



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

Instituto de Administração da Saúde, IP-
RAM



2020

Ficha Técnica

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

Edição 2020

Unidade Operacional de Administração Geral

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

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

ÍNDICE

I

1 Introdução

1.1 Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção

1.2 Denúncia

1.3 Conclusão

2 Objetivo

2.1 Missão

2.2 Atribuições

3 Identificação dos Responsáveis

3.1 Estrutura Orgânica (Departamentos/Unidades Orgânicas)

3.2 Objetivos Estratégicos

II - Avaliação e Gestão do Risco

III - Execução do Plano

1.Introdução

A corrupção é um conceito amplo que inclui diferentes figuras, como suborno, fraude, apropriação indevida ou outras formas de desvio de recursos por parte de um funcionário público; e também está associado a casos de nepotismo, extorsão, negociação de influência, uso indevido de informações privilegiadas para fins pessoais ou venda de decisões judiciais, entre outras práticas. Em suma, um ato corrupto é defendido diante de uma pessoa que ocupa um cargo público ou cumpre uma determinada função e viola um dever próprio a esse cargo ou função na expectativa de obter um benefício indevido. Esse benefício pode ser económico, político, social ou não; de natureza imediata ou futura; por danos diretos ou indiretos causados a si ou a terceiros.

Em termos de eficácia, a saúde tem um impacto corrosivo sobre a população, conforme vários estudos o têm verificado, tendo evidenciado que os altos níveis de corrupção se encontram vinculados a débeis resultados na saúde.

A tolerância a comportamentos corruptos pode ter um fundo não só cultural, mas também histórico, e na sua origem intervêm muitas variáveis que explicam a sua existência e promovem a sua sobrevivência (baixo desenvolvimento moral da população, desigualdade social, existência de partidos corruptos, controlos insuficientes, baixa qualidade democrática...). Sem explicar todas as possíveis causas desse fenómeno, diversos estudos vêm afirmando que as condições ideais para facilitar a corrupção decorrem de uma combinação de diversos fatores:

- Situação de monopólio com restrições ao acesso a contratos, licenças, bens, etc.
- Alta descrição na tomada de decisão, sem parâmetros objetivos para justificá-los.
- Pouca transparência no uso dos fundos públicos.
- Por outro lado, e de acordo com a teoria clássica do triângulo da fraude, existem três fatores fundamentais que podem ter um impacto sobre a conduta de uma pessoa corrupta:
 - ✓ Incentivos ou pressões: a necessidade de satisfação cometendo um ato desonesto.
 - ✓ Oportunidade: a capacidade do corrupto de agir de forma desonesta por causa da sua posição.

- ✓ Racionalização: a capacidade do corrupto de justificar o ato na sua mente.

1.1 Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção

Todas as entidades públicas devem primeiro identificar áreas de atuação particularmente vulneráveis à corrupção e, em segundo lugar, os riscos que afetam a integridade institucional. Trata-se de analisar os momentos em que os atos potencialmente prováveis de serem considerados corruptos poderiam ter sido cometidos, a fim de desenvolver mapas de risco e, a partir dessa avaliação identificar os aspectos aos quais deve ser dada atenção especial e as medidas corretivas a serem implementadas.

Em relação às medidas e atividades de monitorização e controle, uma vez identificados e avaliados os riscos, é necessário estabelecer e adotar as políticas, procedimentos e medidas de controle adequadas para o tratamento e redução desses riscos.

O Conselho de Prevenção da Corrupção, no âmbito de prevenção à corrupção, colabora no estabelecimento de um quadro de integridade em entidades públicas que contribua para garantir a correta gestão das finanças públicas.

Diante das funções que são atribuídas ao Conselho de Prevenção e Corrupção e na procura de alcançar os objetivos definidos nesta estratégia de Prevenção à Corrupção, o mesmo deve assumir as seguintes tarefas:

1. Adotar uma definição de prevenção à corrupção e à integridade que sirva de referência aos formuladores de políticas e funcionários públicos;
2. Disseminar conceitos essenciais de controle interno, gestão de riscos e promoção da integridade, bem como sua relevância na gestão;
3. Realizar um diagnóstico do status dos sistemas de controle interno das entidades que compõem o setor público regional;
4. Fazer recomendações às entidades que compõem o estudo para que tomem medidas voltadas ao fortalecimento de seus sistemas de controle interno e a implementação de sistemas de prevenção e integridade por parte das entidades;

