

# PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Revisão: 2

Aprovada em reunião de C.A.

De 22/03/2022

O Conselho de Administração



Região Autónoma dos Açores  
Secretaria Regional da Saúde e  
Desporto



## ÍNDICE

<b>1. Enquadramento / Atribuições da Entidade.....</b>	<b>4</b>
1.1. Caracterização.....	4
1.2. Missão.....	4
1.3. Visão.....	5
1.4. Valores.....	5
1.5. Estrutura Organizacional.....	6
1.6. Organograma Funcional Nominativo.....	8
1.7. Instalações.....	8
1.8. Compromisso Ético da USIP.....	9
<b>2. Identificação dos Riscos.....</b>	<b>10</b>
2.1. Conceito de Risco e de Gestão de Risco.....	10
2.2. Avaliação dos Riscos.....	13
2.3. Metodologia.....	14
2.3.1. Critérios de Classificação do Risco.....	15
<b>3. Mapas de Identificação de Riscos e Medidas de Prevenção.....</b>	<b>17</b>
3.1. Área de Contratação.....	18
3.2. Procedimentos Pré-Contratuais.....	20
3.3. Celebração e Execução do Contrato .....	23
3.4. Gestão Financeira na Contratação pública.....	27
3.5. Serviço de Instalação e Equipamentos .....	29
3.6. Recursos Humanos .....	31
3.7. Controlo Interno.....	33
<b>4. Estratégias de Efetividade, Eficácia e de Correção.....</b>	<b>36</b>

## **Nota prévia**

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril, aprova a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024 e o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção definindo, nos capítulos III e IV, as medidas de prevenção da corrupção e o regime sancionatório aplicável face ao seu incumprimento. Neste contexto em conformidade com o art.º 5º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, elabora-se o Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

O presente plano pretende reforçar o prestígio nas práticas de gestão, com ênfase na participação individual e coletiva e estabelece orientações sobre a prevenção de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, os critérios de risco, as funções e as responsabilidades na sua estrutura e organização interna, bem como as medidas de prevenção, controlo e monitorização do plano. Assumindo a gestão do risco de corrupção um carácter transversal, é uma responsabilidade de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde da Ilha do Pico, doravante designada por USIP. Os planos de prevenção de riscos de gestão são assim um instrumento de gestão fundamental que permitirá aferir a eventual responsabilidade que ocorra na gestão de recursos públicos.

Os riscos de gestão referem-se genericamente ao modo como as decisões são tomadas, envolvendo a definição de políticas, procedimentos e responsabilidades, enquadrando a forma como são definidas as suas diretrizes e objetivos, coordenadas as pessoas, os processos e as tecnologias, no estrito respeito dos princípios de boa gestão dos recursos públicos, tendo por base a eficiência, eficácia, qualidade, transparência e equidade nas decisões tomadas, no estrito cumprimento da regulamentação vigente.

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 Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2003/A, de 1 de abril, 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 Desporto.

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 16/2003/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 16/2003/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 16/2003/A), promover a saúde na sua área geográfica, através de ações de educação para a saúde, na prevenção e prestação de cuidados na doença, no desenvolver de atividades de vigilância epidemiológica, de formação profissional, de investigação em cuidados de saúde, de melhoria da qualidade dos cuidados e de 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 USIP tem como valores ser uma equipa competente, dinâmica, rigorosa e inovadora, interagindo com a comunidade, com a convicção de cada um e de todos que, ao investimento pessoal e profissional, corresponderá a excelência de serviços. A instituição colabora, ainda, no desenvolvimento dos programas de saúde de âmbito regional promovidos pela tutela ou outras entidades governamentais.

No quadro seguinte enumeram-se os valores de referência, definidos por unanimidade entre todos os trabalhadores da USIP, explicitando-se o significado prático de cada um.

<b>DISPONIBILIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acessibilidade</li> <li>•Flexibilidade</li> <li>•Abertura</li> </ul>
<b>RESPEITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tolerância</li> <li>•Lealdade e Respeito</li> <li>•Confiança</li> <li>•Frontalidade</li> <li>•Honestidade</li> </ul>
<b>RESPONSABILIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Qualidade</li> <li>•Rigor</li> <li>•Eficiência</li> <li>•Profissionalismo</li> </ul>
<b>COMPETÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Organização</li> <li>•Método</li> <li>•Saber</li> <li>•Motivação</li> </ul>
<b>SATISFAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Individual, coletiva e da comunidade</li> </ul>
<b>INOVAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Respostas diferentes com melhoria dos cuidados</li> </ul>
<b>EXCELÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Elevados padrões de qualidade</li> </ul>

### 1.5. Estrutura Organizacional

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

1. Conselho de Administração
2. Direções Técnicas dos três Centros de Saúde
3. Conselho Consultivo
4. Conselho Técnico

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

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, com competências equivalentes aos diretores de serviços da Administração Pública (n.º 2 do Artigo 22.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2003/A).

