



**Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e
Infrações Conexas**

Serviço de Auditoria Interna

Fernandina Oliveira

Apresentação	3
I. Caracterização da ULSM	4
i. Visão	4
ii. Missão	4
iii. Atribuições	4
iv. Valores fundamentais	4
v. Organograma	6
vi. Identificação dos responsáveis	9
II. Gestão de conflito de interesses	10
III. Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas, da quantificação da frequência do risco e das medidas preventivas	13
IV. Estratégias de aferição do plano	28
Responsabilidade	28
Reavaliação	28
Monitorização	28
Relatório de execução	28
Glossário.....	29
Referências	31

Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACESM – Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ARS – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

CA – Conselho de Administração

CCA – Conselho Coordenador da Avaliação

CG – Conselhos de Gestão

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

DC – Direção Clínica

DGRHGD – Departamento de Recursos Humanos e Gestão Documental

GJ – Gabinete Jurídico

SC – Serviço de Compras

SF – Serviços Farmacêuticos

SGF – Serviço Gestão Financeira

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

STIC – Serviço de Tecnologia de Informação e Comunicação

TC – Tribunal de Contas

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Apresentação

O Conselho de Prevenção da Corrupção deliberou, na reunião de 1 de Julho de 2009 que “...*Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património público...*” independentemente da sua natureza, devem “...*elaborar planos de gestão de risco de corrupção e de infrações conexas...*”. Esta recomendação surge na sequência da análise das respostas ao questionário, remetido às entidades públicas, destinado a servir de guia na avaliação dos riscos nas áreas da contratação pública.

Dando cumprimento a esta recomendação, a ULSM elaborou o presente plano com base na estrutura sugerida pelo CPC, apresentada no guião de apoio que disponibilizou para a elaboração do documento.

Pela recomendação nº 5/2012 do CPC, de 7 de novembro, o CPC aprovou a recomendação “*As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais*”

Tendo em consideração esta recomendação do CPC, os riscos inerentes aos conflitos de interesses são tratados em matriz separada.

O plano começa com uma breve caracterização da ULSM, seguidamente elenca os riscos de conflitos de interesse e os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como as medidas de controlo implementadas e ou a implementar por forma a minimizar o risco inerente, e termina com a aferição do plano.

De salientar que todas as medidas de controlo interno apresentadas no presente plano estão implementadas e são monitorizadas.

I. Caraterização da ULSM

A ULSM foi a primeira Unidade Local de Saúde a ser criada, em Junho de 1999. Em 2005, pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro é transformada em entidade pública empresarial. Atualmente a ULSM rege-se pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

Integrada no Serviço Nacional de Saúde, tem por objeto a prestação de cuidados de saúde, podendo, acessoriamente, explorar os serviços e efetuar as operações civis e comerciais relacionadas direta ou indiretamente, no todo ou em parte, com o seu objeto ou que sejam suscetíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em sociedades anónimas cujo capital seja maioritariamente detido pela ULSM e que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde, assim como outras formas de associação.

i. Visão

A ULSM tem como visão a excelência a prestação de cuidados de saúde integrados, assumindo-se como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde.

ii. Missão

A ULSM identifica as necessidades em saúde da população da sua área de influência. Tem como objetivo prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes.

iii. Atribuições

São atribuições da ULSM:

- Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho de Matosinhos;
- Prestar cuidados diferenciados de saúde às populações residentes na área de influência da ULSM;
- Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho de Matosinhos;
- Participar no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do setor, prevendo-se a celebração de acordos com as entidades competentes.

iv. Valores fundamentais

A ULSM possui um Código de Conduta ética, que se aplica a todos os profissionais independentemente do vínculo contratual, e que pretende ser um guia orientador na prossecução dos objetivos da instituição.

O Código de Conduta Ética divide-se em duas partes: na primeira parte apresenta os valores fundamentais e na segunda parte, o Código de Conduta, elenca os princípios pelos quais se regem todos os profissionais da ULSM.

São valores fundamentais da ULSM:

- Valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana;
- Atitude de serviço;
- Competência;
- Eficiência;
- Equidade;
- Acessibilidade;
- Integridade;
- Qualidade;
- Responsabilidade.

