

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Revisão: 4

Aprovada em reunião de C.A.

De 17/12/2024

O Conselho de Administração



Região Autónoma dos Açores
Secretaria Regional da Saúde e da
Segurança Social



Índice

1. ENQUADRAMENTO / ATRIBUIÇÕES DA ENTIDADE	4
1.1. Caracterização	4
1.2. Missão	4
1.3. Visão	5
1.4. Valores	5
1.5. Estrutura Organizacional	7
1.6. Organograma Funcional Nominativo	9
1.7. Compromisso ético da USIP	9
2. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS	10
2.1. Conceito de risco e de gestão de risco	10
2.2. Avaliação dos riscos	13
2.3. Metodologia	14
2.4. Critérios de Classificação do Risco	15
3. MAPAS DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO 17	
3.1 Área de Contratação	17
3.1.1 Avaliação das Necessidades e Planeamento da Contratação	17
3.1.2. Procedimentos Pré-Contratuais	19
3.1.3. Celebração e Execução do Contrato	22
3.2. Gestão Financeira na Contratação Pública	26
3.3. Instalação e Equipamentos	28
3.4. Recursos Humanos	29
3.5. Controlo Interno	31
4. ESTRATÉGIAS DE EFETIVIDADE, EFICÁCIA E CORRETIVAS	33
5. REFERÊNCIAS	36

AM
20 - [Handwritten signature]

Nota prévia

No cumprimento da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, que aprova a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, e estabelece uma ação concertada entre os momentos da prevenção, deteção e repressão da corrupção, tanto no setor público como no setor privado e o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e define o regime geral de prevenção da corrupção, em conformidade com o artigo 5.º do referido Decreto-Lei, é elaborado o presente Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Este plano tem como objetivo reforçar a credibilidade e boas práticas de gestão, sublinhando a importância da participação ativa de todos, tanto a nível individual como coletivo. Define diretrizes para a prevenção de riscos na gestão, incluindo os relacionados com a corrupção e infrações conexas, apresentando critérios de risco, a estrutura de funções e responsabilidades internas, assim como as medidas de prevenção, controlo e monitorização do plano. A gestão dos riscos de corrupção é uma responsabilidade transversal que envolve todos os colaboradores da Unidade de Saúde da Ilha do Pico, sendo os planos de prevenção de riscos de gestão ferramentas essenciais para avaliar eventuais responsabilidades na gestão de recursos públicos.

Os riscos de gestão estão associados à forma como as decisões são tomadas, abrangendo a definição de políticas, procedimentos e responsabilidades. O plano orienta a forma como são estabelecidos os seus objetivos e diretrizes, e como são coordenadas as pessoas, os processos e as tecnologias. Isto, sempre com base nos princípios de boa gestão dos recursos públicos, assegurando eficiência, eficácia, qualidade, transparência e equidade em todas as decisões, em estrito cumprimento da regulamentação em vigor.

Em cumprimento do art.º 5º do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado pelo DL n.º 109-E/2021, de 09 de dezembro, foi designado o dirigente máximo da Unidade de Saúde da Ilha do Pico (Presidente do Conselho de Administração) como sendo o Responsável pelo cumprimento do Normativo (RCN).

O Conselho de Administração



1. ENQUADRAMENTO / ATRIBUIÇÕES DA ENTIDADE

1.1. Caracterização

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico é, nos termos do Artigo 1.º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A, de 18 de junho, uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, integrada no Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores, exercendo a sua atividade sob a superintendência e tutela da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social.

A coordenação, orientação e avaliação do funcionamento da Unidade de Saúde da Ilha do Pico compete à Direção Regional da Saúde, sem prejuízo das competências legalmente cometidas à Inspeção Regional da Saúde.

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico exerce as suas atribuições (Artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A) no âmbito geográfico da Ilha do Pico, sem prejuízo da sua participação no planeamento e gestão do Serviço Regional de Saúde e da articulação da sua atividade com as Unidades de Saúde das outras ilhas e com outras instituições de saúde.

A ação da Unidade de Saúde da Ilha do Pico dirige-se aos indivíduos, famílias, grupos e comunidade residentes na ilha do Pico e aos nela deslocados temporariamente (Artigo 4.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A).

1.2. Missão

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico (USIP), tem como missão (Artigo 2.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A, de 18 de junho), promover a saúde na sua área geográfica, implementando ações de educação para a saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença. Além disso, pode prestar cuidados de saúde diferenciados e desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, formação profissional, investigação em cuidados de saúde, melhoria da qualidade dos cuidados e avaliação dos resultados da sua atividade. No cumprimento da sua missão, a USIP tem-se regulado por valores de referência definidos por unanimidade entre todos os trabalhadores da USIP, que devem orientar as suas decisões, ações e conduta, em harmonia com a sua missão. A definição

destes valores representa a expectativa da Unidade de Saúde face às atitudes e condutas a adotar.

Os valores éticos que devem estar na base da prestação dos serviços, permitindo o reconhecimento da instituição, estão no Código de Ética e Conduta (em anexo), que pretende incrementar, continuamente estes valores e expressa os compromissos da USIP ao nível da ética, constituindo-se como um referencial orientador para apoiar os trabalhadores na compreensão das normas éticas da instituição e dar a conhecer aos nossos parceiros e outras partes interessadas os valores e princípios subjacentes à forma como desenvolvemos a nossa atividade.

