

# **Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM**

## **Relatório de Execução do Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas**

**2019**

**Ficha Técnica**

Relatório de Execução do Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas  
Edição 2019

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515 Funchal

Telf. 291212300

Fax 291281421

[iasaude@iasaude.madeira.gov.pt](mailto:iasaude@iasaude.madeira.gov.pt)

<http://www.iasaude.pt/>

## I – NOTA INTRODUTÓRIA

### 1.1. Objetivo

De acordo com a Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho, os serviços devem elaborar o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, bem como o respetivo Relatório, que deverá ser monitorizado aferindo o cumprimento das medidas preventivas adotadas, de modo a prevenir a ocorrência de riscos inicialmente preconizados.

### 1.2. Missão

O IASAÚDE, IP-RAM, tem por missão apoiar a definição das políticas, prioridades e objetivos para o setor da saúde e consumo, na procura de ganhos em saúde e de um elevado nível de proteção dos direitos e interesses dos consumidores, assegurando a melhor articulação entre os diversos serviços e organismos.

### 1.3. Atribuições

De acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 14/2012/M, de 9 de julho, e atualizações, são atribuições do IASAÚDE:

- a) Coadjuvar a Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil (SRS) nas funções de planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção do Sistema Regional de Saúde;
- b) Apoiar a atividade da SRS nas áreas da saúde e do consumo, nas relações institucionais de âmbito nacional e internacional;
- c) Coordenar as atividades de promoção da saúde e de prevenção e controlo da doença, bem como a vigilância epidemiológica e ainda promover e desenvolver a investigação científica na área da saúde a nível regional;
- d) Assegurar a implementação e proceder ao acompanhamento do plano regional de saúde, em como o desenvolvimento de programas de saúde, através da emissão e adaptação de normas e orientações de apoio à respetiva execução e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, e coordenar a produção de informação adequada, designadamente estatística, em articulação com o SESARAM, E.P.E.;

- e) Garantir a produção e divulgação de informação adequada, designadamente estatísticas de saúde, no quadro do sistema estatístico nacional;
- f) Apoiar a SRS na coordenação e no acompanhamento da gestão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, em articulação com os demais organismos competentes;
- g) Elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento;
- h) Apoiar as atividades da SRS na definição e desenvolvimento de políticas de recursos humanos na saúde, designadamente, adaptando normas e orientações relativas a profissões, exercício profissional, registo de profissionais, bases de dados de recursos humanos, bem como realizar estudos conducentes à caracterização dos recursos humanos, das profissões e exercícios profissionais no setor da saúde;
- i) Coordenar a formação profissional intersectorial para os organismos da SRS;
- j) Coordenar o internato médico na Região, sem prejuízo das competências dos respetivos órgãos específicos, em articulação com as necessidades formativas do SESARAM, E.P.E., nos termos da lei;
- k) Coadjuvar a SRS na elaboração dos contratos-programa a celebrar com o SESARAM, E.P.E., e proceder à transferência dos recursos financeiros para esta entidade pública empresarial, em conformidade com as dotações previstas no contrato-programa;
- l) Coadjuvar a SRS na elaboração dos contratos-programa a celebrar com a Investimentos Habitacionais da Madeira, E.P.E. R.A.M, e proceder à transferência dos recursos financeiros para esta entidade pública empresarial, em conformidade com as dotações previstas no contrato-programa;
- m) Coadjuvar a SRS na celebração, acompanhamento e revisão de acordos, protocolos e convenções com profissionais liberais e entidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, em articulação com o SESARAM, E.P.E., e a respetiva capacidade instalada;
- n) Proceder à comparticipação, aos utentes, dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde ao abrigo designadamente de acordos, protocolos ou convenções celebrados com entidades privadas de saúde, nos termos dos regulamentos em vigor;
- o) Orientar e coordenar os procedimentos e inscrições no subsistema da ADSE, no âmbito da administração regional autónoma da Madeira;