O Conselho Consultivo é um órgão de consulta e de participação na gestão da Unidade de Saúde da Ilha do Pico.

O Conselho Técnico é um órgão consultivo e de apoio técnico da Instituição.

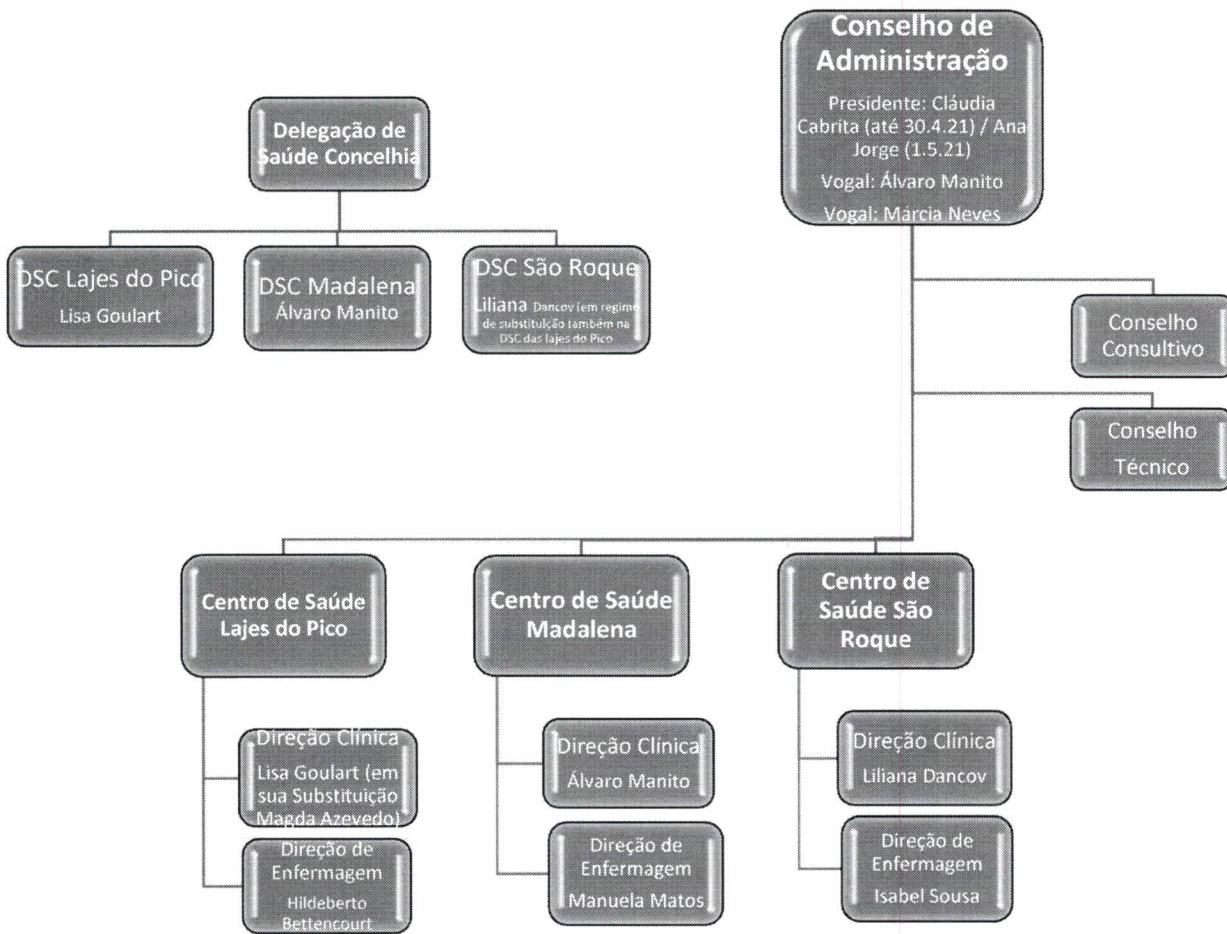
Para a prossecução das suas atribuições, a Unidade de Saúde da Ilha do Pico integra os Centros de Saúde de Lajes do Pico, Madalena e São Roque, como estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, através das suas unidades funcionais (Artigo 16.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2003/A):

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

De acordo com o Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2003/A, o Serviço administrativo e de apoio geral está dividido em duas secções:

- Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo (Artigo 13.º);
- Secção de Contabilidade, Património e Aprovisionamento (Artigo 14.º).