Pretende-se elevar esses patamares de excelência, incentivando a adoção de comportamentos exemplares, baseados nos valores da USIP, na conformidade legal. A apreensão e compromisso dos princípios explicitados neste Código e a colocação em prática das normas nele consagradas, por todos os que trabalham na USIP e com a USIP serão a garantia absoluta do seu integral respeito e aplicação.

1.3. Visão

Tornar a USIP uma referência em Cuidados de Saúde Primários a nível regional em termos de satisfação dos utentes e dos trabalhadores, sempre disponíveis para inovar e responder às necessidades da população.

1.4. Valores

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico (USIP) tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência à população da ilha, num contexto de proximidade e responsabilidade social. Para cumprir este desígnio, é essencial que todas as atividades desenvolvidas pela USIP sejam orientadas por um conjunto de valores sólidos, que refletem as prioridades organizacionais e a identidade da nossa instituição.

Apresentamos cinco valores essenciais para o desempenho da USIP:

AM
W.


Eficiência

- **Objetivo:** Maximizar os recursos disponíveis, garantindo respostas rápidas e de qualidade às necessidades dos utentes.
- **Justificação:** Em regiões insulares, a otimização de recursos é crucial devido às limitações logísticas.

Gestão Participativa

- **Objetivo:** Envolver profissionais de saúde, utentes e a comunidade na tomada de decisões.
- **Justificação:** Promove inclusão, responsabilidade partilhada e alinhamento com as reais necessidades locais.

Equidade

- **Objetivo:** Garantir acesso igualitário e justo aos cuidados de saúde para toda a população da ilha.
- **Justificação:** Respeitar a diversidade demográfica e social da região.

Inovação e Sustentabilidade

- **Objetivo:** Adotar soluções tecnológicas e práticas sustentáveis para melhorar o serviço de saúde.
- **Justificação:** A sustentabilidade é crítica para o futuro, especialmente em regiões mais vulneráveis como os Açores.

Humanização

- **Objetivo:** Focar no cuidado centrado no utente, com empatia e respeito.
- **Justificação:** Este valor reforça a confiança da população no sistema de saúde.

1.5. Estrutura Organizacional

Compõem a Unidade de Saúde da Ilha do Pico os seguintes órgãos:

- 1. Conselho de Administração**
- 2. Conselho Consultivo**
- 3. Conselho Técnico**

A Unidade de Saúde é dirigida por um Conselho de Administração, na presente data constituído por um presidente, dois vogais executivos e um vogal não executivo.

O Conselho Consultivo é o órgão de apoio estratégico e de consulta, responsável por acompanhar e avaliar as atividades da unidade de Saúde de Ilha do Pico, emitindo pareceres e recomendações para o seu desenvolvimento e melhoria. Reúne representantes da comunidade e entidades relevantes, assegurando a inclusão de perspetivas externas na gestão da unidade de saúde.

O Conselho Técnico é o órgão de apoio especializado, que contribui para a definição de orientações técnicas e científicas no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo composto por profissionais de saúde, com competências específicas para assessorar a gestão na implementação das melhores práticas clínicas e organizacionais.

Cada um dos Centros de Saúde dispõe de uma Direção Clínica e de Enfermagem, nos termos do artigo 9.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A de 31 de julho, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, e no n.º 2 do Artigo 29.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A.

Para a prossecução das suas atribuições, a Unidade de Saúde da Ilha do Pico integra os Centros de Saúde de Lajes do Pico, Madalena e São Roque, como estabelecimentos

A. M. D. J.

prestadores de cuidados de saúde, através das suas unidades funcionais (n.º 2 do artigo 1.º e artigo 23º do Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A):