5. Conscientizar sobre as consequências das deficiências identificadas e dos riscos que elas implicam;

6. Desenvolver, aprovar e disponibilizar às entidades as ferramentas necessárias para a implantação de sistemas de prevenção à corrupção no setor público regional, a fim de garantir a homogeneidade conceitual e metodológica;

7. Avaliar os controles anticorrupção implementados pelas entidades e fazer as respectivas recomendações;

As entidades públicas terão uma política de integridade institucional, que será aprovada pelo órgão superior competente e que será refletida num documento claramente especificando que seja necessário:

- Um quadro adequado de regras e regulamentos. A política de integridade deve ser referida e coerente com a transparência, o acesso às informações públicas e um bom governo, as diretivas comunitárias e os regulamentos nacionais de compras e fornecer um quadro regulador interno (políticas internas, procedimentos, protocolos) como elemento essencial dos sistemas de prevenção à corrupção.
- Um código de ética. Toda a instituição pública deve ter um código de ética que estabeleça valores fundamentais, abrangendo integridade, independência, objetividade, imparcialidade, confidencialidade e competência, bem como a obrigação, de gestão e funcionários, de cumpri-los. A disseminação do código de ética, sua revisão periódica e a existência de canais de notificação de não cumprimentos ou atividades ilegais, bem como sistemas de gestão de conflitos de interesse e uma unidade ou comitê específico para garantir que o código seja utilizado corretamente, são medidas básicas fundamentais para a prevenção da corrupção.
- Uma Gestão adequada de recursos humanos, com procedimentos e critérios de seleção baseados em mérito e capacidade, que devem ser predefinidos e claramente documentados para evitar discricão.
- Um sistema de controlo que garanta a segregação de funções, tomada de decisão transparente e supervisão.

- A utilização da administração eletrónica também pode ser usada como medida anticorrupção específica, pois o uso de Tecnologias da Informação (TI) despersionaliza e padroniza a prestação de serviços, exige que normas e procedimentos sejam padronizados e explícitos para o efetivo funcionamento dos sistemas e permita o acompanhamento de decisões e ações.

Para alcançar esse objetivo de adoção efetiva dos sistemas de prevenção à corrupção, o Conselho de Prevenção e Corrupção estabelece não apenas as bases metodológicas e técnicas do trabalho a ser realizado, bem como procura garantir o seu cumprimento gradual:

- "Ações de avaliação de controle interno" - proposta de planos de prevenção de riscos para a corrupção;
- A proposta de diretrizes e manuais internos de gestão de riscos;
- Acompanhamento na implementação de planos;
- Avaliação sistemática e monitorização de planos;
- Seguimento de planos ou sistemas de prevenção nas entidades sob auditoria;

1.2 Denúncia

A corrupção é um crime público, pelo que as autoridades são obrigadas a investigar a partir do momento que existe uma denúncia.

Como tal, é fundamental que os funcionários ou agentes da Administração Pública tenham presente que têm o dever legal de denunciar situações de corrupção, sendo que esta denúncia deverá ser efetuada à Polícia Judiciária, ao Ministério Público ou a qualquer outra autoridade judicial ou policial, verbalmente, por escrito, ou através do formulário eletrónico disponível no portal da Procuradoria-Geral da República.

No caso de os atos de corrupção serem praticados por funcionários ou agentes da Administração Pública, a infração é passível de dupla responsabilidade (penal e disciplinar) e a denúncia é obrigatoriamente reportada ao superior hierárquico, que deverá iniciar os procedimentos para

instaurar o respetivo processo disciplinar, dando conhecimento ao Ministério Público dos factos passíveis de serem considerados infração penal.

1.3 Conclusão

O país precisa duma reforma aprofundada nesta área, com mecanismos de controlo eficazes, levando a uma mudança gradual nas práticas sociais.

Essa reforma deve garantir corrupção zero, com uma prestação de serviços de boa qualidade.

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.

2.1 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.

2.2 Atribuições

De acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 14/2012/M, de 9 de julho, e posteriores 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 celebradas 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.