- p) Assegurar o regular funcionamento da junta médica da ADSE;
- q) Promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências, designadamente através da realização de ações e programas de prevenção, e acompanhar o plano regional de luta contra a droga e a toxicodependência;
- r) Coordenar os processos de licenciamento das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde ou serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, bem como dos estabelecimentos farmacêuticos e proceder à fiscalização e verificação da aplicação do respetivo quadro normativo em vigor;
- s) Assegurar a atividade de farmacovigilância, a nível regional;
- t) Apoiar as atividades da SRS na gestão da rede de instalações e equipamentos de saúde, através da definição e adaptação de normas, metodologias e requisitos tendentes à melhoria e desenvolvimento equilibrado dessa rede no território regional, bem como elaborar a carta regional de instalações e equipamentos;
- u) Apoiar a SRS na definição e normalização dos sistemas de informação e comunicação adaptados às necessidades do sistema regional de saúde;
- v) Coordenar e dinamizar as ações tendentes à concretização das políticas de defesa dos consumidores;
- w) Instruir os processos de contraordenação em matéria de publicidade;
- x) Promover a resolução extrajudicial de conflitos de consumo, de natureza civil, que ocorram na região, através dos mecanismos de conciliação e arbitragem;
- y) Exercer as funções de autoridade de saúde na Região, nos termos da lei.

## **2. - Identificação dos responsáveis**

O IASAÚDE, IP – RAM é, nos termos da Lei, dirigido por um Conselho Diretivo constituído por um Presidente, um Vice-presidente e um Vogal, dispondo de uma estrutura nuclear constituída por 2 Departamentos, 4 Unidades Operacionais, 2 Unidades Flexíveis e 2 Gabinetes.

**Presidente:** Herberto Rúben Câmara Teixeira Jesus

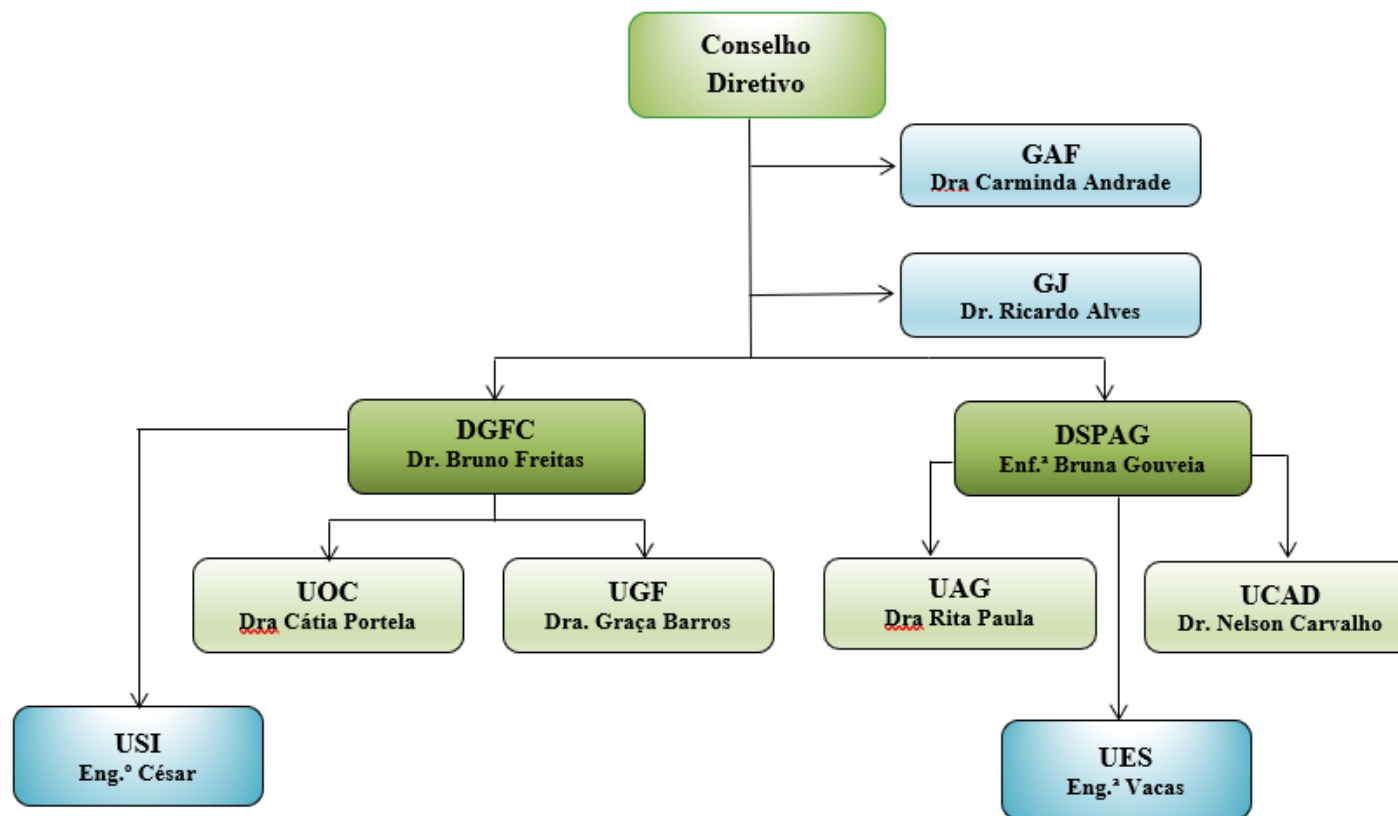
**Vice-Presidente:** Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia

**Vogal:** Bruno Alexandre Ornelas de Freitas

## 2.1 - Estrutura Orgânica (Departamentos/Unidades Orgânicas)

- ✓ Departamento de Saúde, Planeamento e Administração Geral (DSPAG): Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia
- ✓ Unidade Operacional de Administração Geral (UAG): Rita Paula Neves Gomes Lopes Bento de Gouveia
- ✓ Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (UCAD): Nelson Alexandre Vieira Carvalho
- ✓ Unidade Flexível de Engenharia Sanitária (UES): Maria das Dores Silva Rodrigues Vacas
- ✓ Departamento de Gestão Financeira e Contratualização (DGFC): Bruno Alexandre Ornelas de Freitas
- ✓ Unidade Operacional de Contratualização (UOC): Cátia Micaela Portela dos Santos Jardim
- ✓ Unidade Operacional de Gestão Financeira (UGF): Graça da Conceição Figueira de Barros
- ✓ Unidade Flexível de Informática (USI): João Paulo Correia Figueira César
- ✓ Gabinete Jurídico (GJ): Ricardo Paulo Freitas Alves
- ✓ Gabinete dos Assuntos Farmacêuticos (GAF): Carminda Maria dos Santos Andrade

As grandes áreas de atuação do IASAÚDE, IP – RAM definidas na sua Lei Orgânica, encontram-se sistematizadas da seguinte forma:



**CD** – Conselho Diretivo

**DGFC** – Departamento de Gestão Financeira e Contratualização

**DSPAG** – Departamento de Saúde, Planeamento e Administração Geral

**UOC** – Unidade Operacional de Contratualização

**UGF** – Unidade Operacional de Gestão Financeira

**UAG** – Unidade Operacional de Administração Geral

**UCAD** – Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências

**GAF** – Gabinete de Assuntos Farmacêuticos

**GJ** – Gabinete Jurídico

**UES** – Unidade Flexível de Engenharia Sanitária

**USI** – Unidade Flexível de Sistemas de Informação

## 2.2. - Objetivos estratégicos

O Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM mantém os objetivos estratégicos, que são os seguintes

- 1 – Coordenar o Planeamento em Saúde no Sistema Regional de Saúde;
- 2 – Melhorar o desenvolvimento, implementação e coordenação dos Sistemas de Informação em Saúde no Sistema Regional de Saúde;
- 3 – Desenvolver mecanismos de preparação e resposta transversal à emergência e reemergência em Saúde Pública;
- 4 – Reforçar o planeamento e o controlo de gestão do sistema de saúde nas várias áreas de atuação do IASAÚDE, IP-RAM: recursos humanos, produção assistencial, económico-financeira, infraestruturas e instalações.