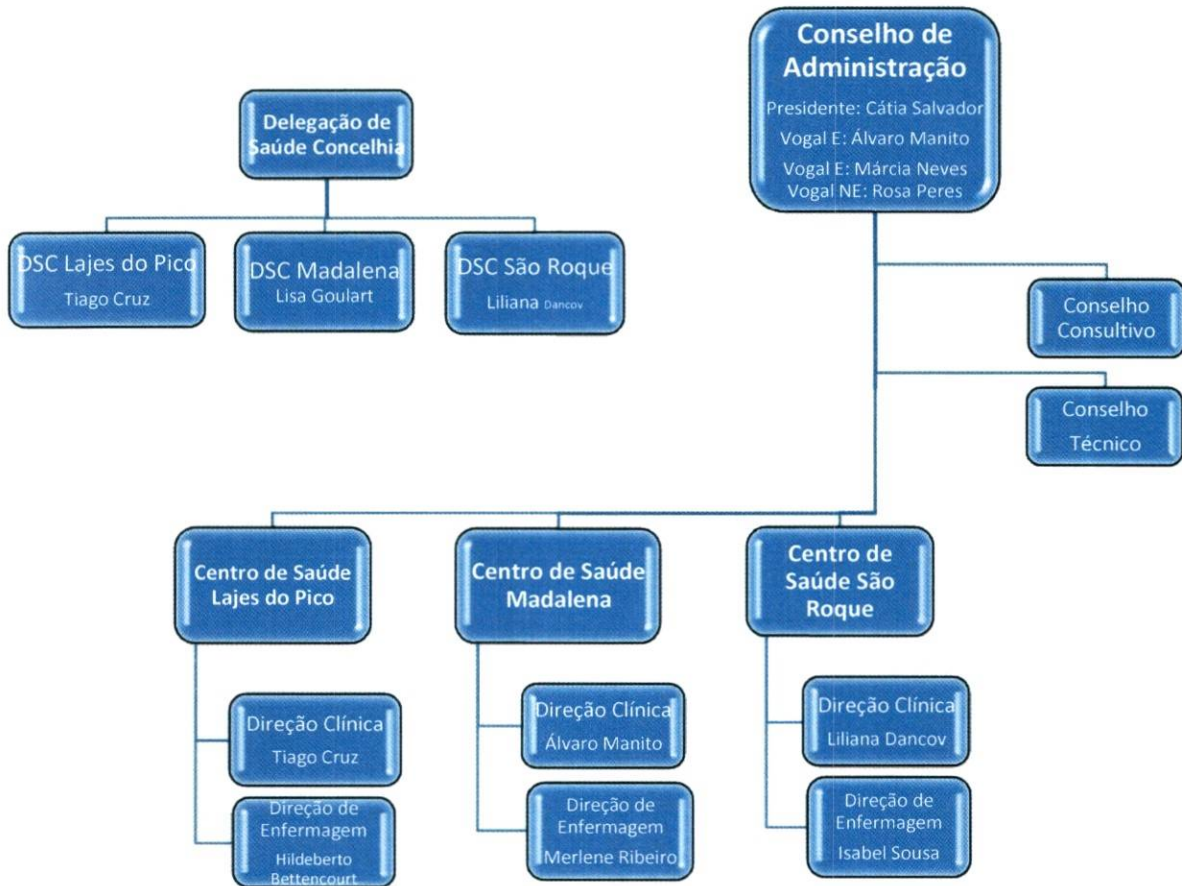
- Três Unidades de Saúde Familiar e Comunitária;
- Três Unidades de Saúde Pública;
- Uma Unidade de Diagnóstico e Tratamento;
- Uma Unidade de Internamento;
- Três Unidade Básicas de Urgências.

De acordo com o Decreto Regulamentar Regional n.º 4/2024/A, o Serviço administrativo e de apoio geral está dividido em duas secções:

- Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo (alínea a) artigo 31.º e artigo 32º DRR 4/2024/A);
- Secção de Contabilidade, Património e Aprovisionamento (alínea b) artigo 31.º e artigo 33º do DRR 4/2024/A).

AM
w.
Dent

1.6. Organograma Funcional Nominativo



A estrutura organizacional da USIP encontra-se descrita no Regulamento Interno.

1.7. Compromisso ético da USIP

O Código de Ética e Conduta da USIP e todos os seus trabalhadores e colaboradores estão vinculados ao cumprimento das normas que o compõem, assumindo o compromisso ético que o integra.

2. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS

2.1. Conceito de risco e de gestão de risco

O risco representa a possibilidade de um acontecimento ou ação comprometer a prossecução dos objetivos organizacionais. A gestão de risco é um processo contínuo e interativo, aplicado a todos os níveis da organização e alinhado com a estratégia, missão e visão, com o objetivo de identificar, avaliar e mitigar eventos que possam afetar adversamente a sua continuidade. Este processo, determinado pelo Conselho de Administração e executado pelas chefias intermédias, garante um alinhamento eficaz entre a estratégia organizacional e o perfil de risco aceitável, permitindo alcançar os objetivos com um grau razoável de segurança. O principal desafio da gestão de risco é definir e gerir o nível de incerteza que a organização está disposta a aceitar, equilibrando riscos e oportunidades.

Adicionalmente, o plano contempla os seguintes conceitos éticos e jurídicos:

Corrupção e Infrações Conexas

A corrupção é entendida como o uso ilegítimo dos poderes da Administração Pública ou de organismos equiparados para obter vantagens ilícitas. Pode ser classificada como:

- Corrupção passiva para ato ilícito: Recebimento de vantagem em troca de um ato ilegal.
- Corrupção passiva para ato lícito: Recebimento de vantagem em troca de um ato legal.
- Corrupção ativa: Oferecimento de vantagem indevida a um agente público.

Infrações conexas incluem práticas que comprometem o funcionamento das instituições públicas e do mercado, como:

- Tráfico de influência, peculato, participação económica em negócio, concussão, abuso de poder e suborno.

Conflito de Interesses

De acordo com a Recomendação do CPC n.º 5/2012, o conflito de interesses ocorre quando um agente público toma decisões ou participa em processos administrativos que podem beneficiar interesses pessoais ou de terceiros, comprometendo a imparcialidade e o rigor das decisões administrativas.

As entidades públicas, incluindo as regidas por direito privado, devem implementar mecanismos para monitorizar e gerir conflitos de interesse, assegurando transparência e ética no desempenho das funções públicas.

Estes princípios e diretrizes reforçam o compromisso da organização com uma gestão responsável, ética e orientada para a integridade, garantindo a confiança no setor público e na prossecução dos seus objetivos institucionais.

