



RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS

DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2022

Serv	N.º	Rev
01	27	05

ÍNDICE

	Pág.
I Introdução	3
II Enquadramento Organizacional	5
III Áreas de Risco e Medidas de Prevenção	10
IV Autoauditoria/Monitorização	11
V Avaliação do Estado de Implementação de cada Medida	11
VI Conclusão	22

Serv	N.º	Rev
01	27	05

I. INTRODUÇÃO

No presente relatório procede-se à monitorização da execução anual do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) em vigor na USIFaial, 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 dos anos de 2016, 2017 e 2018, 2019-2020 (por constrangimentos da Pandemia foi efetuada a avaliação contemplando 2 anos) e 2021, consta dos relatórios de execução elaborados em março de 2017, maio de 2018, maio de 2019, outubro de 2020 (aprovado em março de 2022), e abril de 2022 respetivamente.

Em outubro de 2022, foi feita a avaliação intercalar do PPRCIC conforme previsto na legislação em vigor efetuando-se a análise dos riscos elevados e implementação das medidas preventivas.

No último trimestre de 2022, foi possível voltar à quase normalidade das atividades que sofreram muitos constrangimentos decorrentes da gestão da Pandemia pelo Covid 19. O ano em análise foi marcado ainda pela gestão e preparativos para o processo de mudança para o novo edifício da USIFaial.

Em março de 2022, a Unidade foi alvo de avaliação externa por parte da Inspeção Administrativa Regional da Transparência e de Combate à Corrupção (IARTCC) tendo como alvo de avaliação os Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial, pelo que, entre outras medidas de melhoria, em julho de 2022, iniciou-se o levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas em termos organizacionais de modo a abranger todas as áreas de atividade da unidade. É um trabalho que foi finalizado em abril de 2023 e que culminará na atualização do PPRCIC da unidade. Apesar do constrangimento de inexistir à data um profissional da área jurídica e de não ser possível afetar recursos humanos exclusivamente a esta área está a ser feito um esforço interno para responder às exigências legais.

Serv	N.º	Rev
01	27	05

No presente relatório avalia-se o grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC (ref.º 06|24|01, com prazo de revisão previsto para 06-04-2023) referentes ao ano de 2022.

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.

Serv	N.º	Rev
01	27	05

II. ENQUADRAMENTO ORGANIZACIONAL

A Unidade de Saúde da Ilha do Faial é uma unidade de prestação de Cuidados de Saúde Primários sem internamento onde, na sua Carta de Missão e Valores, o Conselho de Administração expressa a vontade de alcançar um elevado nível ético, promovendo a sua divulgação interna e externa, de forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público. (Aprovada pelo Conselho de Administração a 07-07-2022 | Ref.ª do documento: 01 | 33 | 00). Neste documento de gestão ficou definido que:

Missão

A *missão* da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. 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 e enfermeiro de família.

O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, 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 ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

Valores

Como **valores** da Equipa salientamos os seguintes:

- **Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.

	RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS-2021	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	05


- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação:** traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de **Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade, Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade; e, Urbanidade** por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

Objetivos

O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

- ✓ Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
- ✓ Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e com as várias entidades e parceiros;
- ✓ Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

	RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS-2021	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	05

CARTEIRA DE SERVIÇOS

A carteira de serviços da USIFaial é a seguinte:

- a) Consultas: complementar e programada; cessação tabágica; diabetes; hipertensão; nutrição; planeamento familiar; saúde do adulto; saúde escolar; saúde infantojuvenil; saúde materna; saúde da mulher; viajante.
- b) Outros serviços clínicos: cuidados de enfermagem e vacinação, psicologia; terapia da fala, medicina dentária.
- 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.
- e) Outros serviços e apoio a grupos vulneráveis: 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, comissão de Dissuasão à Toxicodependência, grupo de apoio aos cuidadores informais, comissão de dissuasão à toxicodependência da Horta.


ESTRUTURA ORGÂNICA

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

A USIFaial é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.

São seus representantes legais:

- Andy Rodrigues– Presidente do Conselho de Administração, no cargo desde o dia 1 de novembro de 2022 (tendo sido sua antecessora Maria Teresa Fortuna de Faria Ribeiro Cândido).
- Nídia de Fátima Neves Faria– Vogal Executiva e Diretora Clínica, no cargo desde o dia 1 de abril 2022 (tendo sido seu antecessor Nelson Henriques Gonçalves).
- Maria Manuela Ferreira Oliveira– Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem

	RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS-2021	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	05

Para a prestação de cuidados de saúde foi prevista a criação de quatro “Unidades Funcionais”: unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e unidade básica de urgência, esta última não aplicável à USIFaial.

