

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

**RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO:**

Teresa Brito e Melo

**Maio de 2019**

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

## ÍNDICE

I. Introdução -----	3
II. Enquadramento Organizacional -----	4
III. Áreas de Risco e Medidas de Prevenção -----	7
IV. Avaliação do Estado de Implementação de cada Medida -----	8
V. Conclusão -----	20

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	Serv	N.º	Rev
		01	27	02

## 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, 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”.*

O PPRCIC da USIFaial 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, sendo que a avaliação do grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC ao longo do ano de 2016 consta do relatório de execução elaborado em março de 2017.

No relatório elaborado em maio de 2018 avaliou-se o grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC ao longo do ano de 2017.

No presente relatório avalia-se o grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC ao longo do ano de 2018.

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 associadas a cada uma das áreas envolvidas.

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

## II. ENQUADRAMENTO ORGANIZACIONAL

A Unidade de Saúde da Ilha do Faial é 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.”

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

### **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	02



Organograma USIFaial

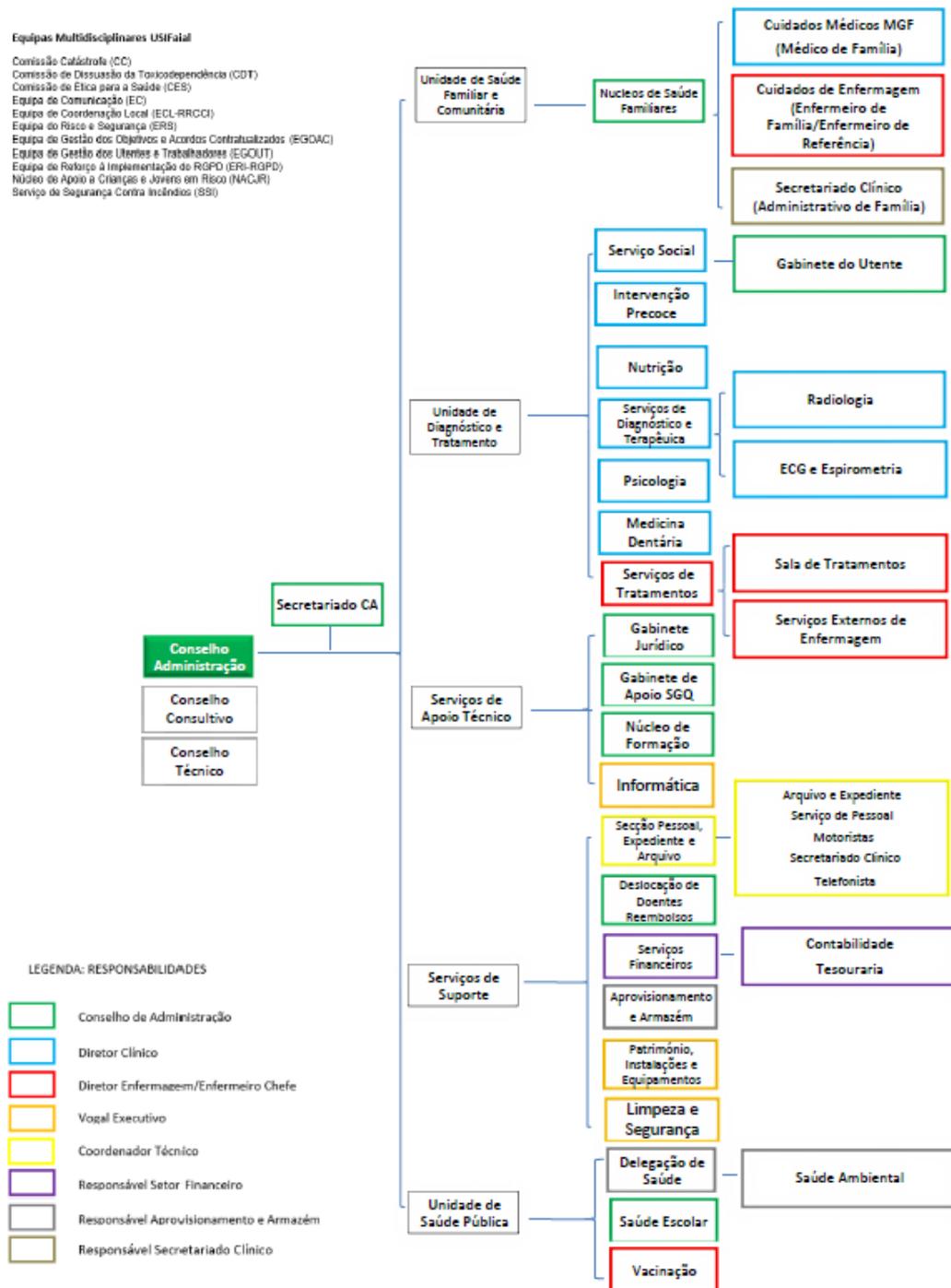
IMP CA 009

Edição: 01

Revisão: 03

Equipas Multidisciplinares USIFaial

- Comissão Cadastro (CC)
- Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT)
- Comissão de Ética para a Saúde (CES)
- Equipa de Comunicação (EC)
- Equipa de Coordenação Local (ECL-RRCCI)
- Equipa do Risco e Segurança (ERS)
- Equipa de Gestão dos Objetivos e Acordos Contratualizados (EGOAC)
- Equipa de Gestão dos Utentes e Trabalhadores (EGOUT)
- Equipa de Apoio à Implementação do RGPD (ERI-RGPD)
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)
- Serviço de Segurança Contra Incêndios (SSI)



LEGENDA: RESPONSABILIDADES

- Conselho de Administração
- Diretor Clínico
- Diretor Enfermagem/Enfermeiro Chefe
- Vogal Executivo
- Coordenador Técnico
- Responsável Setor Financeiro
- Responsável Aprovisionamento e Armazém
- Responsável Secretariado Clínico

Aprovado 06-08-2019 (USIFAIAL/2019/8591)

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

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