Os artigos 372.º, 373.º e 374.º do Código Penal estabelecem os enquadramentos legais relativos à corrupção, diferenciando entre corrupção passiva para ato ilícito, corrupção passiva para ato lícito e corrupção ativa:

1. Corrupção Passiva para Ato Ilícito (Artigo 372.º)
 - A solicitação ou aceitação, direta ou indireta, de vantagens patrimoniais ou não patrimoniais, para realizar ou omitir atos contrários aos deveres do cargo, é punível com prisão de 1 a 8 anos.
 - A pena pode ser dispensada ou atenuada se o agente rejeitar voluntariamente a vantagem ou colaborar com a justiça antes da prática do ato.
2. Corrupção Passiva para Ato Lícito (Artigo 373.º)

- O mesmo tipo de solicitação ou aceitação, mesmo para atos não contrários aos deveres do cargo, é punível com prisão até 2 anos ou multa até 240 dias.
 - Inclui casos em que a vantagem é recebida de alguém com pretensões dependentes do exercício das funções públicas do funcionário.
3. Corrupção Ativa (Artigo 374.º)
- Quem oferecer ou prometer vantagens indevidas a um funcionário público, com o objetivo de influenciar a realização ou omissão de um ato relacionado ao cargo, incorre em pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

Resumo

A corrupção ocorre sempre que um ato ou omissão, lícito ou ilícito, está associado ao recebimento ou promessa de uma compensação indevida, em benefício próprio ou de terceiros.

Infrações Conexas

Além da corrupção, outras infrações conexas comprometem o funcionamento das instituições, destacando-se:

- Peculato: Apropriação ou desvio de bens públicos por parte de funcionários.
- Suborno: Oferta ou aceitação de vantagens para influenciar decisões.
- Abuso de Poder: Uso indevido do cargo para obter benefícios pessoais.
- Concussão: Exigência indevida de vantagens por parte de funcionários públicos.
- Tráfico de Influência: Intermediação ilícita para obter benefícios.
- Participação Económica em Negócio: Intervenção fraudulenta em negócios de interesse público.

Comum a todas estas infrações é a obtenção de vantagens ou compensações indevidas, prejudicando a integridade, a transparência e a confiança no setor público.

Este enquadramento jurídico reforça a importância de mecanismos de prevenção e gestão de risco ético nas instituições públicas, essenciais para a proteção do interesse público e a promoção de uma administração responsável.

2.2. Avaliação dos riscos

São vários os fatores que levam a que o desenvolvimento de um evento (facto, atividade, etc.) tenha um maior ou menor risco. Os fatores externos podem ser dos mais variados e dependem em grande parte da própria envolvente da organização. Quanto aos fatores internos podemos, entre outros, considerar:

- A competência da gestão, uma vez que uma menor competência da atividade de gestão envolve, necessariamente, um maior risco;
- A integridade dos gestores e decisores, dado que, com um comprometimento ético e um comportamento rigoroso, haverá um menor risco;
- A qualidade do sistema de controlo interno e a sua eficácia já que quanto menor a eficácia, maior o risco;
- A deterioração da condição económica da entidade. Desempenhos deficientes crescentes. À medida que o desempenho se deteriora, os vários níveis da organização têm tendência a tornarem-se negligentes e a deturparem a informação;
- Grau de motivação do pessoal. Uma fraca motivação aumenta o risco.

O Plano é um instrumento de gestão de risco, no sentido em que identifica os principais pontos críticos para as diferentes áreas de atividade, associando as medidas preventivas correspondentes por forma a mitigar os riscos inerentes. Na avaliação do risco, deverão ser avaliados os riscos associados a objetivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos.

Na avaliação do risco, deverão ser avaliados os riscos associados a objetivos, em termos de probabilidade de ocorrência e impacto, de forma a determinar como deverão ser geridos.

A probabilidade de ocorrência representa a possibilidade de um dado evento se verificar enquanto o impacto representa o efeito do evento ocorrer, o qual deverá ser medido utilizando a mesma unidade definida para o objetivo respetivo.

2.3. Metodologia

Este Plano estabelece diretrizes sobre a prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, identifica critérios de risco adotados, e define as funções e responsabilidades dos intervenientes na gestão e coordenação das atividades da Unidade de Saúde da Ilha do Pico.

De acordo com a natureza das atividades desenvolvidas e das funções desempenhadas pelos trabalhadores identificaram-se as seguintes **Áreas de Risco**, para efeitos do presente Plano, após uma avaliação setorial que resultou da identificação dos possíveis perigos e da gravidade que lhes poderia estar associada:

1. Serviço de contratação, aprovisionamento, instalações e equipamentos;
2. Área de Serviços Financeiros associados à contratação;
3. Área de Recursos Humanos;
4. Controlo Interno

Os potenciais riscos de corrupção e infrações conexas serão identificados através de uma matriz e qualificados através de uma escala de risco.

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico procedeu à graduação dos riscos para as áreas identificadas utilizando a matriz baseada no “Guião de boas práticas para a prevenção e o combate à corrupção na Administração Pública” da OECI-CPLP (organismos estratégicos de controlo interno da Comunidade de Países de Língua Portuguesa), disponibilizado pelo Tribunal de Contas. A matriz conjuga duas variáveis para graduar o risco: **probabilidade de ocorrência (PO)** e **gravidade da consequência (GC)**, classificadas

AM
no. [Signature]

em Baixa, Média e Alto. Como resultado os riscos foram graduados em Fraco, Moderado ou Elevado, indicador **grau de risco** (GR).