A ULSM, EPE desenvolve o seu Orçamento e Plano de Atividades no respeito pelos seus valores fundamentais, designadamente:

- O doente/utente é o protagonista essencial dos cuidados assistenciais prestados constituindo, por isso, o centro de toda a atenção dos profissionais de saúde da instituição;
- Os cuidados assistenciais são assegurados de forma integrada e continuada (cuidados primários e hospitalares), constituindo os Centros de Saúde a porta de entrada normal no sistema e a equipa de saúde familiar o gestor dos cuidados de saúde;
- Os cuidados assistenciais são prestados de forma integral. Assim, o doente/utente é sempre considerado na perspetiva biológica, psicológica, cultural e social;
- Os cuidados assistenciais ao doente/utente são personalizados e transparentes. Assim, a abordagem e a informação serão sempre baseados na comunicação interpessoal permanente e adaptada a cada circunstância;
- Todo o processo assistencial assenta no escrupuloso cumprimento dos princípios éticos e deontológicos que regem os profissionais de saúde.

O Código de Conduta Ética apresenta os princípios basilares de atuação dos profissionais, nomeadamente:

- Recursos humanos;
- Responsabilidade social;
- Compromisso ambiental;
- Formação e investigação;
- Conflito de interesses;
- Atendimento prioritário;
- Relações interpessoais;
- Sigilo profissional;
- Relações externas;

- Serviço público;
- Relacionamento com as entidades reguladoras;
- Património;
- Desmaterialização de atos e procedimentos;
- Comunicação de irregularidades;
- Divulgação e informação;
- Auditoria interna.

v. Organograma

A estrutura organizacional da ULSM é constituída pelos Órgãos Sociais, Comissões, Serviço de Auditoria Interna e níveis de gestão intermédia, cuja composição e competências estão definidas no Regulamento Interno.

Os órgãos sociais da ULSM são:

- O Conselho de Administração;
- O Fiscal único;
- O Conselho Consultivo.

O CA é coadjuvado por comissões técnicas.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. Compete, ainda, ao Serviço de Auditoria Interna:

- Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSM apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar.

A organização dos serviços da ULSM, sempre que possível, estrutura-se em Departamentos. Os Departamentos são unidades descentralizadas dotadas de autonomia nos termos das suas competências, com objetivos específicos e um conjunto de meios materiais e humanos que permitem aos responsáveis do Departamento realizar o seu programa de atividade com a maior autonomia possível, melhorando a acessibilidade, qualidade, produtividade, eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde.

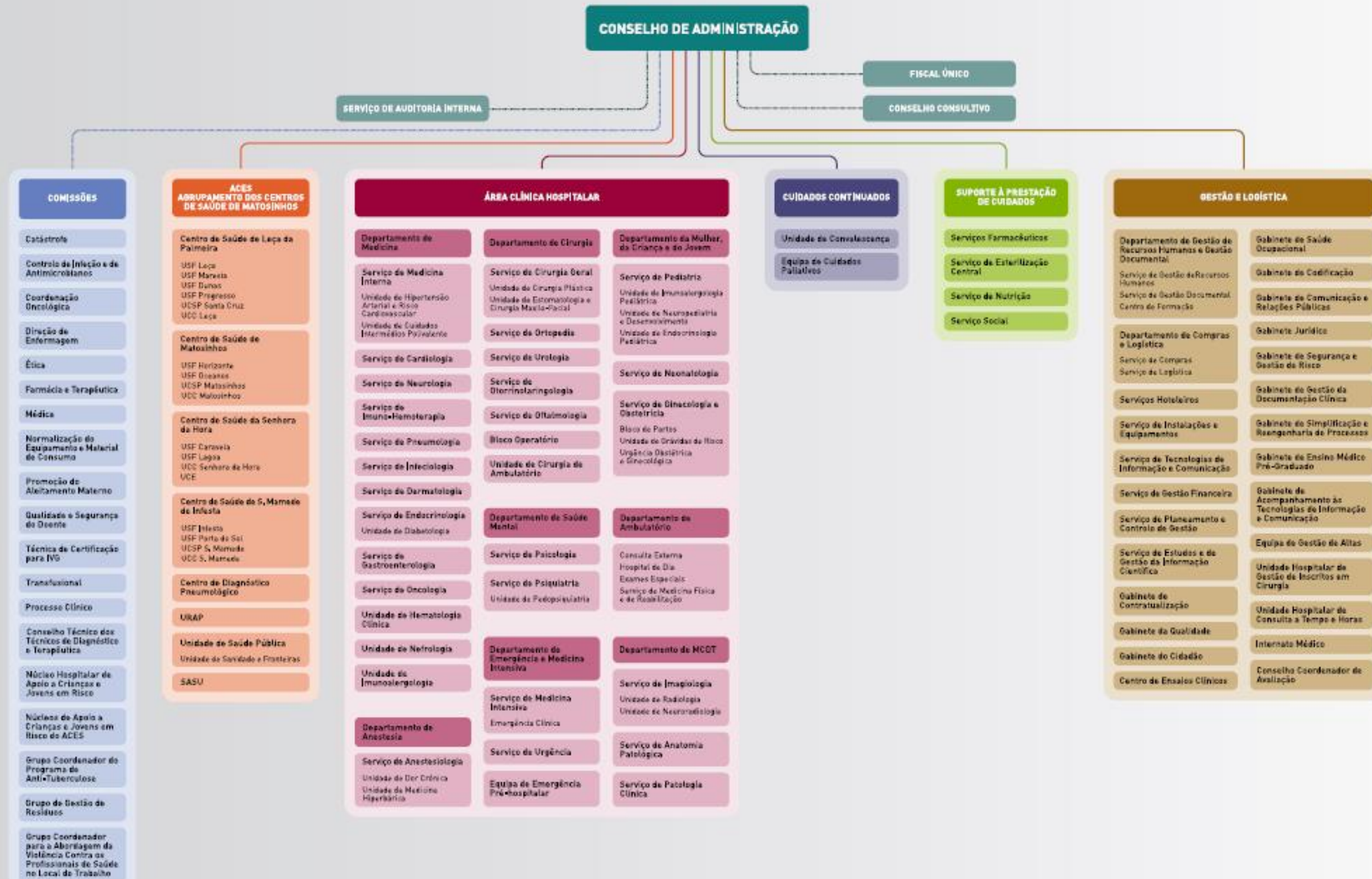
Constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e unidades funcionais, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão nos termos e no âmbito dos orçamentos - programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração da ULSM.