- 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. ÁREAS DE RISCO ESPECÍFICAS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

Os riscos específicos às funções desempenhadas pelos serviços e as respetivas medidas de prevenção e mitigação de risco foram identificados no PPRCIC e enquadrados na escala de risco (Elevado (E), Moderado (M) e Fraco (F)) consoante o grau de probabilidade de ocorrência e a gravidade das suas consequências.<sup>1</sup>

A identificação dos riscos por área, quantificação da sua frequência e mecanismos de prevenção e defesa consta do Quadro 3 do PPRCIC.

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

	<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
	<b>Relatório anual de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas</b>	<b>Serv</b>	<b>N.º</b>	<b>Rev</b>
		<b>01</b>	<b>27</b>	<b>02</b>

#### **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, identificando-se as ações de melhoria que se encontram por iniciar ou parcialmente cumpridas, 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.

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

1. GESTÃO – Responsabilidade: Helena Reis		
Situação Potenciadora de Risco	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentativa de influência junto do dirigente ou chefia para concessão de tratamento de favor.</li> <li>- Comprometimento da eficácia e eficiência no tratamento de processos.</li> <li>- Violação dos princípios da igualdade, imparcialidade e proporcionalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de uma estrutura hierarquizada.</li> <li>- Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias (ficha individual de funções).</li> <li>- Existência de mecanismos institucionais para os trabalhadores reportarem ao CA eventuais atos de corrupção ou práticas ilegais.</li> <li>- Realização de auditorias regulares internas no âmbito dos serviços e processos administrativos expostos a maiores riscos de corrupção.</li> <li>- Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- A descrição das funções e responsabilidades dos dirigentes e coordenadora técnica consta <i>do Manual de Descrição dos Postos de Trabalho</i> disponível na <i>Intranet</i> (atualmente ainda em fase de atualização).</li> <li>- Os trabalhadores reportam quaisquer situações anómalas ao CA ou às chefias intermédias.</li> <li>- São feitas monitorias regulares internas no âmbito da USIFaial.</li> <li>- 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.</li> <li>- Não se verifica a existência de ofertas, contrapartidas, favores ou outros benefícios.</li> </ul>