## 1.6. Organograma Funcional Nominativo



A

estrutura organizacional

da USIP encontra-se descrita no Regulamento Interno.

## 1.7. Instalações

A USIP integra três centros de saúde, cada um localizado na sede do respetivo concelho. O CSL encontra-se instalado temporariamente na Antiga Escola Básica e Secundária das Lajes do Pico desde novembro de 2018, tendo as instalações sido tornadas adequadas para receber os Cuidados de Saúde Primários e SAP, no entanto este processo arrastou-se no tempo, levando a que as condições já não se encontrem garantidas. As instalações



oficiais do CSL localizam-se no edifício do antigo Hospital Concelhio, propriedade da Santa Casa da Misericórdia das Lajes do Pico. É um edifício antigo, de rés de chão e 1º andar, degradado e que necessitava de obras urgentes de remodelação para fazer face às leis vigentes em termos de segurança e qualidade enquanto instituição prestadora de cuidados de saúde. Este está fisicamente implantado no Centro da Vila das Lajes do Pico, o que permite um bom acesso a pé dos seus residentes. Não possui espaço ajardinado ou parques de estacionamento. A obra de Beneficiação de Infraestruturas do Centro de Saúde das Lajes do Pico está inscrita no Plano Regional Anual 2022.

O CSM encontra-se instalado num edifício novo, de um único piso, propriedade da Região, construído de raiz e a funcionar com todas as valências desde julho de 2014. Fisicamente implantado na vila da Madalena, permite o acesso a pé dos seus residentes. À volta há um espaço ajardinado e parques de estacionamento. Esta a encetar-se, através de cooperação interinstitucional, a construção de um abrigo para entrada e saída de utentes que de toda a ilha acedem a este Centro de Saúde, dignificando estas deslocações. Apresenta em alguns equipamentos e sistemas um avançado estado de degradação que urge remediar através de ações corretivas e de manutenção técnica.

O CSSR encontra-se instalado num edifício de piso único, propriedade da Região, construído de raiz e inaugurado em 1996. Fisicamente implantado na Vila de S. Roque, não permite um bom acesso a pé dos seus residentes devido à distância com o centro da vila de São Roque do Pico. À volta há um espaço ajardinado e parques de estacionamento, apresenta graves problemas de infiltrações, e necessidade já reportada, de ação de beneficiação.

### **1.8. 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 é a possibilidade de que um acontecimento ou ação possa afetar adversamente a prossecução dos objetivos da organização. A gestão de risco é um processo, determinado pelo Conselho de Administração e executado pelas chefias intermédias, aplicado à estratégia do negócio e desenhado para identificar potenciais eventos que podem afetar a sua continuidade e que permite atingir, com razoável segurança, a realização dos objetivos organizacionais, proporcionando um adequado alinhamento da estratégia com o perfil de risco da organização.” A gestão de risco é um processo contínuo e interativo entre as diversas ações da organização. É aplicada por todos dentro da organização através das suas ações, nomeadamente na determinação da missão, visão e/ou estratégias da organização, tendo em consideração o perfil de risco que a organização está disposta a suportar no caminho para a determinação do seu valor e que garante um grau razoável de segurança na realização dos seus objetivos. Sendo o seu maior desafio o de determinar quanta incerteza a entidade está preparada para aceitar e permitir geri-la bem como os riscos e oportunidades associados. A elaboração do presente Plano considera ainda os seguintes conceitos: corrupção e infrações conexas. A corrupção identifica-se aqui como a apropriação ilegítima da coisa pública, entendendo-se como o uso ilegal dos poderes da Administração Pública ou de organismos equiparados, com o objetivo de serem obtidas vantagens ilícitas. A corrupção pode ser classificada consoante se trate: corrupção passiva para o ato ilícito; corrupção passiva para ato lícito; e corrupção ativa.