A área administrativa integra duas secções:

- Secção de pessoal, expediente e arquivo;
- 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.

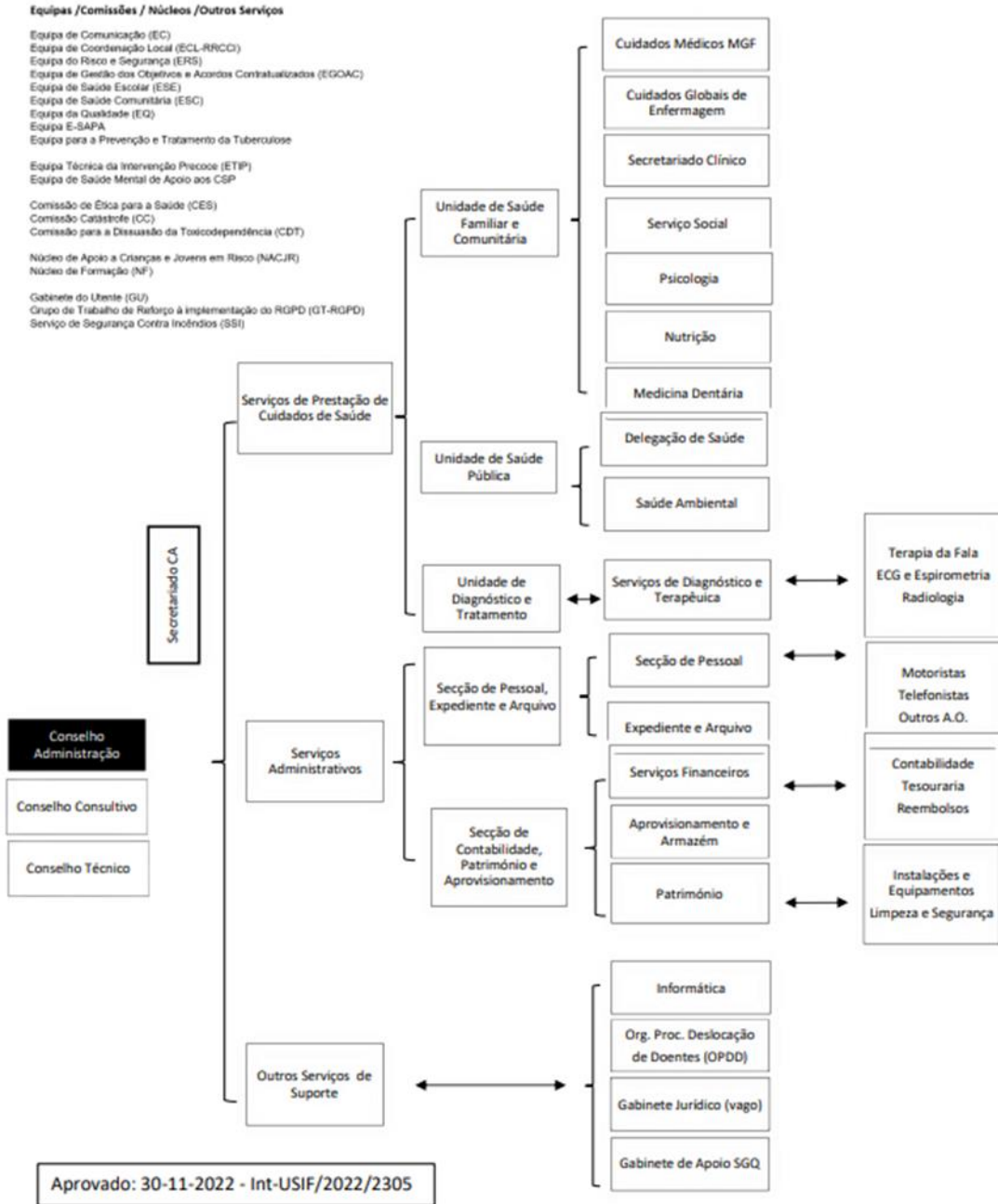
ARTICULAÇÃO COM OS INSTRUMENTOS DE CONTROLO E PREVENÇÃO DA CORRUPÇÃO E FRAUDE


Na USIFaial existem instrumentos para gerir a e promover a Qualidade em particular as ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude:

- ✓ Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRIC) – atualmente em revisão, inclui a atualização dos riscos organizacionais (todas as áreas / serviços) incluindo a vertente do PRR (conforme plano de melhoria: Int-USIF/2022/696);
- ✓ Relatórios de acompanhamento e de execução (anual e intercalar) do PPGRIC;
- ✓ Código de Ética e de Conduta;
- ✓ Procedimento do “Sistema de apresentação e tratamento de denúncias da USIFaial - Canal de Denúncias”;
- ✓ Política Antifraude da USIFaial;
- ✓ Sistema de Controlo Interno – prevendo-se em 2023 a concretização das monitorizações conforme plano elaborado no final de 2023 assim como a finalização da norma/manual do Sistema de Controlo Interno (conforme plano de melhoria: Int-USIF/2022/602).