	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	01

2. CONTRATAÇÃO E APROVISIONAMENTO – Responsabilidade: António Carvalho <sup>2</sup>		
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 dos profissionais envolvidos nas diversas fases do processo estão definidas no procedimento interno - <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> , disponível na <i>Intranet</i> (procedimento a rever, cf. nota seguinte).
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.	<p><b>NOTA 1:</b></p> <p>No âmbito do Relatório Anual de Execução do PPRCIC relativo a 2016, elaborado em Março de 2017, foi identificada a necessidade de revisão do procedimento mencionado <i>supra</i> (<i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i>).</p> <p>Entretanto foi publicado, em 31.08.2017, o Decreto-Lei n.º 111-B/2017, que procede à nona alteração ao Código dos Contratos Públicos (CCP). Este diploma entrou em vigor a 1 de janeiro de 2018, carecendo, no entanto, de ser adaptado à RAA. Essa adaptação implicará a alteração da legislação regional atualmente em vigor (Decreto Legislativo Regional n.º 27/2015/A de 29/12). Afigura-se conveniente que a atualização do PROD acima mencionado já venha a incluir a atualização dos aspetos que, entretanto, sejam revistos na legislação regional, sendo que essa revisão da legislação regional ainda não ocorreu.</p>

<sup>2</sup> Designado como novo responsável pela área da Contratação em Agosto de 2017.

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

<p>Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades.</p>	<p>Elaboração de planos de atividades, relatórios técnicos e sistemas de avaliação das necessidades.</p>	<p>- A avaliação das necessidades é feita no início de cada ano por médias de consumo, tendo por base os dados relativos ao ano anterior.</p> <p>- 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.</p> <p>- Foi identificada, como ação de melhoria, a definição das regras de avaliação das necessidades com maior uniformidade. Tais regras deverão ser refletidas no âmbito da revisão do <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> (cf. Nota 1 <i>supra</i>). Trata-se de um aspeto a melhorar no decurso do ano de 2019.</p>
<p>Estimativas de custos desajustadas dos objetivos dos Serviços.</p>	<p>Criação de base de dados interna para fazer projeções sobre histórico de aquisições anteriores.</p>	<p>- A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i>. Esta aplicação apresenta algumas limitações no que respeita às ferramentas de históricos de aquisições, as quais têm sido reportadas junto da Sudaçor e da entidade responsável pela aplicação informática.</p>
<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>- Alargamento do leque de fornecedores consultados.</p>	<p>As regras estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> (cf. Nota 1 <i>supra</i> relativamente à revisão do procedimento).</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.</p> <p>- 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>

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

Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação das especificações técnicas fixadas no caderno de encargos e a sua adequação à natureza das prestações e ao objeto do contrato a celebrar.</li> <li>- Verificação dos requisitos fixados de forma a impedir o afastamento de potenciais concorrentes (recusa de condições inusuais ou demasiado exigentes e restritivas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As especificações são fixadas no caderno de encargos e adequadas à natureza das prestações e ao objeto do contrato a celebrar.</li> <li>- Não são fixados requisitos inusuais ou demasiado exigentes e restritivos.</li> </ul>
Critérios subjetivos na avaliação das propostas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de critérios de avaliação das propostas objetivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis.</li> <li>- Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidas as propostas e concorrentes.</li> <li>- Informação aos interessados dos critérios e fatores de avaliação das propostas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativamente aos procedimentos de adjudicação de bens e serviços lançados pela USIFaial a avaliação das propostas é feita com base em critérios objetivos, sendo que a indicação dos critérios é feita na carta convite remetida aos concorrentes.</li> <li>- Relativamente ao material de consumo clínico, o procedimento é por aquisição direta através da central de compras SPMS, ou CPA efetuados pela Saudaçor.</li> </ul>
Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação e registo das situações de impedimento na composição de júris.</li> <li>- Definição idónea da composição dos júris.</li> </ul>	As regras relativas à nomeação e indicação de júri deverão ser revistas no âmbito da revisão do <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> (cf. Nota 1 <i>supra</i> ).
Falta de rigor na avaliação das propostas.	Fundamentação adequada da avaliação das propostas.	Uma vez que a avaliação das propostas é feita com base em critérios objetivos, a fundamentação é igualmente objetiva e resulta da ordenação das propostas.
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.	Verificação do rigor e adequação do clausulado à natureza e aos objetivos de cada aquisição	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.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Derrapagem nos custos e nos prazos.</li> <li>- Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, previamente à sua aceitação.</li> <li>- Falhas na gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação.</li> <li>- Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional.</li> <li>- Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- A avaliação é assegurada de acordo com a natureza específica de cada situação: as situações de reduzida</li> </ul>