De acordo com o previsto no Regulamento Interno, a ULSM dispõe das seguintes categorias de serviços, articulados de forma a proporcionarem cuidados de saúde centrados nas necessidades específicas dos utentes promovendo a integração e continuidade de cuidados, sempre que possível, por via de conselhos de gestão pluridisciplinares:

- ACES;
- Área clínica hospitalar;
- Área de cuidados continuados;
- Área de suporte à prestação de cuidados;
- Área de gestão e logística.

Esta última área inclui unidades funcionais da estrutura corporativa que beneficiam toda a ULSM, designadamente:

- Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental;
- Departamento de Compras e Logística;
- Serviços Hoteleiros;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;
- Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica;
- Centro de Ensaio Clínicos;
- Gabinete de Contratualização;
- Gabinete de Saúde Ocupacional;
- Gabinete de Codificação;
- Gabinete de Comunicação e Relações Públicas;
- Gabinete Jurídico;
- Gabinete da Qualidade;
- Gabinete do Cidadão;
- Gabinete de Segurança e Gestão de Risco;
- Gabinete de Gestão da Documentação Clínica;
- Gabinete de Simplificação e Reengenharia de Processos;
- Gabinete de Ensino Médico Pré-Graduado;
- Gabinete de Acompanhamento às Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia;
- Unidade Hospitalar da Consulta a Tempo e Horas;
- Internato Médico;
- Conselho Coordenador de Avaliação.



vi. Identificação dos responsáveis

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades de gestão de risco.

Cabe ao responsável de cada um dos Serviços fazer o levantamento dos riscos e implementar sistemas de controlo adequados e, sempre que ocorram novos eventos, propor medidas de melhoria

O Auditor Interno apoia os vários Serviços na elaboração de processos de gestão de risco e avalia a eficácia dos controlos.

Conselho de Administração

Presidente : **Dr. Victor Herdeito**
Vogal : **Dr^a Beatriz Duarte**
Vogal : **Dr^a Teresa Fernandes**
Vogal : **Dr. Carlos Mouta**
Diretor Clínico : **Prof. Taveira Gomes**
Enfermeira Diretora : **Enf^a Margarida Filipe**

Serviço de
Gestão de
Recursos
Humanos

**Dr^o Manuel
Costa**

Serviço de
Compras

**Dra.
Georgina
Correia**

Serviço de
Instalações e
Equipamentos

**Dr. Nuno
Antunes**

Serviço
de Tecnologia
de Informação
e Comunicação

**Dr^o José
Castanheira**

Serviço
Farmacêutico

**Dra. Cristina
Paiva**

Serviço de
Gestão
Financeira

**Dr^a Lurdes
Santos**

Serviço de
Planeamento e
Controlo de
Gestão

**Dra. Susana
Cardoso**

II. Gestão de conflito de interesses

Pela recomendação n.º 5/2012 do CPC, de 7 de novembro, o CPC aprovou a recomendação “*As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, com indicação das consequências legais*”

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas identifica o risco de “*conflitos de interesses*” em duas áreas, designadamente na área de contratação pública e na área de recursos humanos. Para os riscos identificados foram definidos mecanismos de controlo adequados à mitigação destes riscos.