2.4 Critérios de Classificação do Risco

Probabilidade da Ocorrência	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais
Gravidade da Consequência	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos	Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão

Os riscos são classificados como elevado, moderado ou fraco, sendo geralmente atribuída, respetivamente, a cor vermelha, amarela e verde (cfr. Matriz de risco)

Matriz de Risco

Medidas	Aceitar	Transferir	Evitar
Graus	Prevenir	Prevenir	Transferir
Probabilidade	Baixa	Média	Alta
Gravidade	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Fraco	Fraco	Moderado



Para cada potencial risco são definidas as respetivas medidas preventivas. Embora possam ser designados vários responsáveis pela **implementação das medidas preventivas**, é certo que a responsabilidade em última instância deverá ser assumida pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha do Pico.

Handwritten signature and initials in blue ink at the top left of the page.

3. MAPAS DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

3.1 Área de Contratação

3.1.1 Avaliação das Necessidades e Planejamento da Contratação

Escala de Risco: Probabilidade da Ocorrência (PO) e Gravidade da Consequência (GC); 1 – Baixo; 2 – Médio; 3 – Alto Graduação do Risco (GR): 1 – Fraco; 2 – Moderado; 3 – Elevado		Matriz dos potenciais riscos por atividade				Medidas Preventivas
Atividade	Responsável Interventente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	PO	GC	GR	
1. Avaliação e planejamento	CA	Existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades	1	1	2	Estabelecimento de mecanismos para uniformização de metodologias de identificação de necessidades Promoção de troca de informação entre o Conselho de Administração e os responsáveis pelos serviços
		Não uniforme para todos os casos Sistema não regulado por escrito	1	1	1	
		Não identificação atempadamente de reais necessidades	2	2	2	
2. Identificação	5	Aquisição de bens e serviços que não se adequam às necessidades da entidade	1	1	2	Aprovação de aquisições incluídas no Plano de atividade, como regra
3. Enquadramento	5	Não elaboração de um plano de atividades anual que inclua as necessidades do ano subsequente	1	2	2	Assegurar a elaboração de um plano de caráter anual e respetivo controlo

AM

 22.

4. Avaliação dos custos	Contrato/Aprov.			Tratamento deficiente das estimativas dos custos	2	2	2	Determinação dos métodos de cálculo das estimativas dos custos Análise "à posteriori" das causas dos desvios entre os custos estimados e os realizados
5. Realização de estudos para elaboração de projetos / Adoção de medidas excepcionais de planejamento para projetos complexos	CA	Entidade externa		Inexistência ou existência deficiente de estudos adequados para efeitos de elaboração dos projetos	1	2	2	Definição de critérios internos que delimitem a realização de estudos necessários à realização de projetos / projetos complexos
6. Planejamento atempado dos processos de aquisição	CA	Contrato/Aprov.		Planeamento deficiente dos procedimentos, obstando a que sejam assegurados prazos razoáveis	1	2	2	Elaboração de um cronograma e monitorização do mesmo
7. Definição de responsabilidades	CA			Deficiente definição de responsabilidades de cada um dos intervenientes no processo, nas diversas fases	2	2	2	Definição prévia das responsabilidades de cada um dos intervenientes, nas diversas fases do planeamento da contratação

AM

 13.

3.1.2. Procedimentos Pré-Contratuais

Matriz dos potenciais riscos por atividade						
Atividade	Responsável Interviente (Órgão /serviço)	Potencial Risco	Medidas Preventivas			
			P O	G C	G R	G R
1. Seleção e contratação de "especialistas externos" para preparação de projetos e cadernos de encargos	SA	Seleção e contratação de "especialistas externos" por Ajuste Direto	1	2	2	2
		Fundamentação insuficiente de recurso ao Ajuste Direto quando baseado em critérios materiais	1	2	2	2
2. Controle interno	CA	Ausência de controle interno destinado a verificar e certificar os procedimentos pré-contratuais	2	2	2	2
		Controle deficiente dos prazos	2	2	2	2
		Contratos celebrados por entidade sem competência para autorizar a despesa	1	3	3	3
		Contratos celebrados por entidade sem competência para autorizar a despesa, nos termos da lei.	1	3	3	3

Escala de Risco:

Probabilidade da Ocorrência (PO) e Gravidade da Consequência (GC): 1 – Baixo; 2 – Médio; 3 – Alto

Gravidade do Risco (GR): 1 – Fraco; 2 – Moderado; 3 – Elevado

AM 20.

