato não rigoroso, ambíguo, pouco claro, com lacunas ou omissões que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução.</p>	<p>Verificação do rigor e adequação do clausulado à natureza e aos objetivos de cada aquisição</p>	<p>O clausulado do contrato reflete as condições do Caderno de Encargos. Nas situações mais específicas procede-se às necessárias adaptações, de acordo com a natureza e objetivos da contratação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Derrapagem nos custos e nos prazos. - Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, previamente à sua aceitação. - Falhas na gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas. - Falhas na gestão dos prazos de renovação de contratos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. - Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional. - Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas. - Envio de advertências, em devido tempo, ao fornecedor/prestador de serviços, logo que se detetem situações irregulares e/ou derrapagem de custos e de prazos contratuais. - Segregação de funções no controlo da execução do contrato. 	<ul style="list-style-type: none"> - O acompanhamento do desempenho do contratante é feito pelo serviço de Aprovisionamento com a verificação do cumprimento dos prazos de entrega e pelo serviço requisitante, que reporta ao Serviço de Aprovisionamento as falhas ou atrasos detetados. - A avaliação é assegurada de acordo com a natureza específica de cada situação: as situações de reduzida especificidade/complexidade são avaliadas pelo Serviço de Instalações e Equipamentos (aquisição de serviços) e Aprovisionamento (aquisição de bens); as de maior especificidade/ complexidade são avaliadas no âmbito da assistência assegurada pelo fornecedor do equipamento. - Não são efetuados ensaios de controlo de qualidade previamente à aceitação dos bens e serviços adquiridos uma vez que a USI Faial não dispõe de técnicos habilitados para essa tarefa. - Não existem desvios financeiros entre a prestação adjudicada e a prestação executada. Quantos aos desvios temporais, por regras são de dimensão reduzida e com pouco impacto no normal funcionamento do serviço. - Quando constatadas situações irregulares (em termos de incumprimento de prazos) são feitas as necessárias advertências aos fornecedores.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

		- Tendo em conta a especificidade dos produtos adquiridos e a reduzida dimensão do serviço não é possível implementar a segregação de funções no controlo da execução do contrato.
Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”.	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspetos técnicos e jurídicos. - Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de “trabalhos e serviços a mais” do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objeto contratual. - Verificação da ocorrência imprevista que originou “trabalhos e serviços a mais”. - Acompanhamento regular do desempenho do contratante. 	Não existem “trabalhos e serviços a mais”.
Falta de formalização por escrito.	- Formalização por escrito do contrato de “trabalhos e serviços a mais”.	Não se aplica
Acesso indevido às instalações de armazém.	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado. - Implementação de uma política de controlo geral de acessos. 	O acesso ao armazém é restrito ao pessoal autorizado, de acordo com a política de controlo de acessos implementada na USI Faial.
Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores ou superiores às contratadas ou de diferente qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Segregação de funções. - Verificação dos bens recebidos pelo serviço recetor/armazém. - Sistema de registos de entradas e saídas de armazém e confronto com os pedidos internos. - Controlo das encomendas em quantidade e qualidade, por colaborador com competências específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - As responsabilidades e tarefas asseguradas nesta área por cada um dos intervenientes estão definidas no <i>PROD – Gestão de Armazém</i>. - O controlo, verificação e registo são feitos de acordo com este procedimento.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

	<p>- Verificação dos níveis de <i>stock</i> previamente definidos.</p>	<p>- A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i>. Esta aplicação não fornece alertas relativos aos níveis de <i>stock</i> e não permite fazer a definição de níveis mínimos de stocks.</p> <p>- Deve reportada a falha e feita insistência junto da Sudaçor no sentido de resolver a situação - Por iniciar.</p>
	<p>- Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas.</p>	<p>A reduzida dimensão do serviço não permite implementar uma política de rotatividade entre colaboradores nesta área.</p>
Falta de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado e consumíveis.	Verificação periódica do inventário global.	<p>- A verificação é feita com base no <i>PROD – Controlo Permanente do Inventário</i>.</p> <p>- Está em curso a atualização das listagens de inventário, bem como a atualização da respetiva numeração por local de utilização – Por concluir.</p>
Apropriação indevida de bens.	Verificação aleatória e periódica da existência física dos bens.	A verificação é feita com base no <i>PROD – Controlo Permanente do Inventário</i> .
Abates sem autorização ou com autorização não certificada pelo órgão competente.	Verificação das autorizações para a realização de abates.	Todos os abates são registados em auto e devidamente autorizados.