No entanto, tendo em consideração a referida recomendação do CPC, a gestão de risco de conflitos de interesse é tratada separadamente, de acordo com a matriz de risco a seguir apresentada.

Em relação às sanções aplicáveis aos infratores, a ULSM agirá em conformidade com o quadro punitivo existente.

Conflito de interesses

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
Acumulação de funções	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar a tomada de conhecimento Código de Ética onde estão explanadas as normas que visam a prevenção da existência de conflito de interesses. • Todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem solicitar autorização ao Conselho de Administração 	Baixo	CA e SGRH
Aceitar qualquer espécie de bonificação	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar a tomada de conhecimento Código de Ética onde estão explanadas as normas que visam a prevenção da existência de conflito de interesses. 	Baixo	CA
Conflito de interesses na contratação pública	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar o cumprimento da legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> . Identificação e registo das situações de impedimento na composição dos júris de procedimento e comissões técnicas; . Obtenção de declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos na contratação pública. 	Baixo	SC
Trabalhadores que aceitem cargos em entidades privadas	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Obter declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos 	Baixo	SGRH

Conflito de interesses

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
Trabalhadores que deixaram o cargo público para exercerem atividades privadas	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos de deteção de violação do dever de sigilo 	Baixo	CA
Transferência de doentes cirúrgicos para outras instituições de saúde.	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar mensalmente, via aplicações informáticas, a identificação do cirurgião proponente e o do cirurgião executante. 	Baixo	UHGIC
Divulgação de informação confidencial.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções. • Procedimentos de deteção de violação do dever de sigilo 	Baixo	SI
Utilização dos serviços médicos para benefício pessoal	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar autorização à Direção Clínica sempre que o profissional não pertença à área de influência da ULSM 	Baixo	DC
Independência e conflito de deveres	Médio	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o respeito pelos Códigos de Ética e Deontologia Profissional. 	Baixo	CA

III. Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas, da quantificação da frequência do risco e das medidas preventivas

A ULSM tem vários mecanismos implementados que permitem mitigar o risco de corrupção, dos quais destacamos:

- Código de Conduta Ética ética;
- Procedimentos administrativos e contabilísticos;
- Certificação pelo referencial normativo ISO 9001:2015;
- Regulamento Interno;
- Segregação de funções;
- Formação contínua dos recursos humanos;
- Comunicação de irregularidades.

Os Estatutos da ULSM definem a orgânica ao nível dos órgãos sociais e comissões diversas, e as respetivas competências, bem como algumas obrigações ao nível de avaliação, controlo e prestação de contas.

A ULSM tem um Auditor Interno desde 2003, ou seja, antes de ser obrigatório por lei, a quem compete focar o seu trabalho nos riscos significativos que comprometam os objetivos da organização, avaliar a eficácia do controlo interno e propor medidas de melhoria sempre que aplicável.

Internamente, a ULSM é regida pelo Regulamento Interno. De forma geral, esse regulamento, para além de explicitar qual a Visão e Missão da ULSM, descreve a orgânica e define as responsabilidades de cada unidade, regras gerais de gestão de recursos e de funcionamento.

A ULSM costumizou os Manuais de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos recomendados pela ACSS e, sempre que se justifica do ponto de vista funcional, são elaborados procedimentos administrativos e contabilísticos, de âmbito específico ou transversal, que pretendem formalizar procedimentos em determinadas áreas. O Núcleo de Qualidade salvaguarda a sua divulgação periódica. A implementação dos manuais e dos procedimentos administrativos e contabilísticos é avaliada periodicamente pelo Auditor Interno que, sempre que se justifique, propõe alterações com o objetivo de melhorar o controlo interno, tendo sempre como foco mitigar o risco.

Os manuais de procedimentos administrativos e contabilísticos permitem estabelecer e divulgar de forma sistemática, simples e coerente as melhores práticas de controlo interno em relação aos principais processos, tendo presente o impacto operacional e financeiro.

No âmbito da certificação pelo referencial normativo ISO 9001:2015 a ULSM tem implementado um sistema de gestão da qualidade promovendo a melhoria contínua dos seus processos e minorando os riscos.

Identificar os riscos é fundamental para avaliar a exposição da organização ao elemento incerteza. Esta avaliação exige um levantamento exaustivo dos processos identificados como sendo de maior risco.