2.1. Escolha do tipo de procedimento e Publicitação dos mesmos	CA	Contrat. Aprov.	Jurídico	Escolha de procedimento por Ajustes Diretos	2	3	2	Assunção do procedimento do Concurso Público como procedimento regra para a contratação pública
				Ausência de Publicitação dos procedimentos nos termos da lei	2	3	3	Garantir as publicitações exigidas por lei com as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis
				Lançamento de procedimento sem prévia fixação de preço base	1	1	2	Garantir que seja previamente fixado parâmetros base quanto ao preço nos procedimentos
2.2. Definição das peças do procedimento	CA	Contratação Aprov.	Jurídico	O conteúdo do programa/convite à apresentação de propostas não conforme com os preceitos legais	2	3	3	Garantir que o conteúdo do programa/convite à apresentação de propostas está em consonância com os preceitos legais
				Definição de cláusulas técnicas do caderno de encargos pouco claras, incompletas e discriminatórias violando os princípios da transparência, igualdade e da concorrência	2	3	3	Garantir que as especificações técnicas definidas no Caderno de Encargos de adequam à natureza do objeto a contratar e são claras, completas e abertas à concorrência
2.3. Modelo de avaliação e definição de critérios de adjudicação das propostas	CA	Aprovis. / Contratação	Jurídico	Caráter subjetivo dos critérios de avaliação das propostas, com inserção de dados não quantificáveis nem comparáveis	2	3	3	Garantir que o modelo de avaliação das propostas tem um caráter objetivo e baseiam-se em dados quantificáveis e comparáveis
				Definição deficiente dos critérios de adjudicação e dos fatores de avaliação das propostas, quando exigíveis	2	3	3	Garantir que os critérios de adjudicação são claros, não discriminatórios e definidos no programa/convite, assegurando uma concorrência efetiva



 AM 10.

<p>2.4. Nomeação de júris</p>	<p>5</p>	<p>Contratação/ Aprovis.</p>	<p>Júri</p>	<p>Ausência de verificação de impedimentos na composição dos júris de procedimentos</p>	<p>1 2 2</p>	<p>1 2 2</p>	<p>Confirmações que não se verificam situações de impedimento na composição do júri de procedimento. Garantir que o júri será exclusivamente composto por pessoas singulares independentes dos participantes do concurso</p> <p>Obtenção de declarações de impedimentos por parte dos júris que deverá ser expressa e sob a forma escrita e apensa ao processo</p>
<p>2.5 Adjudicação</p>	<p>5</p>	<p>Contratação/ Aprovis.</p>	<p>Júri</p>	<p>Não verificação dos documentos que atestem a honorabilidade e/ou situação económica das entidades adjudicatárias</p> <p>Não verificação de situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesse</p> <p>Não realização de audiência prévia e notificação de adjudicação aos concorrentes preteridos</p>	<p>1 2 1</p>	<p>1 2 2</p>	<p>Verificação que os concorrentes não estão impedidos de participar nos procedimentos</p> <p>Controlo efetivo das situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesse</p> <p>Garantir que foi realizada audiência prévia aos concorrentes e os concorrentes preteridos foram notificados da adjudicação nos termos legais</p>

Handwritten signature and initials: AM 23.

3.1.3. Celebração e Execução do Contrato

Matriz dos potenciais riscos por atividade								
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)			Potencial Risco	P O	G C	G R	Medidas Preventivas
	Cont./Aprov.	Serv. Jurídico						
1. Negociação / redação dos contratos pelos serviços internos				Participação dos mesmos intervenientes na negociação e redação dos contratos	2	2	2	Segregações de funções
2. Controlo Interno				Existência insuficiente de mecanismo de controlo interno – Manual de Procedimentos	2	2	2	Segregações de funções Cumprimento do Manual de Procedimentos
	CA					2	2	
2.1. Elaboração do contrato				Inexistência de correspondência entre as cláusulas técnicas e as cláusulas contratuais	1	1	1	Garantir que as cláusulas contratuais são legais
	Contratação	Serv. Jurídico						
				Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado do contrato	1	2	1	

8. A emissão da ordem de pagamento após certificação da qualidade e quantidade dos bens e serviços	CA	Contabilidade	Aprovisionamento	Tesouraria	Patrimônio	Deficiente coordenação entre serviços (serviço de Patrimônio, Aprovisionamento e Contabilidade/Tesouraria)	2	2	1	Cumprimento de normas e Manual de Procedimentos
						Inexistência de inspeção ou de ato que certifique as quantidades e a qualidade dos bens e serviços, antes da emissão da ordem de pagamento	1	2	1	Atos prévios de inspeção e certificação da quantidade e qualidade dos bens e serviços adquiridos, assim como a medição dos trabalhos e a vistoria da obra, relativamente à emissão da ordem de pagamento
9. Inspeção e avaliação da qualidade e quantidade	Aprov.	Diretores Clínicos	Diretores de Enfermagem	Técnicas de Informática		Falta de evidência na recepção técnica dos bens	2	1	1	Certificação de que existe evidência na recepção técnica dos bens
						A inspeção e avaliação da qualidade e quantidade efetuadas por um só funcionário	1	2	1	Exigência da presença de dois funcionários na inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos
						Falta de segregação de funções em situação de férias ou outras ausências	1	2	1	Definição "à priori" de substitutos para desempenhar funções em caso de férias ou outras ausências
10. Medição de trabalhos nas empreitadas	CA	Entidade				Inexistência de medição de trabalhos e de vistoria da obra	1	2	1	Implementação de um controlo rigoroso na medição e vistorias da obra
11. Fiscalização das empreitadas	CA	Entidade				Não delegação de poderes de fiscalização nas entidades públicas ou privadas	1	2	2	Garantir que foram aplicadas de delegação de poderes previstos no CPA

AM

 20.