Serv	N.º	Rev
01	27	05

ORGANOGRAMA FUNCIONAL



	RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS-2021	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	05

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 e pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2020/A, de 22 de janeiro.
- 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.¹

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

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

	RELATÓRIO ANUAL DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS-2021	Referência do documento:		
		Serv	N.º	Rev
		01	27	05

IV. AUTOAUDITORIA /MONITORIZAÇÃO

Em 2022, efetuaram-se as avaliações anuais à execução do PPRCIC, em falta, e garantiu-se a avaliação intercalar do mês de outubro aos riscos elevados do PPRCIC, iniciou-se, ainda, a implementação do Sistema de Controlo Interno da USIFaial e deu-se continuidade às avaliações periódicas em aspetos mais focalizados com as áreas clínicas e com critérios de cumprimento obrigatório segundo o Manual de Referência (Processo de Acreditação). Destacamos que:

- Foi nomeado um profissional responsável pelo Sistema de Controlo Interno que acumula com a gestão da área financeira que além de outras responsabilidades elaborará a Norma/Manual do Sistema de Controlo Interno da USIFaial.
- Foram realizadas 4 reuniões/sessões de trabalho para a implementação do SCI e iniciou-se a elaboração das listas de verificação para a realização de uma autoauditoria / monitorização às seguintes áreas: financeira, recursos humanos, contratação pública, deslocação de doentes e património.

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 procedeu-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.

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

1. GESTÃO – Responsabilidade: Presidente do CA – Teresa Ribeiro Cândido (a partir de março de 2021 até outubro de 2022) / Andy Rodrigues (a partir de novembro de 2022).

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(a) clínico(a); 1 Diretor(a) 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 <i>do Mapa de Competências</i> disponível na <i>Intranet</i>. - Os trabalhadores reportam quaisquer situações anómalas ao CA, às chefias intermédias e /ou responsáveis de área. - Iniciou-se em 2022 a elaboração de listas de verificação para a monitorizar o cumprimento dos normativos às seguintes áreas: financeira, recursos humanos, contratação pública, deslocação de doentes e património; cujo resultado se espera serem contributos úteis para a Norma/Manual do Sistema de Controlo Interno. - 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.

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

2. CONTRATAÇÃO E APROVISIONAMENTO – Responsabilidade: António Carvalho

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> .
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.	As regras estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i>
Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades.	Elaboração de planos de atividades, relatórios técnicos e sistemas de avaliação das necessidades.	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - No caso do material afeto à gestão da Pandemia: o material foi adquirido pela USIFaial e a avaliação é a praticado para toda a generalidade dos artigos – em função dos Consumos e Necessidades previstas.
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 apresenta algumas limitações no que respeita às ferramentas de históricos de aquisições, as quais têm sido reportadas DRS e da entidade responsável pela aplicação informática.
Recurso a procedimentos não concorrenciais, nomeadamente ajuste	- Definição de regras claras para o recurso a Ajuste Direto.	As regras estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</i>

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

direto, sem justificação rigorosa e sem critérios.	- Alargamento do leque de fornecedores consultados.	- 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, é feita uma avaliação das situações em que é possível alargar o leque de fornecedores/prestadores a consultar: aos Bens de consumo corrente, é sempre aplicado o leque mais abrangente de fornecedores habilitados á especificidade dos artigos a fornecer, seja a nível Local, Regional ou Nacional.
Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias.	- 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).	- 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.
Crítérios subjetivos na avaliação das propostas.	- 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.	- 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. - Relativamente ao material de consumo clínico, o procedimento é por aquisição direta através da central de compras SPMS, ou CPA efetuados pela DRS.
Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento.	- Identificação e registo das situações de impedimento na composição de júris. - Definição idónea da composição dos júris.	As regras estão definidas no <i>PROD - Aquisição de Bens e Serviços</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.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Referência do Documento