Os processos mais expostos ao risco serão aqueles onde a possibilidade de acontecer algo porá em causa os objetivos da ULSM.

O presente plano identifica como áreas de maior risco de corrupção e infrações conexas, as seguintes:

- Contratação pública;
- Recursos Humanos;
- Sistemas de Informação;
- Gestão Financeira.

Nas áreas identificadas foi efetuado o levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas. O risco foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e avaliado quanto a risco inerente e risco residual. A resposta ao risco - controlo interno - elenca o conjunto de ações postas em prática para fazer face ao risco identificado.

Contratação Pública

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
• Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Existência de planos de atividades por Serviço Normas técnicas e relatórios técnicos. 	Baixo	CA, SC, SF e CG
• Estimativas de custos desajustadas com os objetivos dos Serviços.	Alto	• Utilização de instrumentos que permitem fazer projeções com base em histórico de aquisições anteriores.	Baixo	SPCG e CG
• As responsabilidades dos intervenientes nas várias fases do processo de aquisição de bens e serviços não estão claramente definidas.	Alto	• Descrição do conteúdo funcional nos procedimentos do serviço e identificação dos profissionais envolvidos nas várias fases do processo, por forma a reconhecer, previamente, a responsabilidade de cada interveniente.	Baixo	SC
• Inexistente ou deficiente verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais.	Alto	• Verificação dos procedimentos pré-contratuais.	Baixo	SC
• Inexistência de critérios na escolha do processo.	Alto	• Procedimento com critérios de escolha de processo.	Baixo	SC e CA
• Recorrer a ajuste direto sem justificação bastante.	Alto	• Procedimento com a definição das condições da adoção do ajuste direto.	Baixo	SC e CA
• Cadernos de encargos incompletos, sem contemplar todas as especificações técnicas ou com cláusulas discriminatórias.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Verificação das especificações técnicas fixadas no caderno de encargos e a sua adequação à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar. Verificação dos requisitos fixados por forma a impedir o afastamento de grande parte dos potenciais concorrentes, 	Baixo	SC e comissões técnicas

Contratação Pública

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
		mediante a imposição de condições inusuais ou demasiado exigentes e/ou restritivas.		
• Negociação e redação do contrato feita pelo mesmo profissional.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Segregação de funções com diferentes níveis de avaliação e decisão. • Verificação da redação do contrato por elemento diferente daquele que o redigiu. 	Baixo	SC
• Critérios subjetivos na avaliação das propostas.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidos os candidatos. • Informação, aos interessados, clara dos critérios e fatores de avaliação das propostas. • Procedimento com a definição clara de critérios por forma a assegurar soluções iguais para situações análogas. • Submissão a decisão do CA de situações excecionais. 	Baixo	SC e CA
• Existência de conflito de interesses.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> . Identificação e registo das situações de impedimento na composição dos júris de procedimento; 	Baixo	CA

Contratação Pública

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
		. Obtenção de declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos na contratação pública.		
• Clausulado do contrato ambíguo, pouco claro, com lacunas que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o incumprimento de prazos de execução.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação da adequação do clausulado. • Indexação do clausulado do contrato ao caderno de encargos. 	Baixo	SC
• Incumprimento dos requisitos legais que ponham em causa a execução do contrato ou de alguma forma a sua não inclusão acarreta ónus para a ULSM.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação do conteúdo do contrato. 	Baixo	SC e serviços utilizadores do objeto do contrato
<p>• Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de “trabalhos e serviços a mais”, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se os “trabalhos a mais” respeitam a “obras novas”; . Se os “trabalhos e serviços a mais” não podem ser técnica ou economicamente separados do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou ainda, que sejam separáveis são necessários à conclusão do objeto contratual; . Se os “trabalhos e serviços a mais” resultam de uma circunstância imprevista; . Se os montantes de “trabalhos e serviços a mais” não ultrapassa os limites legais; 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação da natureza dos “trabalhos e serviços a mais”, analisando os aspetos técnicos e jurídicos. • Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de “trabalhos e serviços a mais” do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objeto contratual. • Verificação da ocorrência imprevista que originou “trabalhos e serviços a mais”. 	Baixo	SIE e SC