3 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

No entanto com a publicação do Decreto Legislativo Regional n.º 15/2020/M, de 16.11.2020, diploma que procedeu à alteração do Decreto Legislativo Regional n.º 22/2008/M, de 23 de junho, a estrutura orgânica do IASAÚDE, IP-RAM e competências sofrem nova alteração por força da criação da Direção Regional de Saúde, ficando, a partir dessa data, a fazer parte do Conselho Diretivo:

Presidente: Maria Rita Sabino Andrade

Vice-Presidente: Rubina Nunes Silva Freitas

Vogal: Bruno Alexandre Ornelas de Freitas

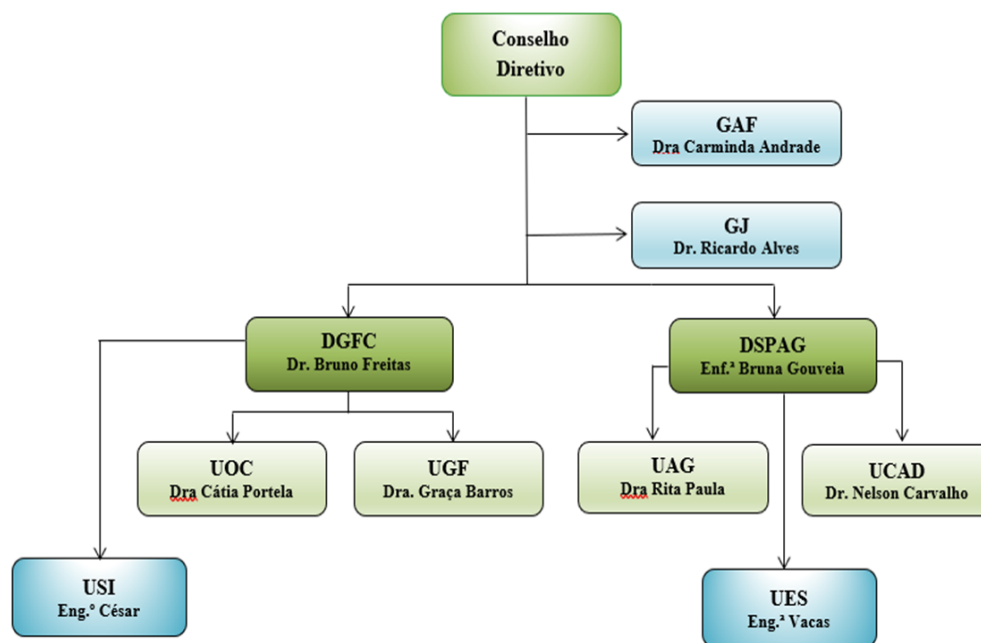
Vogal: Martinho de Gouveia Câmara

3.1 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

3.2 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 de 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.

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 centralizado no Conselho Coordenador de Avaliação. Informação de divulgação aos colaboradores durante todo o processo.	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)	. Processo alvo de validação pelo superior hierárquico em todas as suas fases; . Pedido de verificação da conformidade legal.	Articulação com o gabinete jurídico no âmbito de processos com o necessário enquadramento jurídico-legal; Validação e decisão superior.

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
UAG	Processos de recrutamento de pessoal em todas as modalidades	Moderado (2)	Manual de Recrutamento; Vice-Presidência atribui as vagas e controla os recrutamentos, por serviço (Mapa Regional Consolidado de Recrutamentos).	Atualização do manual de recrutamento; Validação e autorização superior
	Processamento de remunerações e outros abonos	Elevado (2)	Verificação do procedimento por 3. ^a pessoa; Articulação com a DRPaGESP	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, nomeadamente: conferências semanais dos recebimentos, balanços e controlos à tesouraria diários, privilegiar, esmagadoramente, pagamentos por transferência bancária.	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 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.
		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. Existência de Procedimento para a Conferência das entradas de produtos. Realização de contagens físicas periódicas às matérias, por pessoal diferente do que regista os consumos. Monitorização mensal dos consumos. Consultar vários fornecedores e analisar os vários orçamentos apresentados.	No âmbito do n.º 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
DGFC	Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços (continuação)	Baixo (2)	Promover a rotatividade dos elementos que integram o júri dos procedimentos constantes das propostas a serem remetidas ao Conselho Diretivo	Nomeação de diversos colaboradores, ligados à área para a qual foi aberto o procedimento, como elementos de júri por forma a promover a rotatividade
		Moderado (2)	Envio dos documentos financeiros para pagamento só poderá ocorrer após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas	Confirmação pelo Gestor do Contrato
		Moderado (2)	Conferências da informação intermédia e final	Validação pelo superior hierárquico em qualquer uma das fases

Unidades	Atividades	Escala de risco	Medidas preventivas	Medidas adotadas
UGF	Gestão de pagamentos	Moderado (2)	As propostas deverão sempre ser previamente autorizadas pelo superior hierárquico; Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à reconciliação bancária;	Segregação de funções (os profissionais que efetuam os pagamentos não são os mesmos que processam as despesas); Confirmação dos dados do fornecedor através de consulta, no Portal da Autoridade Tributária e Aduaneira, de informação relativa ao sujeito passivo (NIF).
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.	Elevado (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.
	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, controle 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>

Medidas adotadas no âmbito da COVID-19

Considerando o período pandémico pelo qual estamos a atravessar, tornou-se imperioso adotar medidas preventivas no âmbito da Contratação Pública, de acordo com as recomendações emanadas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção.