## II - AVALIAÇÃO E GESTÃO DO RISCO

No presente capítulo procede-se à avaliação e identificação, por áreas ou departamentos, do risco de corrupção e infrações conexas, focando a análise, essencialmente, nas atividades mais relevantes e que em função da gravidade da consequência e probabilidade de ocorrência, apresentem um grau de risco evidente, indicando as medidas adotadas que previnam a sua ocorrência.

A identificação dos riscos, bem como as consequências que lhe estão associadas é essencial para a tipificação das medidas a adotar de modo a prevenir a sua ocorrência.

Como instrumento guia deverá ter-se em consideração as recomendações emanadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção.

Para uma melhor perceção e apreensão do processo de avaliação do risco, apresenta-se a tabela de risco em uso neste Instituto, tendo sido identificados e caracterizados os riscos por unidade orgânica, segundo uma classificação de uma escala tripartida de risco de: Baixo. Moderado e Alto, tendo em conta a probabilidade da sua ocorrência e a gravidade da consequência.

Atendendo às atribuições do IASAÚDE e às competências e atividades desenvolvidas por cada Unidade Orgânica, procedeu-se a uma maior objetividade na classificação da escala pelo que passou a ser identificada uma escala, dentro do grau de risco



## 2.1. Classificação do risco

	Baixo	Moderado	Alto
Probabilidade de ocorrência (PO)	Possibilidade de ocorrência baixa, mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar. Só ocorre em circunstâncias excecionais.	Possibilidade de ocorrência moderada, mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais. Trata-se de um risco ocasional.	Possibilidade de ocorrência elevada e escassez de hipóteses de obviar o evento, mesmo com decisões e ações adicionais. Trata-se de um risco constante e frequente da organização.
Gravidade da consequência (GC) (Impacto previsível)	Grau de gravidade das consequências reflete-se apenas no funcionamento da organização, sem consequências ao nível do sistema de controlo interno. Não tem potencial para provocar prejuízos financeiros do Estado.	Pontuais prejuízos financeiros para o Estado e perturbação do regular funcionamento da organização, com perda de gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e custos.	Prejuízos financeiros para o Estado, violação elevada das normas éticas de conduta, dos princípios e deveres gerais da prossecução do interesse público, da transparência e do rigor, e prejuízo na imagem e reputação da integridade institucional, bem como na eficiência, eficácia e qualidade do desempenho.

## 2.2. Graduação do Risco

De acordo com o grau de probabilidade de ocorrência e de gravidade das consequências, obtém-se a seguinte matriz de risco, bem como a sua graduação numa escala de 1 a 3:

Graduação do risco			
Probabilidade de ocorrência \ Gravidade (impacto previsto)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Baixa (1)	Baixo (1)	Moderado (1)	Elevado (2)
Média (2)	Moderado (1)	Elevado (2)	Muito elevado (3)
Alta (3)	Elevado (2)	Muito elevado (3)	Extremo (3)