Muito próximos da corrupção existem outros crimes igualmente prejudiciais ao bom funcionamento das instituições e dos mercados, as infrações conexas, que têm como objetivo a obtenção de vantagem ou compensação do agente público. São eles o tráfico de influência, o peculato, a participação económica em negócio, a concussão, o abuso de poder e o suborno. Numa outra vertente de risco identificado, o conflito de interesse, foi alvo de Recomendação do CPC (nº 5/2012), de 7 de novembro, entendida como um conjunto lato e muito variado de práticas que violam a conduta ética desejada da

administração pública, estabelece a necessidade das entidades com natureza pública, ainda que constituídas sob a forma de direito privado, disporem de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses. De acordo com a Recomendação do CPC, o *“conflito de interesses no sector público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza que possam afectar ou em que possam estar em causa interesses particulares, seus ou de terceiros, e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas”*.

**Artigo 372º do Código Penal - *Corrupção passiva para ato ilícito***

*1 – O funcionário que por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos.*

*2 – Se o agente, antes da prática do facto, voluntariamente repudiar o oferecimento ou a promessa que aceitara, ou restituir a vantagem, ou, tratando-se de coisa fungível, o seu valor, é dispensado de pena.*

*3 – A pena é especialmente atenuada se o agente auxiliar concretamente na recolha das provas decisivas para a identificação ou a captura de outros responsáveis.*

**Artigo 373º do Código Penal - *Corrupção passiva para ato lícito***

*1 – O funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão não contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação, é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.*

2 – Na mesma pena incorre o funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial de pessoa que perante ele tenha tido, tenha ou venha a ter qualquer pretensão dependente do exercício das suas funções públicas.

3 – ....

(Redação pela Lei n.º59/2007, de 4 de setembro – retificada pela Declaração de Retificação n.º 102/2007, de 31-10)

#### Artigo 374º do Código Penal - **Corrupção ativa**

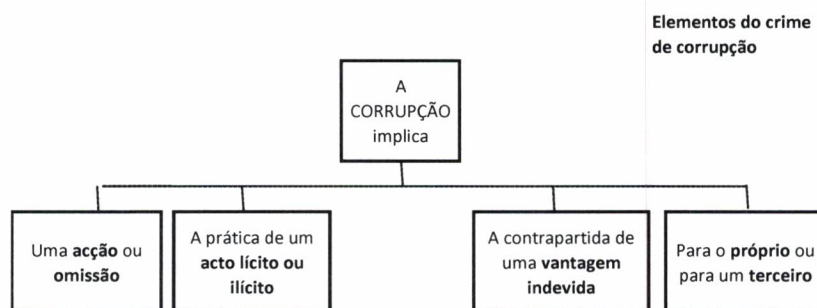
1 – Quem por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial que ao funcionário não seja devida, com o fim indicado no artigo 372º, é punido com pena de prisão de 6 meses a 5 anos.

2 – ....

3 - ....

Em resumo:

A prática de um qualquer ato ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para o terceiro, constitui uma situação de corrupção.



Além da corrupção existem outras infrações conexas, igualmente prejudiciais ao bom funcionamento da instituição. São eles: o peculato, o suborno, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influência e a participação económica em negócio. Comum a todas estas infrações é a obtenção de uma vantagem ou compensação não devida.

## **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;
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 e gravidade da consequência, classificadas em Baixa, Média e Alto. Como resultado os riscos foram graduados em Fraco, Moderado ou Elevado.

### Critérios de Classificação do Risco

Probabilidade da Ocorrência	Baixa	Média	Alta
<b>Fatores de graduação</b>	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
<b>Fatores de graduação</b>	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			
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.