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

2. ÁREA FINANCEIRA – Responsabilidade: Conceição Marques

Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Falhas nos procedimentos internos de registo de transações na contabilidade. - Atraso na emissão da faturação (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas). - Faturação de serviços não prestados / não faturação de serviços prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição e implementação de procedimentos de monitorização da execução das tarefas e procedimentos de controlo a vários níveis. - Conferência de transações. - Segregação de funções. - Utilização e atualização de aplicações informáticas. - Verificação dos serviços prestados e comparação com a faturação emitida. 	<ul style="list-style-type: none"> - É necessário proceder à definição e implementação de procedimentos de monitorização da execução das tarefas e procedimentos de controlo a vários níveis – Por iniciar. - A conferência de transações é feita periodicamente e continuamente ao nível da receita e da despesa. - É respeitada a segregação de funções. - A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i>. As atualizações estão a cargo da Saudaçor. - A faturação é emitida consoante os serviços prestados, com base nos registos efetuados no <i>Medicine One</i>.
<ul style="list-style-type: none"> - Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro. - Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique. - Controlo inadequado dos depósitos bancários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária. 	<ul style="list-style-type: none"> - A monitorização do caixa é feita na tesouraria. Está em curso uma ação de melhoria relativamente às restantes caixas. - A verificação dos valores à guarda do tesoureiro é feita periodicamente ao longo do ano. - A conferência dos valores recebidos é feita na tesouraria e nas restantes caixas. - A análise da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores é feita de três em três meses, quanto aos clientes e mensalmente, quanto aos fornecedores. - A segregação de funções é respeitada. - A reconciliação bancária é feita por funcionário que não efetua transações bancárias.
<ul style="list-style-type: none"> Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas). 	<ul style="list-style-type: none"> Verificação periódica e aleatória de procedimentos. Segregação de funções entre quem processa, autoriza e efetua o pagamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - A segregação de funções é respeitada. - Não obstante, é necessário iniciar um procedimento de verificação periódica e aleatória – Por iniciar

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

3. ÁREA DE PESSOAL – Responsabilidade: Manuela Rocha		
Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Ocorrência de falhas nos procedimentos de registo dos tempos de trabalho, controlo de assiduidade, controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário, processamento de abonos e descontos e registos de alterações mensais (faltas, horas extra). - Irregularidades ou incorreções nas retribuições. - Irregularidades ou incorreções na atribuição de férias e licenças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação adequada de procedimentos de controlo internos. - Elaboração do regulamento interno do Serviço. - Segregação de funções e rotatividade. - Atualização dos dados dos trabalhadores na aplicação de vencimentos SIGRHARA 	<p>Nesta data a gestão da assiduidade encontra-se controlada, através do registo biométrico.</p> <p>Não foi elaborado regulamento interno do Serviço – Por iniciar.</p> <p>Foi implementado a Segregação de funções e rotatividade.</p> <p>Os dados do SIGRHARA são atualizados mensalmente.</p> <p>Não foram detetadas incorreções nas retribuições.</p> <p>Não foram detetadas irregularidades ou incorreções na atribuição de férias e licenças.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente avaliação das necessidades de contratação. - Falta de definição prévia de critérios de contratação. - Designação dos mesmos elementos, de forma reiterada para os júris. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do perfil dos profissionais a contratar e fundamentação da decisão. - Definição de elenco objetivo de critérios de seleção de candidatos. - Composição idónea do júri dos concursos sem repetição regular. 	<p>Cumprido</p> <p>Os critérios de seleção de candidatos obedecem ao disposto na Resolução n.º 178/2009, de 24 de novembro.</p>

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE		
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas		
	Serv	N.º	Rev
	01	27	00