## 3. Avaliação do processo de monitorização do Plano

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
Conselho Diretivo (CD)	Movimentação das contas bancárias	Elevado (2)	A movimentação das contas implica sempre duas autorizações de dois membros do Conselho Diretivo	Continuam ativos os leitores de cartões para efetuar pagamentos nos gabinetes dos responsáveis pela UAG e UGF, para os casos em que só está um elemento do CD
	Autorização de despesas	Elevado (2)	A autorização de despesas é sempre feita pelo menos por dois elementos do Conselho Diretivo, mediante o prévio cabimento orçamental	A autorização da despesa é sempre efetuada na reunião do CD
DSPAG	Desenvolver iniciativas de sensibilização e capacitação da população em geral, grupos específicos e profissionais sobre determinantes da saúde e principais causas de morbilidade e mortalidade na RAM	Moderado (1)	Dupla revisão de documentação, seleção e credenciação das fontes de informação	Dupla revisão da documentação a partir da coordenação do DSPAG. Emanação de lista atualizada de fontes de informação, formais e informais, a considerar na recolha da informação e dos aportes técnicos e científicos.
	Recolher informação, apoiar e desenvolver estudos sobre determinantes da saúde e principais causas de morbilidade e mortalidade na RAM no âmbito da promoção e educação para a saúde	Moderado (1)	Dupla revisão de documentação, seleção e credenciação das fontes de informação	Dupla revisão da documentação a partir da coordenação do DSPAG. Emanação de lista atualizada de fontes de informação, formais e informais, a considerar na recolha da informação e dos aportes técnicos e científicos.

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
DSPAG	Propor, coordenar avaliar e apoiar o desenvolvimento de iniciativas e programas de prevenção e controlo de doenças transmissíveis.	Moderado (2)	Acesso restrito e cadeia definida de permissões de acesso à informação	Tratamento confidencial da documentação e definição de permissões devidamente autorizadas e identificadas pelo órgão máximo da Instituição.
	Orientar tecnicamente metodologias de recolha, tratamento e análise de informação epidemiológica incluindo o contexto nacional e internacional	Moderado (1)	Validação de toda a informação recolhida e análise semântica do conteúdo da informação	Dupla revisão da documentação elaborada a partir da coordenação do DSPAG; análise semântica do conteúdo da informação
	Desenhar e definir sistemas de monitorização de programas, projetos e planos de saúde	Moderado (1)	Discussão prévia e estudo exploratório e comparável das métricas a adotar na monitorização	Validação externa dos parâmetros em utilização

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
DSPAG	Realização das análises de águas	Baixo (1)	Gestão do controlo da qualidade interna/externa	Supervisão assídua dos superiores hierárquico
	Emissão de boletins com os resultados	Moderado (2)	Sensibilização dos colaboradores	Declaração de ética
UES	Fiscalização e licenciamento das unidades privadas de saúde	Moderado (2)	A emissão dos pareceres deverá estar sujeita à supervisão do superior hierárquico	Implementação de auditorias internas aos processos de licenciamento.
UAG	SIADAP -RAM - Sistema Integrado de avaliação de desempenho	Baixo (1)	Gestão do processo apoiada no Conselho Coordenador de Avaliação. Decisões sempre sujeitas a validação pelos diferentes níveis hierárquicos	Garantir o cumprimento integral dos mecanismos de controlo interno e cronograma do sistema, através de orientações e informações internas transversais a todas as unidades orgânicas.
	Análise, decisão e instrução dos processos no âmbito da gestão dos Recursos Humanos	Moderado (1)	Manual de procedimentos; Processo alvo de validação pelo superior hierárquico em todas as suas fases.	Manual de procedimentos; Articulação com o gabinete jurídico no âmbito de processos com o necessário enquadramento jurídico-legal. Validação e decisão pelos superiores hierárquicos

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
UAG	Processos de recrutamento de pessoal em todas as modalidades	Moderado (2)	Manual do Procedimentos; Manual de Recrutamento; Articulação com a Direção Regional da Administração Pública e Modernização Administrativa (DRAPMA).	Elaboração e atualização do manual de recrutamento; Articulação com a Vice-Presidência; vários níveis de validação e decisão
	Processamento de remunerações e outros abonos	Elevado (2)	Atualização do Manual de Procedimentos; Verificação do procedimento por 3.ª pessoa; Articulação com a DRPaGESP	Atualização de manual de procedimentos; Procedimento sujeito a conferência pela DRPaGesP; Procedimentos efetuados de acordo com os preceitos legais em vigor e boas práticas no serviço. Validação pelos superiores hierárquicos
UCAD	Avaliação do desenvolvimento, implementação e eficácia dos projetos, programas, ações, campanhas e estratégias de prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências na população	Moderado (1)	As propostas das atividades preventivas no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas deverão ser sempre submetidas a aprovação do superior hierárquico e/ou Conselho Diretivo.	Elaboração de um manual de procedimentos interno para definir as propostas que carecem da autorização do superior hierárquico e/ou do CD. Elaboração de uma matriz de indicadores por forma a avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e implementadas.
UGF	Gestão de cobranças	Elevado (2)	Elaboração do manual de procedimentos; Implementação de medidas de controlo interno que permitam corrigir procedimentos com maiores riscos	Atualização do Manual de Procedimentos; Adoção, em alguns procedimentos internos, das orientações recebidas de organismos regionais