### **3. Mapas de identificação de riscos e medidas de prevenção**



4. Avaliação dos custos	Contratado/Aprov.					Tratamento deficiente das estimativas dos custos	2	2	2	Determinação dos métodos de cálculo das estimativas dos custos
							2	2	2	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		Contratado/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

### 3.2. Procedimentos Pré-Contratuais

Matriz dos potenciais riscos por atividade						
Atividade	Responsável Interveniante (Órgão /serviço)	Potencial Risco	P	G	G	Medidas Preventivas
1. Seleção e contratação de “especialistas externos” para preparação de projetos e cadernos de encargos	S Contratç/ Aprov.	Seleção e contratação de “especialistas externos” por Ajuste Direto	1	2	2	Fundamentação rigorosa do recurso ao Ajuste Direto quando baseada em critérios materiais
		Fundamentação insuficiente de recurso ao Ajuste Direto quando baseado em critérios materiais	1	2	2	
		Ausência de controlo interno destinado a verificar e certificar os procedimentos pré-contratuais	2	2	2	Implementação e melhoramento dos sistemas de controlo interno, promovendo, com regularidade, auditorias aos seus serviços
		Controlo deficiente dos prazos	2	2	2	Implementação de segregação de funções
2. Controlo interno	S Contratção/Aprov.	Contratos celebrados por entidade sem competência para autorizar a despesa	1	3	3	Elaboração de um Cronograma para cada processo de aquisição e verificação do cumprimento do mesmo Implementação de normas de controlo interno que garantam que a autorização de contratos seja efetuada por entidade com competência para autorizar a despesa, nos termos da lei.

2.1. Escolha do tipo de procedimento e Publicitação dos mesmos	CA	Contrat.						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.	Serv. 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	Contratação/ Aprov.	Jurí					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

2.4. Nomeação de júris	5								1	2	2	<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>
2.5 Adjudicação	5								1	2	1	<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>
												1

### 3.3. Celebração e Execução do Contrato

Matriz dos potenciais riscos por atividade							Medidas Preventivas
Atividade	Responsável Interveniante (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P O	G C	G R		
1. Negociação / redação dos contratos pelos serviços internos	Cont./Aprov.	Participação dos mesmos intervenientes na negociação e redação dos contratos	2	2	2		Segregações de funções
	CA	Existência insuficiente de mecanismo de controlo interno – Manual de Procedimentos	2	2	2		
2. Controlo Interno	CA	Deficiente definição de responsabilidades de cada um dos intervenientes no processo, nas diversas fases	2	2	2		Segregações de funções Cumprimento do Manual de Procedimentos Definição prévia das responsabilidades de cada um dos intervenientes, nas diversas fases da celebração e execução do contrato
	Contratação	Inexistência de correspondência entre as cláusulas técnicas e as cláusulas contratuais	1	1	1		
2.1. Elaboração do contrato	Contratação	Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado do contrato	1	2	1		Garantir que as cláusulas contratuais são legais Garantir que existe uma correspondência entre as cláusulas contratuais e o estabelecido nas peças do respetivo concurso

											Garantir que o clausulado é claro e rigoroso, sem lacunas ou omissões
							1	2	1		Garantir que prevejam e regulem as situações de eventuais faltas de licença ou autorizações fundamentais para a execução do contrato
											Garantir que as cláusulas prevejam e regulem o eventual suprimento de erros e omissões
											Garantir que o prazo estabelecido para a vigência do contrato não excede os 3 anos, salvo as situações legalmente previstas
3. Adendas, alterações ou prorrogações ao contrato	CA			Contratação	Serv. Jurídico		1	3	3		Remeter ao Tribunal de Contas os adicionais de contratos de trabalhos a mais quando previamente visados
							1	2	1	Garantir que a vigência e eventuais prorrogações do contrato não excedem os 3 anos, salvo as situações legalmente previstas	
4. Trabalhos/Serviços a mais	CA			Aprovisionamento	Entidade Externa		1	2	1		Verificação das circunstâncias de que os trabalhos/serviços a mais não respeitam a "obras /serviços novos" e que são de natureza imprevista
							1	3	2	Verificação que os trabalhos/serviços não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual	



5. Vigência do contrato	CA	Diretores Clínicos	Aprov.	Entidade	Responsável Laboratório	Aprovisionamento	Inexistência de controle do prazo de vigência, incluindo eventuais prorrogações de modo a que não ultrapasse o limite legal estabelecido	1	2	3	Garantir que a vigência e eventuais prorrogações do contrato não excedem os 3 anos, salvo as situações legalmente previstas
							Inexistência de controle de trabalhos de suprimento e omissões	1	2	2	Garantir que a execução de trabalhos de suprimento de erros e omissões não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei
6. Suprimento de erros e omissões - empreitadas	CA	Diretores Clínicos	Aprov.	Entidade	Responsável Laboratório	Aprovisionamento	Divulgação insuficiente das condições e termos dos contratos celebrados aos responsáveis da supervisão	1	1	1	Disponibilização informática de todos os contratos celebrados em vigor aos respetivos responsáveis
							Ausência de relatórios de avaliação de desempenho	1	1	1	Implementação de questionários sistemáticos de avaliação de desempenho dos fornecedores/prestadores de serviço/empregados
							Controlo insuficiente da calendarização e dos custos dos contratos	2	2	1	Controlo rigoroso dos custos e fases de execução do contrato
							Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos	1	2	2	Comunicar ao órgão de direção logo que sejam detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos
							Não aplicação das multas contratualmente fixadas	1	1	1	Aplicar de forma rigorosa as multas previstas contratualmente em caso de incumprimento