3.2. Gestão Financeira na Contratação Pública

Matriz dos potenciais riscos por atividade						
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	Medidas Preventivas			
			P O	G C	G R	
Autorização de despesas	CA Contabilidade Contratação/ Aprov.	Assunção de despesas sem prévio cabimento na respetiva dotação orçamental	3	3	3	Proceder ao cabimento prévio das despesas e ao registo dos compromissos
		Autorização de despesas por mais do que um ano económico sem autorização previa do membro do governo responsável pela área das finanças	2	2	3	Certificação de autorização de despesas por mais de um ano económico nos termos do Decreto de execução orçamental
		Realização e pagamentos de trabalhos a mais antes da respetiva autorização da despesa	1	3	3	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam que nenhum pagamento de trabalhos a mais é efetuado sem a respetiva autorização de despesa
		Pagamento de despesas antes de visto prévio	1	3	3	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam o cumprimento do estipulado na Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas
		Pagamento de despesas após de decisão de recusa de visto	1	3	3	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam que nenhum pagamento de revisões nos preços das empenhadas é efetuado sem a respetiva autorização de despesa pelo órgão competente
Pagamentos	CA Contabilidade Tesouraria	Pagamento de revisões de preços nas empenhadas sem que a respetiva despesa seja autorizada previamente pelo órgão competente	2	2	2	

AM


3.3. Instalação e Equipamentos

Matriz dos potenciais riscos por atividade							
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P	O	G		Medidas Preventivas
					C	R	
Registo/controlo de imobilizado	Património	Gestão do Imobilizado	1	3	3		Auditoria mensal aleatória ao imobilizado
		a) Desvio de imobilizado pelos trabalhadores ou terceiros	1	3	3		
		b) Desconformidade nos registos do património	1	1	1		
Gestão contratos manutenção	Património	c) Gestão de obsolescência e adequação	1	2	1		Cumprimento do Código dos Contratos Públicos Criação de um Manual de Procedimentos/ Planos de manutenções Nomeação de um trabalhador responsável pelas manutenções e pelo acompanhamento das visitas/intervenções
		Gestão de Contratos de manutenção	1	3	3		
		a) Valores e preços justos	1	1	1		
		b) Número de visitas	1	1	1		
Fiscalização de empreitadas	Aproviss. Património	c) Intervenções efetivas e materiais aplicados	1	2	1		Acompanhamento das obras Elaboração Atas de todas as reuniões de obra Explicitação clara de materiais aplicados e usados
		Fiscalização das empreitadas	1	2	1		
		a) Materiais aplicados (quantidade, qualidade e apropriação)	1	2	1		

Receção de equipamentos / obras	Aprov's.	Património	Verifica e conferência de faturas	1	1	1	Elaboração de Autos de receção
				1	2	1	
			a) Trabalhos realizados				
			b) Receção de equipamentos em conformidade				

3.4. Recursos Humanos

Matriz dos potenciais riscos por atividade								
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	Medidas Preventivas			P	G	R
			O	C	R			
Recrutamento de Pessoal	Recur.human/Gab. Jurid	Processos Administrativos de recrutamento e seleção de pessoal a) Princípio da transparência b) Princípio da igualdade c) Princípio da liberdade de candidatura d) Constituição de Júris	2	3	3			
Registo de dados Cadastro trabalhador	Rec. Humanos	Inserção de dados do cadastro do trabalhador a) Erros de identificação b) Omissão de Informação c) Registos e contagem	1	1	1			

Escala de Risco:

Probabilidade da Ocorrência (PO) e Gravidade da Consequência (GC); 1 – Baixo; 2 – Médio; 3 – Alto

Gravitação do Risco (GR); 1 – Fraco; 2 – Moderado; 3 – Elevado

3.5. Controlo Interno

Matriz dos potenciais riscos por atividade						
Atividade	Responsável Interveniante (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P	O	Medidas Preventivas	
					G	R
Competências / sistema de controlo interno	5	Falta de independência funcional nas diversas fases procedimentais	1	2	1	Segregação de Funções
		Ausência de Medidas Internas que evitem conflitos de interesse	1	2	2	Elaboração de orientações escritas Segregação de funções e implementação de medidas de organização do trabalho de forma a permitir rotatividade entre serviços Obtenção de declarações de conflitos de interesse de todos os envolvidos Controlo interno, sucessivo e sistemático através de auditorias a realizar nos serviços, por amostragem
Integridade e Ética	5	Existência de situações internas indiciadoras de conluio entre os concorrentes e eventual corrupção dos trabalhadores	1	2	2	Rotação de funções Criação de regras gerais de rotatividade dos elementos que constituem o júri Implementação do código de conduta e de ética

[Handwritten signature]
 11.13.

<p>Estudo e implementação de metodologia de análise interna de dados visando detetar situações indiciadoras de corrupção e infrações conexas</p>					<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Avaliação "à posteriori" do nível de qualidade e do preço dos bens e serviços adquiridos e das empreitadas realizadas aos diversos fornecedores/prestadores de serviços/empregadores</p>					<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Publicitação dos documentos com os resultados das análises levadas a efeito</p>					<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Sensibilização a todos os trabalhadores de quais os procedimentos a terem em situações de que tomem conhecimento que levem à suspeita de fraude, corrupção ou outra atividade ilegal</p>					<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>
<p>Identificação das necessidades de formação e implementação das respetivas ações</p>					<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>

4. ESTRATÉGIAS DE EFETIVIDADE, EFICÁCIA E CORRETIVAS

O presente Plano é um instrumento de gestão dinâmico, pelo que será necessário efetuar um acompanhamento periódico na sua execução e proceder à sua atualização sempre que se identifiquem novos fatores de risco.