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
DGFC	Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços  (Tramitação efetuada pelo Grupo de trabalho nomeado por Deliberação do Conselho Diretivo de 10.03.2017 que está na dependência do Vogal do CD)	Baixo (2)	Elaboração obrigatória de informação que expressa a necessidade da aquisição, como previsto nas instruções de aquisição do IASAÚDE, IP - RAM, onde se menciona: a necessidade da contratação; se visa o reforço ou nova(s) exigências); se demonstra que o as quantidades propostas e/ou o objeto do contrato são os mais adequados às necessidades e não existem no IASAÚDE soluções alternativas.	Cumprimento das instruções plasmadas na IT. Formação sobre o CCP. Rotatividade dos elementos que compõem os júris.
		Moderado (2)	Obrigatoriedade dos membros do júri de declararem impedimento ou escusa, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, através do preenchimento da declaração de inexistência de conflitos de interesses. Cumprimento do estipulado nas instruções de aquisição do IASAÚDE, IP – RAM.	No âmbito do número 5 do artigo 67.º do CCP, os elementos integrantes dos júris dos processos aquisitivos passaram a assinar uma declaração prévia da inexistência de conflitos de interesses. Rotatividade dos elementos que compõem os júris.
		Baixo (2)	Verificação exaustiva das cláusulas do contrato que devem coincidir com as cláusulas do caderno de encargos e os ajustamentos resultantes da proposta do adjudicatário	Verificação pelo Gestor do Contrato a conformidade do contrato

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
UGF	Gestão de pagamentos	Moderado (2)	Elaboração do manual de procedimentos; Implementação de medidas de controlo interno que permitam corrigir procedimentos com maiores riscos.	Atualização permanente do Manual de Procedimentos; Adoção, em alguns procedimentos internos, das orientações recebidas de organismos regionais e
USI	Gestão dos sistemas de informação	Moderado (2)	As propostas deverão sempre ser previamente autorizadas pelo superior hierárquico Elaboração e implementação do plano de recuperação da atividade em caso de desastre.	O plano de recuperação da atividade em caso de desastre está em fase de execução
	Gestão de segurança dos sistemas de informação.	Moderado (2)	Elaboração de um manual de procedimentos Alteração periódica das senhas de acesso Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos à informação.	Ao nível da segurança, para além do coordenador da Unidade, está afeto a esta atividade mais um colaborador, minimizando assim o risco de violação de segredo.

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
UOC	Acompanhamento, monitorização e avaliação dos Acordos de Prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do setor privado e social	Elevado (2)	Submissão de relatórios de acompanhamento Definição e implementação de instrumentos de controlo para acompanhamento, monitorização e avaliação da atividade contratada.	Acompanhamento mensal dos valores faturados; Atualização das regras de conferências e de reembolsos; Atualização/verificação mensal da base de dados das entidades contratadas; Emissão de relatórios mensais da faturação, apresentado pelas entidades contratadas, verificadas pelo superior hierárquico.
GJ	Emissão de pareceres e prestação de informações de natureza jurídica	Moderado (2)	Distribuição aleatória de processos Controlo e validação do superior hierárquico	A emissão de pareceres está sujeita a visto do superior hierárquico; Foi criado um registo de distribuição, controle e validação de pareceres, por forma a prevenir riscos identificados.



Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
GJ	Instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares	Moderado (2)	Distribuição aleatória de processos; Controlo e validação do superior hierárquico e aprovação pelo Conselho Diretivo e/ou Secretário Regional.	Foi criado um registo de distribuição, controlo e validação de pareceres, por forma a prevenir riscos identificados.
	Tratamento de processos de reclamação e levantamento de autos de contraordenação	Moderado (2)	Distribuição aleatória de processos; Controlo e validação do superior hierárquico e aprovação pelo Conselho Diretivo e/ou Secretário Regional.	Os processos de reclamação e os autos de contraordenação ficam sujeitos a visto do superior hierárquico; Foi criado um registo de distribuição, controlo e validação de pareceres, por forma a prevenir riscos identificados.

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
GAF	Processos de licenciamentos e autorizações	Moderado (2)	<p>Controlo de processos</p> <p>Controlo de divulgação de informação</p>	<p>Existência e observação de procedimentos e minutas; Receção de documentos registados; Existência de minutas de relatórios de vistorias; Controlo do arquivo de processos e informação; Trabalho de vistorias realizado em equipa; Controlo de processos pelo superior hierárquico; Emissão de pareceres pelo superior hierárquico.</p>
	Ações de fiscalização	Moderado (2)	Controlo de divulgação de informação	<p>Receção de documentos registados; Existência de minutas de relatórios de verificação de funcionamento; Distribuição aleatória de processos; Restrição de informação à equipa inspetiva; Trabalho de inspeção realizado em equipa; Distribuição aleatória de trabalhos; Controlo de processos pelo superior hierárquico; Emissão de pareceres pelo superior hierárquico</p>

### III - Execução do Plano

Considerando que a gestão do risco implica uma atuação preventiva, importa proceder à identificação e definição clara do risco, a sua análise por forma a definir medidas e ações que contribuam para um controlo mais rigoroso de eventuais atividades ou processos de risco.

Para a aferição das medidas adotadas, todos os dirigentes e demais trabalhadores do IASAÚDE, IP – RAM são chamados a intervir e avaliar as medidas implementadas e resultados obtidos.

Após esta análise, no caso de serem identificados novos riscos ou medidas ou ainda, alguma ação de revisão do Plano, deverá ser apresentado, pelo responsável da unidade orgânica que procedeu a essa identificação, para constar como ação de melhoria.

As medidas adotadas, estão diretamente associadas com a atividade diária de cada Unidade Orgânica, que verifica a sua execução, cumprimento e atualização, quando necessário, por forma a garantir que, facilmente, se identifiquem desvios ou incongruências na sua atuação.

Para isso, deverão ser adotados mais mecanismos de controlo interno e procedimentos tipificados, que ao serem interiorizados na cultura organizacional, rapidamente farão parte do dia-a-dia dos colaboradores facilitando assim o trabalho de monitorização dos planos.

Verifica-se ainda, a publicitação dos vários instrumentos de gestão na página eletrónica do IASAÚDE, os contratos de aquisição de serviços no portal BASE, bem como documentos no âmbito dos procedimentos concursais e ainda aqueles relacionados com todas as outras áreas de atuação do IASAÚDE, permitindo assim, uma maior transparência.

No que concerne à gestão de conflitos de interesse, verifica-se a existência de declaração a ser preenchida previamente pelos diversos elementos do júri e ainda pelos elementos que compõem o grupo de trabalho da contratação pública.

Ao nível dos pedidos efetuados para a acumulação de funções, continua a praticar-se a utilização da minuta existente na partilha, assinada pelo colaborador e autorizada pelo Presidente do IASAÚDE, especificando, claramente, que não existem incompatibilidades nem impedimentos.

Julga-se ainda importante referir que, por via das atribuições legais do IASAÚDE, IP-RAM,

exige-se e são garantidos todos os procedimentos legais de base. Para além disso, e ainda no âmbito das competências acima referidas, O IASAÚDE é sujeito a frequentes ações de controlo externo por entidades como a Inspeção Regional das Finanças e o Tribunal de Contas.