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

### 3.4. Gestão Financeira na Contratação Pública

Matriz dos potenciais riscos por atividade						
Atividade	Responsável Interveniante (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P O	G C	G R	Medidas Preventivas
Autorização de despesas	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 Pagamento de despesas após de decisão de recusa de visto	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

Pagamentos	CA	Contabilidade	Tesouraria	Pagamento de revisões de preços nas empreitadas sem que a respetiva despesa seja autorizada previamente pelo órgão competente	2	2	2	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam que nenhum pagamento de revisões nos preços das empreitadas é efetuado sem a respetiva autorização de despesa pelo órgão competente
					1	2	2	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam que nenhum pagamento de situações não previstas contratualmente é efetuado
					2	2	2	Garantir que não são efetuados pagamentos sem previamente se proceder à publicação de adjudicações por Ajuste Direto na plataforma dos contratos públicos. O comprovativo da publicação deve ser apenso à emissão da ordem de pagamento
Adiantamento de Pagamentos	CA	Aprovis.	Tesouraria	Pagamento ilegal de Adiantamentos a fornecedores, prestadores de serviço ou empreiteiros	1	2	2	Recorrer ao adiantamento a fornecedores, prestadores de serviço ou empreiteiros apenas nos termos legalmente previstos, respeitando o disposto no Decreto de execução orçamental
					1	1	2	Proceder à conferência das faturas antes do pagamento
Conferência de faturas	Tesouraria	Contabil.		Não conferências de faturas que possibilitam pagamento não devidos ou pagamentos em duplicado	1	1	2	Implementação de mecanismos de controlo interno que garantam que não são efetuados pagamentos sem previamente se proceder à confirmação da situação tributária e contributiva a quaisquer entidades, nos termos da lei em vigor
Pagamento de faturas	Tesouraria			Não confirmação das obrigações contributivas perante a Segurança Social e Finanças antes de procederem ao pagamento	1	2	2	

### 3.5. Serviço de Instalação e Equipamentos

Matriz dos potenciais riscos por atividade						Medidas Preventivas
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P O	G C	G R	
Registo/controlo de imobilizado	Património	Gestão do Imobilizado				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				
		a) Valores e preços justos	1	3	3	
		b) Número de visitas	1	1	1	
		c) Intervenções efetivas e materiais aplicados	1	2	1	

Fiscalização de empreitadas	Aprovis.	Patrimônio			Fiscalização das empreitadas					Acompanhamento das obras
					a) Materiais aplicados (quantidade, qualidade e apropriação)	1	2	1		Elaboração Atas de todas as reuniões de obra Explicitação clara de materiais aplicados e usados
					Verifica e conferência de faturas					
					a) Trabalhos realizados	1	1	1		Elaboração de Autos de recepção Elaboração de Autos de medição
					b) Recepção de equipamentos em conformidade	1	2	1		
Recepção de equipamentos / obras	Aprovis.	Patrimônio								

### 3.6. Recursos Humanos

Matriz dos potenciais riscos por atividade							Medidas Preventivas
Atividade	Responsável Interveniante (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P O	G C	G R		
Recrutamento de Pessoal	Recur.human/Gab. Juríd	<p>Processos Administrativos de recrutamento e seleção de pessoal</p> <p>a) Princípio da transparência b) Princípio da Igualdade c) Princípio da liberdade de candidatura d) Constituição de Júris</p>	2	3	3		<p>Nomeação de júris diferenciados para os diversos concursos</p> <p>Publicitação de todos os documentos do concurso</p> <p>Declaração de isenção dos membros do júri</p> <p>Instruções claras e transparentes para os candidatos</p>
Registo de dados Cadastro trabalhador	Rec. Humanos	<p>Inserção de dados do cadastro do trabalhador</p> <p>a) Erros de identificação b) Omissão de Informação c) Registos e contagem</p>	1	1	1		<p>Revisão periódica dos processos individuais. Incentivo à atualização do cadastro e cumprimento do Manual de Procedimentos</p>
Processamento de vencimentos	Rec. Humanos	<p>Inserção de dados relativos ao processamento de vencimentos</p> <p>a) Falta de rigor b) Dados viciados c) Desconformidade de abonos e/ou descontos</p>	1	2	1		<p>Verificação periódica e aleatória dos processamentos</p> <p>Análise periódica dos ficheiros Sighara</p> <p>Conferência dos mapas manuais de registo de horas extraordinárias com o registo de assiduidade</p>