Contratação Pública

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> Se o contrato de “trabalhos e serviços a mais” é formalizado por escrito. 		<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. Formalização por escrito do contrato de “trabalhos e serviços a mais”, se adequado. 		
<ul style="list-style-type: none"> Controlo desadequado ou inexistente do cumprimento dos prazos relativamente à execução do contrato. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. Empreitadas: A fiscalização efetuada por um técnico ou fiscalização externa, que não tiveram implicações no processo de contratação. Outros contratos: O controlo é efetuado por planos de monitorização interna, posteriormente entregues ao CA para conhecimento do seu cumprimento 	Baixo	SIE
<ul style="list-style-type: none"> Deficiente acompanhamento e avaliação do contratante de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> Inexistência de relatórios de avaliação do desempenho do contratante; 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional e obrigatoriamente por quem não interveio no processo de contratação. Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas. 	Baixo	SIE e SC

Contratação Pública

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> . Controlo deficiente dos custos do contrato, tendo em conta o valor orçamentado; . Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, prévios à sua aceitação. 		<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de fornecedores. • Monitorização dos custos adicionais. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de advertências, desde que detetadas situações irregulares, ou derrapagem no custos e nos prazos. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Baixo	SIE
<ul style="list-style-type: none"> • Incumprimentos dos procedimentos internos e da legislação aplicável. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias internas periódicas efetuadas pelo Serviço com o objetivo de aferir do cumprimento dos procedimentos instituídos. 	Baixo	SC
<ul style="list-style-type: none"> • Adjudicação não autorizada. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Submissão de todas as adjudicações à aprovação de acordo com a delegação de competências instituída. 	Baixo	SC e CA

Recursos Humanos

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição na organização do serviço. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Funções definidas no regulamento interno, com as respetivas dependências hierárquicas. • Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno, com atribuição e definição de todas as funções existentes no Serviço. • Segregação de funções. 	Baixo	CA e SGRH
<ul style="list-style-type: none"> • Erros no processamento dos vencimentos, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> . Inadequado registo dos tempos trabalhados; . Inadequado controlo de assiduidade; . Inadequado controlo e autorização de trabalho suplementar e extraordinário; . Processamento de abonos e descontos não autorizados; . Erros ou omissões no registo de alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares); . Erro na atribuição de dias de férias 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Registo biométrico implementado. • Regulamento interno do Serviço e procedimentos de controlo interno. • Segregação de funções e rotatividade. • Ações de formação periódicas para melhorar o desempenho dos profissionais. • Aplicação informática com cálculo automático dos dias de férias. 	Baixo	SGRH e Direção dos Serviços
<ul style="list-style-type: none"> • Contratação sem critérios previamente definidos. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do perfil dos profissionais a contratar e fundamentação da decisão. 	Baixo	CA e SGRH

Recursos Humanos

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira. 	Médio	<ul style="list-style-type: none"> Verificação do cumprimento das normas instituídas e aplicação do SIADAP 	Baixo	SGRH
<ul style="list-style-type: none"> Deficiente avaliação das necessidades de contratação. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Plano de atividades dos Serviços. 	Baixo	CA e SGRH
<ul style="list-style-type: none"> Utilização excessiva do recurso ao trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Planos de trabalho e procedimento de autorização de trabalho extraordinário. 	Baixo	CA e SGRH e Direção dos Serviços
<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos profissionais deficiente, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> Objetivos desajustados às tarefas realizadas; Potencial discricionariedade no processo de avaliação do profissional; Deficiente fundamentação das decisões da avaliação. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP. 	Baixo	SGRH e CCA
<ul style="list-style-type: none"> Conflito de interesses. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Código de Ética com normas claras que visam a prevenção da existência de conflito de interesses. Todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem solicitar autorização ao Conselho de Administração. 	Baixo	CA
<ul style="list-style-type: none"> Delegação de competências, designadamente: <ul style="list-style-type: none"> Abuso da autoridade delegada; 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> Publicação em Boletim Informativo das delegações e subdelegações de competências. 	Baixo	CA

Recursos Humanos

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
. Exercício indevido da autoridade delegada.				

Sistemas de Informação

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
• Fornecer informações não autorizadas a terceiros.	Alto	• Avaliar os procedimentos de deteção e violação do dever de sigilo.	Baixo	STIC
• Aceder a informação indevida.	Alto	• Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções. • Alteração periódica das senhas de acesso.	Baixo	STIC
• Manipulação ou destruição de dados.	Alto	• Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos à informação. • Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização.	Baixo	STIC