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

-Falhas na gestão dos prazos de renovação de contratos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Segregação de funções no controlo da execução do contrato.</li> </ul>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Não existem desvios financeiros entre a prestação adjudicada e a prestação executada. Quanto aos desvios temporais, por regras são de dimensão reduzida e com pouco impacto no normal funcionamento do serviço.</li> <li>- Quando constatadas situações irregulares (em termos de incumprimento de prazos) são feitas as necessárias advertências aos fornecedores.</li> <li>- A especificidade dos produtos adquiridos e a reduzida dimensão do serviço limitam a possibilidade de implementar a segregação de funções no controlo da execução do contrato.</li> </ul>
Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspetos técnicos e jurídicos.</li> <li>- 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.</li> <li>- Verificação da ocorrência imprevista que originou “trabalhos e serviços a mais”.</li> <li>- Acompanhamento regular do desempenho do contratante.</li> </ul>	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"> <li>- Restrição do acesso aos armazéns a pessoal autorizado.</li> <li>- Implementação de uma política de controlo geral de acessos.</li> </ul>	O acesso ao armazém é restrito ao pessoal autorizado, de acordo com a política de controlo de acessos implementada na USI Faial.

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

Entrega pelos fornecedores de quantidades inferiores ou superiores às contratadas ou de diferente qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregação de funções.</li> <li>- Verificação dos bens recebidos pelo serviço recetor/armazém.</li> <li>- Sistema de registos de entradas e saídas de armazém e confronto com os pedidos internos.</li> <li>- Controlo das encomendas em quantidade e qualidade, por colaborador com competências específicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As responsabilidades e tarefas asseguradas nesta área por cada um dos intervenientes estão definidas no <i>PROD – Gestão de Armazém</i>.</li> <li>- O controlo, verificação e registo são feitos de acordo com este procedimento.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação dos níveis de <i>stock</i> previamente definidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i>. Esta aplicação apresenta algumas limitações no que respeita aos alertas relativos aos níveis de <i>stock</i>, as quais têm sido reportadas junto da Sudaçor e da entidade responsável pela aplicação informática.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A reduzida dimensão do serviço limita a possibilidade de se implementar uma política de rotatividade entre colaboradores nesta área.</li> </ul>
Falta de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado e consumíveis.	Verificação periódica do inventário global.	A verificação é feita com base no <i>PROD – Controlo Permanente do Inventário</i> .
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.

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

3. ÁREA FINANCEIRA – Responsabilidade: Conceição Marques		
Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
- Falhas nos procedimentos internos de registo de transações na contabilidade.	- Definição e implementação de procedimentos de monitorização.	- É necessário proceder à definição e implementação dos procedimentos de monitorização. Este aspeto já tinha sido salientado no relatório referente ao ano de 2017 e mantém-se a necessidade de melhoria.
- Atraso na emissão da faturação (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).	- Conferência de transações.	- A conferência de transações é feita periodicamente e continuamente ao nível da receita e da despesa.
- Faturação de serviços não prestados / não faturação de serviços prestados.	- Segregação de funções.	- É respeitada a segregação de funções.
	- Utilização e atualização de aplicações informáticas.	- A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i> . As atualizações estão a cargo da Sudaçor.
	- Verificação dos serviços prestados e comparação com a faturação emitida.	- A faturação é emitida consoante os serviços prestados, com base nos registos efetuados no <i>Medicine One</i> .
- Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro.	- Monitorização do caixa aleatória e esporádica.	- A monitorização do caixa é feita na tesouraria.
	- Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro.	- A verificação dos valores à guarda do tesoureiro é feita periodicamente ao longo do ano.
- Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	- Conferência dos valores recebidos.	- A conferência dos valores recebidos é feita na tesouraria e nas restantes caixas.
- Controlo inadequado dos depósitos bancários.	- Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores.	- 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.
	- Segregação de funções.	- A segregação de funções é respeitada.

