

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

2021

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Ficha Técnica

Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Edição 2021

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

Índice	3
I. Introdução	4
1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção	5
2. Missão	5
2.1. Objetivo	5
2.2. Atribuições	6
3. Identificação dos Responsáveis	7
3.1. Estrutura Orgânica (Departamentos/Unidades Orgânicas)	8
3.2. Objetivos Estratégicos	10
II - Avaliação e Gestão de Risco	10
1. Classificação do Risco	11
1.2. Graduação do Risco	11
2. Medidas adotadas no âmbito da COVID-19	17
III - Execução do Plano	18

I - 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.

1. Identificação, Avaliação e Análise dos Riscos de Corrupção

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.

Define que, 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 aspetos 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.

Por forma a responsabilizar todas as partes, esse levantamento é efetuado ou validado pelos respetivos dirigentes das áreas nas quais foram identificados os riscos, sendo que também na fase de monitorização e de aplicação das medidas adotadas, todos os colaboradores devem contribuir para a mitigação do risco.

2. Missão

Com a publicação do DLR n.º 15/2020/M, de 16 de novembro, o IASAÚDE, IP-RAM, passou a ter por missão, assegurar a gestão dos recursos financeiros, humanos, da formação profissional, das instalações e equipamentos, dos sistemas e tecnologias de informação do Sistema Regional de Saúde e dos serviços da administração direta no domínio da SRS.

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

São atribuições do IASAÚDE, IP - RAM:

- Coadjuvar a Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil, (SRS), na definição de políticas no domínio da contratação da prestação de cuidados de saúde no Sistema Regional de Saúde e a respetiva normalização, regulamentação, acompanhamento, auditoria e inspeção;
- Apoiar financeira e contratualmente a atividade da SRS na área da Saúde;
- Coordenar, monitorizar e controlar as atividades da SRS para a gestão dos recursos financeiros afetos ao Serviço Regional de Saúde, designadamente estudar e propor modelos de financiamento do Serviço regional de Saúde, definir normas e orientações sobre modalidades para obtenção, distribuição e aplicação dos recursos financeiros, bem como de avaliação de custos e definições de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Regional de Saúde;
- Coordenar e acompanhar a gestão da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados em articulação com os demais organismos competentes;
- Elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento financeiro no Sistema Regional de Saúde;
- 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;
- Assegurar a prestação centralizada de atividades comuns nas áreas dos recursos humanos e financeiros para os serviços da SRS integrados na administração direta do estado, bem como coordenar a formação profissional intersectorial para os organismos da SRS;
- Coordenar o internato médico na Região, sem prejuízo das competências dos respetivos órgãos específicos, em articulação com as necessidades formativas do SESARAM, EPERAM, nos termos da lei;
- 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;

- Efetuar o controlo da gestão através da avaliação continuada dos indicadores de desempenho e da prática das instituições e serviços do Sistema de Saúde, bem como desenvolver e implementar modelos de gestão de risco económico-financeiro para o Sistema de Saúde;
- 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, EPERAM e a respetiva capacidade instalada;
- 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;
- Orientar e informar sobre os procedimentos e inscrições respeitantes ao subsistema da ADSE, no âmbito da administração regional autónoma da Madeira;
- Assegurar o regular funcionamento da junta médica da ADSE;
- Apoiar as atividades da SRS na gestão da rede de instalações e equipamentos tendentes à melhoria e desenvolvimento equilibrado dessa rede no território regional, bem como elaborar a carta regional de instalações e equipamentos;
- Apoiar a SRS na definição e normalização dos sistemas de informação e comunicação adaptados às necessidades do Sistema Regional de Saúde;

3. Identificação dos Responsáveis

Considerando 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, conferindo uma nova estrutura orgânica e atribuições face à criação da Direção Regional da Saúde, o Conselho Diretivo passou a ser composto por 4 elementos, de acordo com o seguinte:

Presidente: Maria Rita Sabino Andrade

Vice-Presidente: Rubina Nunes Silva Freitas

Vogal: Bruno Alexandre Ornelas de Freitas

Vogal: Martinho de Gouveia Câmara

No decorrer do ano verificaram-se alterações ao nível da estrutura orgânica, que obrigaram à reestruturação do Conselho Diretivo. Assim, através da publicação do Despacho Conjunto n.º 68/2021, de 29 de setembro, publicado no JORAM II Série n.º 18, de 06 de outubro, o Conselho Diretivo passou a ter a seguinte constituição:

Presidente: Bruno Alexandre Ornelas de Freitas

Vice-Presidente: Rubina Nunes Silva Freitas

Vogal: Graça da Conceição Figueira de Barros

Vogal: Martinho de Gouveia Câmara

3.1. Estrutura Orgânica (Departamentos/Unidades Orgânicas)

Com a publicação da Portaria n.º 325/2021, de 17 de junho, que aprovou os Estatutos do IASAÚDE, IP-RAM, definiram-se os Departamentos, Direções e respetivas Secções ou Unidades Técnicas e ainda os Gabinetes, de acordo com o organograma:

Organograma
IASAÚDE 2020-2023



3.2. Objetivos Estratégicos

O IASAÚDE, IP - RAM no âmbito da sua missão atual, traçou 6 objetivos estratégicos que definem a sua estratégia:

1. Contribuir para a universalidade e melhoria do acesso à população a Cuidados de Saúde, otimizando a articulação entre os instrumentos de financiamento e contratualização, assente na relação de complementaridade entre o setor público e privado.
2. Reforçar os mecanismos de monitorização e desempenho económico-financeiro alicerçados numa política de rigor, avaliação de resultados, qualidade e eficiência.
3. Prever e consolidar a gestão estratégica dos recursos humanos e financeiros necessários à prossecução dos objetivos dos serviços internos e de administração direta no domínio da SRS.
4. Implementar Sistemas de Informação facilitadores da gestão e do acesso aos cuidados de saúde, assentes em princípio de transparência, eficiência, equidade e responsabilidade social.
5. Promover a valorização e melhoria de competências dos profissionais afetos aos serviços da SRS.
6. Criar mecanismos de melhoria e simplificação de processos internos de planeamento e controlo, gestão, decisão e comunicação, num contexto de maior agilidade organizacional, inovação e modernização de serviços.

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.

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 excepcionais.	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.

1.2. 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 (GR)				
Gravidade da consequência (GC)	Probabilidade de ocorrência (PO)	Rara (1)	Possível (2)	Frequente (3)
	Menor (1)	Baixo	Moderado	Elevado
Médio (2)	Moderado	Elevado	Muito elevado	
Alto (3)	Elevado	Muito elevado	Extremo	

Avaliação do risco = Probabilidade de ocorrência x Gravidade da consequência

Unidades	Atividades	Escala de risco			Medidas preventivas	Medidas adotadas
		GC	P	GR		
Conselho Diretivo (CD)	Movimentação das contas bancárias	3	1	Elevado	A movimentação das contas implica sempre a autorização de dois membros do Conselho Diretivo.	Reconciliação bancária efetuada por pessoa independente de quem paga; Pagamentos efetuados por transferência bancária; A instrução do processo de pagamento é efetuado pela DGF;
	Autorização de despesas	2	2	Elevado	A autorização de despesas é sempre feita pelo menos por dois elementos do Conselho Diretivo.	Segregação de funções; A autorização da despesa é sempre efetuada na reunião do CD, mediante existência comprovada de cabimento orçamental e mediante processo com a necessidade dos serviços.
DARH	SIADAP -RAM - Sistema Integrado de avaliação de desempenho	1	1	Baixo	Gestão do processo centralizado no Conselho Coordenador de Avaliação. Informação de divulgação aos colaboradores durante todo o processo. Adequação dos objetivos e competências às reais funções do trabalhador.	Garantir o cumprimento integral dos mecanismos de controlo interno e o cronograma do sistema, através de orientações e informações internas transversais a todas as unidades orgânicas; Confirmação de indicadores mensuráveis no processo de avaliação.
	Análise, decisão e instrução dos processos no âmbito da gestão dos Recursos Humanos	2	1	Moderado	Processo alvo de validação pela Diretora de Serviços em todas as fases dos diversos processos; Pedido de verificação da conformidade legal através do GAJ ou DRAPMA.	Articulação com o gabinete jurídico no âmbito de processos com o necessário enquadramento jurídico-legal;

Unidades	Atividades	Escala de risco			Medidas preventivas	Medidas adotadas
		GC	PO	GR		
DARH	Processos de recrutamento de pessoal em todas as modalidades	2	1	Moderado	Manual de Recrutamento; Mapa Regional Consolidado de Recrutamentos.	Definição clara e atempada de critérios de seleção; Rotatividade dos júris; Adequação dos métodos de seleção ao perfil a contratar de acordo com as necessidades dos serviços.
	Processamento de remunerações e outros abonos	3	1	Elevado	Manual de procedimentos Programa informático de gestão dos vencimentos.	Conferência do processamento com segregação de funções; Articulação com a DRI para correção de erros na verificação
	Gestão administrativa dos procedimentos de aquisição de bens e serviços ¹ Incorreções na avaliação inicial da necessidade de aquisição; Averiguação insuficiente de soluções internas como alternativa à contratação; Desdobramento de contratos para possibilitar o procedimento de ajuste direto, podendo privilegiar fornecedores	1	1	Baixo	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 pelos trabalhadores afetos a esta área.

¹ (Tramitação efetuada pelo Grupo de trabalho nomeado por Deliberação do Conselho Diretivo de 10.03.2017 que está na dependência do Vogal do CD) Com a publicação da Portaria n.º 325/2021, essas competências passam a pertencer a esta Direção de Serviços.