Sistemas de Informação

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Data Center</i> com sistema de monitorização e controlo e acesso restrito a profissionais autorizados. • Inspeções físicas regulares. 		
• Partilha de senhas entre os utilizadores.	Alto	• Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	Baixo	STIC
• Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização. • Procedimentos internos de segurança. 	Baixo	STIC
• Ligação entre as aplicações deficiente.	Alto	• Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração.	Baixo	STIC, e Direção dos Serviços
• Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica.	Alto	• Avaliação do desempenho do fornecedor do serviço.	Baixo	STIC
• Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação.	Alto	• Verificar os procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação.	Baixo	STIC

Gestão Financeira

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
<ul style="list-style-type: none"> • Registo de transações na contabilidade, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> . Não registadas; . Anuladas sem autorização; . Registadas incorretamente; . Alteradas. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência das transações. • Segregação de funções. • Monitorização da execução das tarefas. • Integração entre aplicações informáticas. 	Baixo	SGF
<ul style="list-style-type: none"> • Apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. • Conferência dos valores recebidos. • Segregação de funções. 	Baixo	SGF
<ul style="list-style-type: none"> • Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Alerta aos utentes da obrigatoriedade dos serviços emitirem o recibo. • Procedimento interno sobre recebimento de taxas moderadoras. 	Baixo	Todos os Serviços da ULSM com atendimento de utentes
<ul style="list-style-type: none"> • Atribuir isenções de taxas moderadoras sem o comprovativo legal. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadoras 	Baixo	Serviços/Unidades com atendimento de utentes
<ul style="list-style-type: none"> • Anular recibos sem justificação. 	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se os recibos anulados estão arquivados e qual a justificação. 	Baixo	SGF e Serviços/Unidades

Gestão Financeira

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
				com atendimento de utentes
• Utilização indevida do fundo de maneiio.	Médio	• Conferências regulares do fundo de maneiio.	Baixo	SGF e Serviços/Unidades
• Pagamentos indevidos, nomeadamente: . Despesa sem prévio cabimento; . Despesas que não foram efetivamente realizadas; . Valor pago diferente do faturado; . Após decisão de recusa do visto do TC.	Alto	• Verificar o procedimento de conferência de contas a pagar.	Baixo	SGF
• Controlo inadequado dos depósitos bancários.	Alto	• Segregação de funções. • Reconciliações bancárias.	Baixo	SGF
• Faturação deficiente, nomeadamente: . Atraso na faturação; . Faturar serviços não prestados; . Não faturar os serviços prestados.	Alto	• Respeitar os prazos legalmente estabelecidos. • Verificar quais os serviços prestados e compará-los com a faturação emitida. • Verificar se o procedimento para a faturação está a ser cumprido.	Baixo	SGF e Serviços/Unidades

Gestão Financeira

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
• Sistema de cobrança ineficiente.	Alto.	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se os procedimentos para as cobranças estão a ser cumpridos. • Questionar os serviços e obter justificações. 	Baixo	SGF e GJ
• Fornecer informação financeira inadequada.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a solidez da informação fornecida. • Análise crítica da informação disponibilizada. 	Baixo	SGF
• Notas de encomenda incorretas.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontar autorizações de compra com as notas de encomenda 	Baixo	SC e SF
• Produtos em quantidades excessivas.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar os níveis de <i>stock</i> previamente definidos. 	Baixo	Todos os Serviços/Unidades com armazém ou armazém avançado
• Receção de serviços, materiais e bens não registados.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Segregação de funções. • Análise de encomendas em atraso. 	Baixo	SC e SF
• Movimento de existência inadequado.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação dos registos de entradas e saídas de armazém e confrontar com os pedidos internos. • Verificar se as devoluções ao armazém são devidamente registadas. 	Baixo	SC e SF

Gestão Financeira

Evento	Risco inerente	Controlo Interno	Risco residual	Responsabilidade
• Inventário físico de consumíveis/imobilizado deficiente.	Alto	• Inventariação anual ou outra.	Baixo	Todos os Serviços/Unidades
• Apropriação indevida de bens públicos.	Médio	• Verificação aleatória, da existência física dos bens, efetuada periodicamente.	Baixo	SIE
• Abates sem autorização.	Alto	• Verificar as autorizações para a realização de abates. • Procedimento com instruções sobre a forma de proceder a abates	Baixo	SIE, SF, SC, SGF e CA

IV. Estratégias de aferição do plano

Responsabilidade

A responsabilidade da implementação e da execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é do Dirigente do Serviço, na parte respetiva.

Reavaliação

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é um instrumento que deve ser reavaliado periodicamente, isto porque as organizações são dinâmicas e funcionam em ambientes dinâmicos. Essa reavaliação deve:

- Ter em conta as alterações que possam ter ocorrido na organização e/ou no meio em que está inserida e que provoquem novos eventos e/ou eventos cujo risco não está devidamente avaliado;
- Aferir se os controlos implementados são eficazes;
- Identificar oportunidades de melhoria.