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

	- Reconciliação bancária.	- A reconciliação bancária é feita por funcionário que não efetua transações bancárias.
Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).	<p>Segregação de funções entre quem processa, autoriza e efetua o pagamento.</p> <p>Verificação periódica e aleatória de procedimentos.</p>	<p>- A segregação de funções é respeitada.</p> <p>- Em 2018 foi aprovado o procedimento de cobrança de valores, para além dos restantes procedimentos já aprovados em 2017. No entanto, mantém-se a necessidade de elaboração de procedimento de conferência de faturas, anteriormente salientada no relatório referente ao ano de 2017.</p> <p>Relativamente à verificação periódica e aleatória de procedimentos, este aspeto já tinha sido salientado no relatório referente ao ano de 2017 e mantém-se a necessidade de melhoria.</p>

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

4. ÁREA DE PESSOAL – Responsabilidade: Manuela Rocha		
Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Irregularidades ou incorreções nas retribuições.</li> <li>- Irregularidades ou incorreções na atribuição de férias e licenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração do regulamento interno do Serviço.</li> <li>- Implementação adequada de procedimentos de controlo internos.</li> <li>- Segregação de funções e rotatividade.</li> </ul>	<p>O Regulamento Interno da USIFaial foi aprovado pelo CA em abril de 2017.</p> <p>Foi proposta, pela responsável de área, a elaboração de alguns procedimentos chave, nomeadamente: 1- Procedimento de Horários de Trabalho e de Registo e Controlo de Assiduidade dos Trabalhadores da USIFaial; 2- Procedimento de Processamento de Vencimentos, Gratificações, Suplementos e outros Abonos; 3- Procedimento do Processo de Avaliação na Administração Pública dos Trabalhadores da USIFaial; 4- Procedimento de Contratação de Pessoal; 5- Procedimento de Identificação do Trabalhador da USIFaial; 6- Procedimento de Justificação e Comunicação de todos os tipos de Faltas.</p> <p>Na presente data estão elaborados e aprovados todos os Prod's acima mencionados com exceção do PROD 2 que se encontra em elaboração, pelo que esta ação de melhoria se encontra parcialmente cumprida.</p> <p>Além disso, durante o ano em curso foi elaborado o PROD Incompatibilidades, Impedimentos / Acumulação de Funções.</p> <p>Foi implementada a Segregação de funções e rotatividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assiduidade, mapas de férias, programas de empregabilidade e deslocações em serviço – Natália Fragata</li> <li>- Conferência das faltas, processamento de vencimentos e medicina no trabalho – Marta Furtado</li> <li>- Conferência de vencimentos, controlo da BEPA, controlo das penhoras de vencimentos, declarações anuais de vencimentos, balanço social e concursos de pessoal – Carla Fraga</li> <li>- Avaliação de trabalhadores e funções de coordenação técnica na área de pessoal, expediente e arquivo – Manuela Rocha</li> </ul>

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

	- Atualização dos dados dos trabalhadores na aplicação de vencimentos SIGRHARA	Os dados do SIGRHARA são atualizados mensalmente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente avaliação das necessidades de contratação.</li> <li>- Falta de definição prévia de critérios de contratação.</li> <li>- Designação dos mesmos elementos, de forma reiterada para os júris.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição do perfil dos profissionais a contratar e fundamentação da decisão.</li> <li>- Definição de elenco objetivo de critérios de seleção de candidatos.</li> <li>- Composição idónea do júri dos concursos sem repetição regular.</li> </ul>	<p>As decisões de contratar são sempre fundamentadas pelo CA e submetidas a autorização superior da Tutela com base no mapa global consolidado de recrutamento para os serviços e organismos da administração regional, publicado anualmente (cf. Mapa anual global consolidado de recrutamento para os serviços e organismos da administração regional, para o ano de 2018, aprovado pelo Despacho n.º 471/2018 de 22 de março de 2018).</p> <p>Os critérios de seleção de candidatos obedecem ao disposto na Resolução n.º 178/2009, de 24 de novembro, alterada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2018/A de 22 de outubro.</p> <p>A Composição do júri dos concursos é definida pelo CA de acordo com o disposto na Resolução n.º 178/2009, de 24 de novembro, alterada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 12/2018/A de 22 de outubro, ou diplomas legais especificamente aplicáveis em função do objeto do procedimento.</p>