Assim, conforme Deliberação n.º 17/2020 de 10.01.2020, do Conselho Diretivo deste Instituto, foi aprovado:

- ✓ O Código de Conduta;
- ✓ As instruções de trabalho no âmbito da contratação pública;

Através da deliberação n.º 18/2020, de 19.03.2020 e no âmbito da contratação pública, pelo Conselho Diretivo foi decidido incumbir o Dr. Bruno Alexandre Ornelas de Freitas, para propor e assinar propostas para a instrução dos processos de aquisição relacionados coma “Contigência COVID-19”, situação que se manteve enquanto se verificou a aplicação da declaração do estado de emergência durar a declaração do estado de emergência ou calamidade, tanto a nível nacional como regional.

Considerando a recomendação do Conselho de Prevenção de 6 de maio, foram adotadas novas medidas na área da contratação pública, criando novas instruções de trabalho no âmbito do processo de contratação pública, que permitam cumprir com o plasmado no Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março.

Essa instrução de trabalho foi aprovada na deliberação de 11.05.2020 do Conselho Diretivo.

Todos os documentos que se descrevem aqui, fazem parte integrante das respetivas deliberações.

III - Execução do Plano

O IASAÚDE direciona os seus processos e procedimentos na base de uma maior transparência, imparcialidade e integridade, no sentido de prever e identificar eventuais riscos de corrupção.

Para isso, são detetadas as áreas e/ou atividades que potenciam o risco e adotadas as medidas preventivas para o seu combate ou deteção precoce, atuando de uma forma preventiva.

Com o relatório, pretende-se solidificar as medidas adotadas que resultam na máxima prevenção ou por sua vez, detetar áreas que careçam de mais alguma intervenção, elencando assim atividades que sejam necessárias executar para evitar problemas maiores.

Com a pandemia instalada e verificada a necessidade urgente de se proceder à aquisição de diversos bens e serviços, por forma a combater a COVID-19, adotaram-se procedimentos excecionais, fundamentados nas diversas resoluções que sucessivamente eram publicadas e de acordo com as orientações emanadas pelas autoridades de saúde, sem descuidar a aplicação da legislação em vigor.

Ainda nos termos do DL n.º 10-A/2020, de 13 de março, deu-se cumprimento à recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção de 6 de maio, através da deliberação n.º 19/2020, de 11 de maio do Conselho Diretivo do IASAÚDE, sendo no entanto, emanadas outras deliberações com o mesmo fim.

Ao nível dos procedimentos diários, deu-se continuidade às ações implementadas, quer ao nível da gestão de conflitos de interesse, de acumulação de funções devidamente autorizada pela Presidente do IASAÚDE, garantindo assim a imparcialidade dos atos praticados, quer ainda em relação a todas as outras atividades identificadas.

No entanto, verifica-se que a pandemia continua a ter efeitos nas atividades do IASAÚDE. Para minimizar os impactos, foram adotadas medidas e criadas condições de regresso à normalidade, com a adaptação de regimes de horários de trabalho diferentes (rotatividade, jornada contínua, teletrabalho), no sentido de darmos sempre resposta às solicitações.

O acréscimo de despesas referentes a este novo cenário, nunca antes vivido, foi devidamente enquadrado pelos procedimentos de contratação pública e cumprimento legal.

A monitorização do plano deve ser uma prática habitual da instituição e deverão ser sempre adotados ou melhorados os mecanismos de controlo interno, sendo que para isso, é também necessário que cada colaborador tenha autoconhecimento, quer das suas funções, quer da instituição que representa.

Após esta análise, no caso de serem identificados novos riscos ou alguma ação de revisão do Plano, o responsável pela unidade orgânica que procedeu a essa identificação deverá comunicar para constar como ação de melhoria, propondo medidas preventivas.

Para a boa execução do Plano, todas as unidades são chamadas a intervir, considerando que em qualquer uma delas, há sempre um risco detetado e que tem de ser monitorizado e controlado. Para isso, são também consultadas, adaptadas e aplicadas as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção.

No entanto, o relatório é um instrumento dinâmico, que deve estar atualizado de acordo com a realidade atual e as exigências diárias, dos utentes, dos parceiros, dos fornecedores e até dos próprios colaboradores.