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

Gestão de assiduidade	Rec. Humanos	Rec. Humanos				Gestão dos dados de assiduidade dos trabalhadores a) Utilização indevida dos dados b) Violação do sistema de pontualidade e assiduidade	1	2	1	Conferência mensal dos registos informáticos e biométricos
Elaboração/disponibilização de relatórios	CA	Rec. Humanos				Prestação de informação para a gestão (Conselho de Administração) a) Falta de rigor na informação b) Documentação em desconformidade	1	2	1	Conferência de dados com outras fontes



### 3.7. Controlo Interno

Matriz dos potenciais riscos por atividade						Medidas Preventivas
Atividade	Responsável Interviente (Órgão / serviço)	Potencial Risco	P	G	G	
			O	C	R	
Competências / sistema de controlo interno	5	Falta de independência funcional nas diversas fases de aquisição	1	2	1	Segregação de Funções
			1	2	2	
Competências / sistema de controlo interno	5	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
			1	2	2	
						Controlo interno, sucessivo e sistemático através de auditorias a realizar nos serviços

Integridade e Ética	5			Existência de situações internas indiciadoras de conluio entre os concorrentes e eventual corrupção dos trabalhadores	1 2 1 2 2	<p>Rotação de funções</p> <p>Criação de regras gerais de rotatividade dos elementos que constituem o júri</p> <p>Aprovação de regulamento interno relativo aos limites de ofertas de fornecedores/prestadores de serviços ou empreiteiros, em espécie ou em dinheiro.</p> <p>Estabelecimento de consequências de incumprimento por parte do trabalhador beneficiário</p>
Integridade e Ética / Responsabilidades	5			Existência de situações comprovada de corrupção	1 3 2	<p>Criação de procedimentos internos ou outros mecanismos de gestão e controlo</p> <p>Promoção, entre os trabalhadores, de uma cultura de responsabilidade e de observação estrita das regras éticas e deontológicas</p> <p>Informação expressa a todos os trabalhadores da intolerância face a eventuais casos de corrupção e possíveis consequências (Infração penal ou disciplinar)</p>
Direção / Liderança	5			Existência de favoritismo injustificado	1 2 1	<p>Criação de procedimentos internos ou outros mecanismos de gestão e controlo</p>

Controlo interno	5	Não existência de procedimentos de análise da informação recolhida para identificar eventuais lacunas ou vulnerabilidades do sistema à fraude e à corrupção	1	2	1	Estudo e implementação de metodologia de análise interna de dados visando detetar situações indiciadoras de corrupção e infrações conexas  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/empregados  Publicitação dos documentos com os resultados das análises levadas a efeito
			1	2	1	
			1	2	1	
Integridade e Ética / Direção e Liderança	5	Ausência de Informação escrita aos funcionários da obrigação de denunciar situações de corrupção passiva interna	1	2	1	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
			1	2	1	
			1	2	1	
Formação	5	Ausência de Formação sobre Contratação Pública	1	2	1	Identificação das necessidades de formação e implementação das respetivas ações
			1	2	1	
			1	2	1	

#### **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).

Assim, no sentido de prevenir e combater a corrupção e demais infrações conexas deverá ser elaborado de um relatório anual de execução do plano. Esse relatório deverá ser elaborado por uma equipa de auditores nomeados pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha do Pico, constituída por:

- a. Mínimo de 3 pessoas que deve sempre incluir diferentes grupos profissionais.
- b. Pode-se recorrer a pessoas idóneas e externas à Unidade de Saúde, no máximo uma.
- c. 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 dois), entra em vigor após a sua aprovação e publicitação.

Em anexo o Código de Ética e Conduta

**Referência bibliográfica:** 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.