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

<p>Deficiente utilização do processo de avaliação SIADAPRA, designadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos indefinidos ou desajustados às tarefas realizadas;</li> <li>- Ausência ou deficiente fundamentação das decisões da avaliação;</li> <li>- Avaliações de desempenho irregulares, pouco transparentes, com falta de fundamentação, favorecendo ou prejudicando trabalhadores.</li> </ul>	<p>Verificação do cumprimento das normas instituídas e correta aplicação do SIADAPRA.</p>	<p>O processo carece de reavaliação, sendo de salientar a necessidade de introduzir ações de melhoria relativamente aos seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de cumprimento dos prazos, uma vez que se registam atrasos nas diversas fases do procedimento;</li> <li>- Necessidade de definição de objetivos ajustados;</li> <li>- necessidade de fundamentação adequada das propostas de avaliação.</li> </ul>
--	---	--

#### 5. SECRETARIADO CLÍNICO – Responsabilidade: Manuela Rocha / Vítor Geraldo<sup>3</sup>

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"> <li>- Utilização das aplicações informáticas (MedicineOne)</li> <li>- Implementação e cumprimento das regras de funcionamento e procedimentos internos da instituição</li> <li>- Atualização regular e periódica das listas de utentes (óbitos, mudança de residência, etc. ...)</li> <li>- Atualização regular e periódica do arquivo de processos clínicos.</li> </ul>	<p>De acordo com a informação fornecida pelo Responsável do Secretariado Clínico foi concluída a atualização das listas de utentes e do arquivo de processos clínicos:</p> <p>N.º Inscritos 15263</p> <p>Novas Inscrições - 115</p> <p>Limpeza lista* - 112</p> <p>*Limpeza de lista inclui ausentes, transferências e óbitos.</p>
<p>Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo</p> <p>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.</p> <p>Atualização de dados dos utentes.</p>	<p>A atualização dos dados dos utentes é feita sempre que se regista um contato entre o utente e a instituição.</p>

<sup>3</sup> Designado como novo responsável pela área do Secretariado Clínico em julho de 2018.

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

## 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 concluir os procedimentos internos necessários à implementação das ações de melhoria mencionadas na tabela *infra*.

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 das ações de melhoria identificadas no presente relatório deverá obedecer ao seguinte calendário:

Área	Medidas de Prevenção do Risco	3º Trimestre de 2019	4º Trimestre de 2019	Responsável
Aprovisionamento	Rever e atualizar o <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i> (incluindo as regras relativas à constituição de júris no âmbito da contratação de bens e serviços)		✓*	Teresa Brito e Melo
Aprovisionamento	Aperfeiçoar as regras e procedimentos de avaliação das necessidades		✓	António Carvalho
Financeira	Definir e implementar ações de monitorização nos procedimentos internos de registo de transações na contabilidade		✓	Conceição Marques

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

Financeira	Definir e implementar ações de verificação periódica e aleatória nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos		✓	Conceição Marques
Financeira	Concluir a elaboração do procedimento de conferência de faturas		✓	Conceição Marques
Pessoal	Concluir a elaboração dos procedimentos chave na área de pessoal (Procedimento de Processamento de Vencimentos, Gratificações, Suplementos e outros Abonos)	✓		Manuela Rocha
Pessoal / CA	Definir e implementar medidas de resposta aos seguintes aspetos no âmbito da avaliação dos trabalhadores: - Necessidade de cumprimento dos prazos; - Definição de objetivos ajustados; - fundamentação adequada das propostas de avaliação.	✓		Manuela Rocha / Helena Reis / Xénio Terra / Paula Bettencourt

\*A implementação desta Ação de melhoria deve, preferencialmente, ser feita após a alteração da legislação regional em vigor (Decreto Legislativo Regional n.º 27/2015/A de 29/12), que deverá adaptar à RAA o Decreto-Lei n.º 111-B/2017 (nona alteração ao Código dos Contratos Públicos) em vigor desde 1 de janeiro de 2018, de modo a incluir a atualização dos aspetos que, entretanto, venham a ser revistos na alteração da legislação regional.

O presente documento, será proposto à aprovação do Conselho de Administração e subsequente divulgação junto de todos os colaboradores da USIFaial através da intranet corporativa bem como a respetiva remessa às entidades competentes.

Horta, 29 de maio de 2019