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

<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. - Quando constatadas situações irregulares (em termos de incumprimento de prazos) são feitas as necessárias advertências aos fornecedores. - 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.
<p>Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”.</p>	<p>- Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspetos técnicos e jurídicos.</p>	<p>Não existem “trabalhos e serviços a mais” pelo que esta situação não se aplica.</p>

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Referência do Documento

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>(não se aplica uma vez esta dimensão de contratação ser nula ou não ser abrangida por esta norma prevista no CCP “expressão de valor e âmbito”).</p> <p><i>A vir a existir, nalguma circunstância - devem e aplicam-se as regras regulamentares expressamente previstas no CCP ou outras.</i></p>
Falta de formalização por escrito.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 USIFaial.
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.
	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação dos níveis de <i>stock</i> previamente definidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 DRS e da entidade responsável pela aplicação informática.
	<ul style="list-style-type: none"> - Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas. 	A reduzida dimensão do serviço limita a possibilidade de se implementar uma política de rotatividade entre colaboradores nesta área.

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

Abates sem autorização ou com autorização não certificada pelo órgão competente.	Verificação das autorizações para a realização de abates.	Todos os abates (quando existentes e a existir) são registados em auto e devidamente autorizados. A eliminação dos artigos propensos ao abate, só ocorre depois de rececionada a autorização do CA e serem registados na gestão de stocks- ERP-Primavera como abatidos.
3. ÁREA DO PATRIMÓNIO – Responsabilidade do Vogal Executivos de acumula com a Direção de Enfermagem (até nomeação dos responsáveis de área, conforme Nota Interna de 21-11-2022 com a referencia: Int-USIF/2022/2244)		
Riscos inerentes	Medida de Prevenção do Risco	Avaliação
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> , a cargo do serviço de instalações e equipamentos.
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> .
4. ÁREA FINANCEIRA – Responsabilidade: Susana Simas		
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.	- No relatório referente ao ano 2021, identificou-se como melhoria a necessidade de efetuar a monitorização, no entanto, os normativos internos em vigor preveem a monitorização interna da responsabilidade do serviço de contabilidade. No ultimo trimestre de 2022, iniciou-se a elaboração de listas de verificação para avaliar o cumprimento dos normativos em vigor. - A conferência de transações é feita periodicamente e continuamente ao nível da receita e da despesa. - É respeitada a segregação de funções.
- Atraso na emissão da faturação (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).	- Conferência de transações.	
- Faturação de serviços não prestados / não faturação de serviços prestados.	- Segregação de funções. - Utilização e atualização de aplicações informáticas.	

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

	<ul style="list-style-type: none"> - Verificação dos serviços prestados e comparação com a faturação emitida. 	<ul style="list-style-type: none"> - A aplicação utilizada a nível regional é o <i>Primavera</i>. As atualizações estão a cargo da DRS. - A faturação é emitida consoante os serviços prestados.
<ul style="list-style-type: none"> - Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A monitorização do caixa é feita na tesouraria. - 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.
<ul style="list-style-type: none"> - Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conferência dos valores recebidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A conferência dos valores recebidos é feita na tesouraria e nas restantes caixas.
<ul style="list-style-type: none"> - Controlo inadequado dos depósitos bancários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos (incluindo faturação a subsistemas e entidades diversas).</p>	<p>Segregação de funções entre quem processa, autoriza e efetua o pagamento.</p> <p>Verificação periódica e aleatória de procedimentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A segregação de funções é respeitada. - No relatório referente ao ano 2021, identificou-se como melhoria a necessidade de efetuar a monitorização, no entanto, os normativos internos em vigor preveem a monitorização interna da responsabilidade do serviço de contabilidade. No ultimo trimestre de 2022 iniciou-se a elaboração de listas de verificação para avaliar o cumprimento dos normativos em vigor.

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

5. 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"> - Elaboração do regulamento interno do Serviço. - Implementação adequada de procedimentos de controlo internos. - Segregação de funções e rotatividade. - Atualização dos dados dos trabalhadores na aplicação de vencimentos SIGRHARA. 	<p>O Regulamento Interno da USIFaial foi aprovado pelo CA em abril de 2017.</p> <p>Em relação à Segregação de funções e rotatividade foram asseguradas.</p> <p>Os dados do SIGRHARA são atualizados mensalmente (sempre que necessário).</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>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.</p> <p>Os critérios de seleção de candidatos das carreiras do Regime Geral obedecem ao disposto na Resolução n.º 178/2009, de 24 de novembro, na sua atual versão.</p> <p>Para as Carreiras Regime Especial os critérios de seleção obedecem ao disposto nos diplomas de cada carreira: Pessoal Médico – Portaria n.º 27/2011, de 24 de maio na sua atual versão; Pessoal de Enfermagem- Portaria n.º 153/2020, de 23 de junho; Pessoal TSDT – Portaria n.º 154/2020, 23 de junho.</p> <p>A Composição do júri dos concursos é definida pelo CA de acordo com a legislação aplicável a cada carreira.</p>