A metodologia adotada para o controlo e monitorização do plano deve estar de acordo com os seguintes itens:

1. Identificação em cada serviço dos responsáveis pela implementação do plano e respetivas tarefas;
2. Realização de Auditorias Internas;
3. Elaboração de um Relatório Anual de execução do Plano.

Após a implementação do Plano, a Unidade de Saúde da Ilha do Pico deverá instituir um sistema de controlo rigoroso para avaliar o cumprimento e o grau de conformidade da prática seguida pela instituição em relação aos procedimentos documentados. Desse modo, devem ser criados mecanismos de controlo interno e definidos procedimentos pelo Conselho de Administração, para que assegurem o desenvolvimento das atividades de forma adequada e eficiente, de modo a permitir a salvaguarda dos dinheiros, valores ou património, a redução significativa de ocasiões propícias à corrupção e deteção de situações de ilegalidade, fraude e erro.

Os mecanismos a implementar deverão permitir não só obter informação sistemática e permanente, mas também tomar medidas de carácter corretivo, para contrariar desvios e fundamentalmente adotar medidas de carácter preventivo que impeçam a ocorrência de potenciais riscos de práticas de corrupção e infrações conexas.

Para facilitar a Unidade de Saúde da Ilha do Pico deverá dispor de um procedimento documentado que defina a forma e os responsáveis pela implementação das medidas corretivas e preventivas.

As situações de riscos de corrupção poderão ser detetadas por indicação de qualquer trabalhador (surgimento espontâneo) que tem o dever de alertar e comunicar o conhecimento de qualquer ocasião propícia à corrupção e situações de ilegalidade, fraude e erro ou através de instrumentos implementados (auditorias internas).

O Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas deve ser objeto de avaliações periódicas sobre a sua execução e eficácia, em outubro, abril e a cada três anos, nos seguintes termos:

- a. elaboração de relatório de avaliação intercalar referente às situações de risco elevado ou máximo – outubro;
- b. elaboração de relatório de avaliação anual com a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas, assim como a indicação da previsão da sua plena implementação – abril do ano seguinte a que respeita a execução;
- c. revisão – a cada 3 anos ou perante alterações relevantes nas atribuições ou na estrutura orgânica que o justifique.

O Plano de Prevenção de Riscos e Infrações Conexas, bem como os relatórios de controlo intercalar e anual devem ser comunicados à Direção Regional da Saúde (DRS), à Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção (IARTCC), bem como ao MENAC, no prazo de 10 dias contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração.

Esses relatórios deverão ser elaborados por uma “equipa de auditores” nomeados pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha do Pico, constituída por:

- a. Dois trabalhadores, sendo que um é o responsável pela execução do plano de riscos de gestão, corrupção e infrações conexas.
- b. Deve ser aceite e reconhecido pela generalidade dos profissionais como competente para efetuar a verificação.

Quando no relatório de execução do plano forem identificadas situações não conformes com o Plano de Prevenção de Corrupção e Infrações Conexas os responsáveis deverão elaborar planos específicos para as suprimir.

Para concretizar tais planos é necessário ter objetivos claros, divulgar como é que se pretende que os objetivos sejam atingidos e respetivos prazos de implementação, que métodos e que meios serão utilizados, como se medirão os resultados e quais são os critérios de sucesso.

O processo de monitorização tem necessariamente uma natureza dinâmica, sendo que os relatórios anuais devem sempre incidir sobre a última das realidades e não se focalizarem, *ad eternum*, no ponto de partida em que começou a ser implementado o Plano. Pode haver necessidade de atualizar o Plano de Prevenção de Corrupção e Infrações Conexas em função dos resultados processo de monitorização.

A melhoria contínua do Sistema depende, em primeiro lugar, do envolvimento direto do Conselho de Administração e dos Órgãos de Direção, baseada em estratégias e objetivos definidos em consonância com a legislação em vigor e que permitem evitar situações de corrupção e infrações conexas.

Liderança, estilo de gestão de topo e a participação ativa de todos os funcionários a todos os níveis são os elementos primordiais para a concretização dos resultados e alcance de uma gestão sem corrupção.

A Unidade de Saúde da Ilha do Pico considera ainda como elementos relevantes para o alcance de uma gestão sem corrupção, a formação, a motivação e a divulgação de objetivos e estratégias corretamente definidos, compreendidos e interiorizados.

A presente revisão (número quatro), entra em vigor após a sua aprovação e publicitação.

Em anexo:

Código de Ética e Conduta

Designação do Responsável pelo Cumprimento Normativo

Designação do responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR

5. REFERÊNCIAS

Tribunal de Contas, “Questionário sobre a avaliação da gestão dos riscos de corrupção”, Conselho de Prevenção da Corrupção;

Tribunal de Contas, “Guião para a elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas”, Conselho de Prevenção da Corrupção;

“Prevenir a Corrupção – um guia explicativo sobre a corrupção e crimes conexos”, Edição do Gabinete para as Relações Internacionais, Europeias e de Cooperação do Ministério da Justiça (GRIEC).

Tribunal de Contas, “Guião de boas práticas para a prevenção e o combate à corrupção na Administração Pública” da OECD-CPLP.