A reavaliação da adequabilidade do plano é da responsabilidade do Dirigente do Serviço, na parte respetiva.

Monitorização

Sem monitorização não há garantias de um controlo adequado. A monitorização do plano será realizada pela Auditoria Interna que efetuará ações de auditoria periódicas com o objetivo de verificar o cumprimento dos mecanismos implementados para responder aos riscos de corrupção e infrações conexas e aferir se as medidas adotadas são adequadas aos objetivos pretendidos.

Relatório de execução

A Auditoria Interna efetua o controlo periódico do plano no sentido de verificar a sua implementação e aplicação. No final do ano elabora um relatório de execução do plano a remeterão CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Abuso de poder – Comportamento do funcionário que abusa de poderes ou viola deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.

Concussão – Conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de fato delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima.

Conflitos de interesses - Há conflitos de interesses sempre que os profissionais tenham interesse pessoal ou patrimonial em decisão que seja da sua competência, em cuja preparação participem ou que de algum modo possam influenciar.

Corrupção – A prática de 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 próprio ou para terceiros.

Corrupção passiva para ato lícito - O profissional 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.

Corrupção passiva para ato ilícito - O profissional 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.

Evento – Incidente ou ocorrência com origem externa ou interna que afeta a implementação da estratégia ou a concretização de objetivos.

Infrações conexas – São exemplo de infrações conexas do crime de corrupção: o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influência e a participação económica em negócio. Todos estes exemplos têm em comum a obtenção de uma vantagem (ou compensação) não devida.

Interesse pessoal ou patrimonial - Por interesse pessoal ou patrimonial entende-se qualquer vantagem ou o afastamento de uma desvantagem, ainda que meramente potencial, para si próprios ou para outrem.

Participação económica em negócio – Comportamento do funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar

Peculato – Conduta do funcionário que ilegitimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

Probabilidade de ocorrência – representa a possibilidade de um dado evento se verificar.

Probabilidade de ocorrência alta - O risco decorre de um processo corrente e frequente da organização.

Probabilidade de ocorrência baixa – O risco decorre de um processo que apenas ocorrerá em circunstâncias excepcionais.

Probabilidade de ocorrência média - O risco está associado a um processo esporádico da organização que se admite que venha a ocorrer ao longo do ano.

Risco – É a possibilidade de determinado evento suceder e que, caso aconteça, terá um impacto na consecução dos objetivos traçados pela organização.

Risco inerente – Risco existente sem ter em conta as medidas de controlo interno implementadas para diminuir a probabilidade de ocorrência.

Risco residual – Risco remanescente após a implementação do controlo interno.

Segregação de funções – Separação de funções potencialmente conflitantes, especialmente as funções que se relacionam com a autorização, execução, controlo e contabilização das operações ou atividades, por forma a reduzir o risco de erro ou ações não apropriadas.

Suborno – Pratica um ato de suborno quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em processo judicial, ou a prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos.

Tráfico de influência – Comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública.

Referências

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2007a), “Manual de Auditoria Interna – Parte II – Hospitais”. Janeiro.

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2007b), “Metodologia de Gestão de Risco”. Fevereiro.

Ministério da Justiça (2007), “Prevenir a Corrupção – um guia explicativo sobre a corrupção e crimes conexos”. GRIEC - Gabinete para as Relações Internacionais Europeias e de Cooperação. Janeiro.

Polícia Judiciária, Direção-Geral dos Impostos e Inspeção-Geral de Finanças (2007), “Contra a Corrupção: Integridade e Transparência”. Brochura. Iniciativa conjunta da PJ, DGCI e IGF. Abril.

Resolução da Assembleia da República n.º 47/2007, de 21 de Setembro. “Aprova a Convenção contra a Corrupção, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 31 de Outubro de 2003”. Setembro.

Tribunal de Contas (2009a), “Questionário sobre a avaliação da gestão dos riscos de corrupção”. Conselho de Prevenção da Corrupção. Março.

Tribunal de Contas (2009b), “Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção sobre os planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas”. Conselho de Prevenção da Corrupção. Julho.

Tribunal de Contas (2009c), “Guião para a elaboração de planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas”. Conselho de Prevenção da Corrupção. Setembro.

Decreto -Lei n.º 400/82, de 23 de setembro – aprova o Código Penal

Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro – Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção

ULS  MATOSINHOS EPE