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

<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>No ano de 2022 não houve avaliações uma vez que é no final deste ano que termina o biénio (2021-2022).</p> <p>Existe o Mapa de Competências dos Profissionais por Posto de Trabalho para dar resposta ao Manual de Standards critérios 6 (Direção e Planeamento Estratégico) e 7 (Profissionais).</p> <p>Foram elaboradas Declarações individuais com objetivos anuais por trabalhador para dar resposta a requisito obrigatório do Manual referido que complementa os objetivos do biénio.</p>
--	---	--

6. SECRETARIADO CLÍNICO – Responsabilidade: Vítor Geraldo

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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 1 de janeiro de 2022 estavam inscritos na USIFaial 15140 utentes, em 31 de dezembro 15210 utentes; - 100% dos elementos do secretariado clínico utilizam o M1; - A monitorização do cumprimento dos normativos a cargo do responsável do secretariado clínico é feita na avaliação diária do atendimento dos utentes realizado pelos administrativos do secretariado clínico (SC); - A atualização periódica das listas dos utentes é realizada por cada administrativo afeto aos Núcleos de Saúde Familiares (NSF), os sem médico por um colega designado pelo responsável do SC. É imprimida uma listagem dos utentes de cada NSF, no atendimento são atualizados os dados, aos restantes é feito contato por telefone; - A utilização do arquivo clínico é realizada da seguinte maneira, são retirados processos que são solicitados por outras unidades de saúde por mudança de residência dos utentes. São rececionados processos clínicos que foram solicitados de utentes que fixaram residência na ilha do Faial e transferidos processos dos utentes falecidos para o arquivo dos falecidos.



RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Referência do Documento

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

<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>O Decreto Legislativo Regional n.º 4/2020/A, de 22 de janeiro dispensa “o pagamento das taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde: <i>a)</i> Atendimento, consultas e outras prestações de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários; <i>b)</i> Consultas, atos complementares prescritos e outras prestações de saúde, se a origem de referência para estas for o Serviço Regional de Saúde ou o Serviço Nacional de Saúde. 5 — A dispensa de pagamento de taxas moderadoras previstas no número anterior, salvaguardado o disposto no n.º 2, não se aplica em situações de atendimento realizado nas Unidades Básicas de Urgência e nos Serviços de Urgência.” (art.28º.) Assim em 2022 não foram cobradas taxas moderadoras pelo que importa atualizar o PGPRCIC da USIFaial. Este risco já não será contemplado no mapa de risco do PPRCIC que está a ser revisto e atualizado.</p>
---	--	--

Serv.	N.º	Rev.
01	27	05

VI. CONCLUSÃO

De uma forma geral, a implementação das medidas de prevenção de risco contidas no PPRCIC pode considerar-se bem-sucedida, embora se reconheça a necessidade de melhorar a implementação da avaliação sistemática e periódica em especial nas atividades de suporte (auditorias internas/autoauditorias), aspeto que já está a ser trabalhado internamente.

Em termos de apreciação genérica constata-se que a monitorização da execução do PPRCIC assim como as recomendações da equipa inspetiva da IARTCC permitiu à USIFaial apetrechar-se de um conjunto de informação e conclusões particularmente relevantes para a prossecução da sua missão, que permitem mitigar alguns dos riscos inerentes à sua atividade. Pretende-se no decurso de 2023 concluir todas as ações de melhoria inerentes aos Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos e Infrações Conexas da USIFaial.

O presente documento, foi elaborado tendo em conta os contributos dos responsáveis pelas áreas com riscos identificados e será proposto para análise e aprovação do Conselho de Administração.

Após aprovação será divulgado junto de todos os colaboradores da USIFaial através da intranet corporativa bem como efetuada a respetiva remessa às entidades competentes e de controlo. Não é possível publicitá-lo na internet uma vez que a unidade não possui site oficial.

Horta, 28 de abril de 2022

Celeste Freitas

Coordenadora do Gabinete de Apoio ao Sistema de Gestão da Qualidade

Circuito Interno: Int-USIF/2023/995, aprovado pelo Conselho de Administração a 26/05/2023