<p>Deficiente utilização do processo de avaliação SIADAPRA, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos indefinidos ou desajustados às tarefas realizadas; - Ausência ou deficiente fundamentação das decisões da avaliação; - Avaliações de desempenho irregulares, pouco transparentes, com falta de fundamentação, favorecendo ou prejudicando trabalhadores. 	<p>Verificação do cumprimento das normas instituídas e correta aplicação do SIADAPRA.</p>	<p>Atrasos registados no início do processo, prevendo-se a sua conclusão nos prazos estabelecidos.</p>
--	---	--

4. SECRETARIADO CLÍNICO – Responsabilidade: Manuela Rocha		
Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<p>Falhas nos procedimentos internos específicos do setor, pondo em risco o cumprimento dos critérios de acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde prestados na USI Faial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização das aplicações informáticas (MedicineOne) - Implementação e cumprimento das regras de funcionamento e procedimentos internos da instituição - Atualização regular e periódica das listas de utentes (óbitos, mudança de residência, etc ...) - Atualização regular e periódica do arquivo de processos clínicos. 	<p>Cumprido</p> <p>Está em curso a atualização das listas de utentes e do arquivo de processos clínicos – Por concluir</p>
<p>Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo Admissão de doentes com informação incorreta (isenções) ou atribuição de isenções de taxas moderadoras sem o comprovativo legal</p>	<p>Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadoras e sua verificação periódica e regular. Atualização de dados dos utentes.</p>	<p>Cumprido</p> <p>A atualização dos dados dos utentes é feita sempre que se regista um contato entre o utente e a instituição.</p>

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

V. CONCLUSÃO

De uma forma geral, a implementação das medidas de prevenção de risco contidas no PPRCIC pode considerar-se bem-sucedida, embora se evidencie a necessidade de dar início aos procedimentos internos necessários à resolução das *red flags* identificadas na tabela *supra*.

Em termos de apreciação genérica constata-se que a monitorização da execução do PPRCIC permitiu à USIFaial apetrechar-se de um conjunto de informação e conclusões particularmente relevante para a prossecução da sua missão, que permitem mitigar alguns dos riscos inerentes à sua atividade.

Assim, o cronograma subjacente à implementação dos procedimentos necessários a mitigar as situações identificadas como *red flags* deverá obedecer ao seguinte calendário:

Área	Medidas de Prevenção do Risco	2º Trimestre de 2017	3º Trimestre de 2017	4º Trimestre de 2017	Responsável
Aprovisionamento	Rever e atualizar o <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i>		X		Conceição Marques Teresa Brito e Melo
Aprovisionamento	Reportar junto da Saudaçon a necessidade de implementar os meios de elaboração de projeções sobre histórico de aquisições anteriores.	X			Conceição Marques
Aprovisionamento	Rever e atualizar o procedimento de constituição de júris no âmbito da contratação de bens e serviços		X		Conceição Marques
Aprovisionamento	Reportar junto da Saudaçon a necessidade de implementar os meios de verificação dos níveis de <i>stock</i>	X			Conceição Marques

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
	Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Serv	N.º	Rev
		01	27	00

Aprovisionamento	Elaborar um procedimento que defina as regras de avaliação das necessidades com maior uniformidade		X		Conceição Marques
Aprovisionamento	Concluir a atualização das listagens de inventário, bem como a atualização da respetiva numeração por local de utilização		X		Conceição Marques
Financeira	Proceder à definição e implementação de ações de monitorização nos procedimentos internos de registo de transações na contabilidade		X		Conceição Marques
Financeira	Proceder à definição e implementação de ações de verificação periódica e aleatória nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos		X		Conceição Marques
Pessoal	Elaborar o regulamento interno do Serviço		X		Manuela Rocha
Pessoal	Concluir a atualização das listas de utentes e do arquivo de processos clínicos		X		Manuela Rocha

O presente documento, será proposta à aprovação do Conselho de Administração e subsequente divulgação junto de todos os colaboradores da USIFaial através da intranet corporativa.

Horta, 29 de março de 2017

Aprovado pelo CA em 26-04-2017