Unidades	Atividades	Escala de risco			Medidas preventivas	Medidas adotadas
		GC	PO	GR		
DARH	Designação de forma repetitiva e não justificada dos elementos para integrar os júris dos procedimentos	1	1	Baixo	Promover a rotatividade dos elementos que integram o júri dos procedimentos constantes das propostas a serem remetidas ao Conselho Diretivo.	Declaração de conflito de interesses. Nomeação de diversos colaboradores, ligados à área para a qual foi aberto o procedimento, como elementos de júri por forma a promover a rotatividade.
DARH/DGFC	Conflito de interesses	2	1	Moderado	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; Preenchimento da declaração enquanto gestor de contrato.	No âmbito do n.º 5 do artigo 67.º do CCP, os elementos integrantes dos júris e os de mais intervenientes dos processos aquisitivos passaram a assinar uma declaração prévia da inexistência de conflitos de interesses. De igual forma, aqueles que forem nomeados Gestores de Contrato, deverão preencher a declaração nos termos do n.º 7 do artigo 290.º-A
DARH/GAJ	Não conformidade entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas no caderno de encargos	1	1	Baixo	Verificação exhaustiva 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 e pelo Gabinete Jurídico

Unidades	Atividades	Escala de risco			Medidas preventivas	Medidas adotadas
		GC	PO	GR		
DGFC/DGF	Verificação dos bens e/ou serviços contratualizados	2	1	Moderado	Envio dos documentos financeiros para pagamento após confirmação de que os bens/serviços foram efetivamente prestados e de acordo com as condições contratadas	Confirmação pelo Gestor do Contrato e pela Secção de Aquisições e Aprovisionamento
DGFC/DGF	Gestão de cobranças	3	1	Elevado	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; Circulares emitidas pela DROT; Reconciliação de contas;
	Gestão de pagamentos	2	1	Moderado	Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à reconciliação bancária;	Segregação de funções; Confirmação dos dados do fornecedor através de consulta, no Portal da Autoridade Tributária e Aduaneira, de informação relativa ao sujeito passivo (NIF). Reconciliação de contas;

Unidades	Atividades	Escala de risco			Medidas preventivas	Medidas adotadas
		GC	PO	GR		
DC/GCC	Acompanhamento, monitorização e avaliação dos Acordos de Prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do setor privado e social;	3	1	Elevado	<p>Submissão de relatórios de acompanhamento;</p> <p>Definição e implementação de instrumentos de controlo para acompanhamento, monitorização e avaliação da atividade contratada.</p>	<p>Acompanhamento mensal dos valores faturados;</p> <p>Atualização das regras de conferências e de reembolsos;</p> <p>Atualização/verificação mensal da base de dados das entidades contratadas;</p> <p>Emissão de relatórios mensais da faturação, apresentado pelas entidades contratadas, verificadas pelo superior hierárquico;</p>
DSIC/DSI	Gestão de segurança dos sistemas de informação;	3	1	Elevado	<p>Elaboração de um manual de procedimentos;</p> <p>Alteração periódica das senhas de acesso;</p> <p>Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos à informação.</p>	<p>Ao nível da segurança, para além do Dirigente da Unidade, está afeto a esta atividade mais um colaborador, minimizando assim o risco de violação de segredo;</p> <p>Controlo de acessos à sala de informática e à sala dos servidores;</p>
DSIC/DSI	Gestão dos sistemas de informação;	2	1	Moderado	<p>Elaboração do plano de recuperação da atividade em caso de desastre;</p>	<p>Implementação do Plano;</p> <p>Divulgação pelos colaboradores afetos à unidade;</p>

2. Medidas adotadas no âmbito da COVID-19

Considerando o período pandémico que se fez sentir também em 2021, deu-se continuidade às medidas preventivas implementadas em 2020 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;

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.

III - Execução do Plano

O Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM) no ano de 2021, assumiu um conjunto significativo de novas competências, decorrentes da alteração da estrutura orgânica operacionalizada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 15/2020/M, de 16 de novembro. Tal exigiu um esforço de reajustamento organizacional, e, conseqüentemente, a definição de todo um conjunto de medidas de controlo interno, compatível com as novas competências. Nesse sentido, manteve-se em vigor o PPRCIC aprovado em 2020, e paralelamente, iniciou-se o trabalho de identificação de novos riscos e correspondentes medidas de mitigação, com vista à revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão para 2022. As diferentes Direções e Unidades de Coordenação do IASAÚDE, IP-RAM, ao longo de 2021, desenvolveram esforços no sentido de implementarem as medidas identificadas no Plano, sendo que da análise efetuada, conclui-se que o grau de execução global do Plano é satisfatório. Todos os riscos identificados encontram-se cobertos por medidas de mitigação.

De um modo geral, os responsáveis das áreas consideraram, que as medidas de prevenção, então em vigor, se revelam adequadas. Não obstante, alguns responsáveis sugeriram ações corretivas e identificaram novos fatores de risco, demonstrando, desta forma, a preocupação de obterem melhores resultados com a implementação das medidas preventivas que se preconizam no plano para 2022. Face aos resultados apurados, quer relativamente aos riscos transversais, quer os inerentes a cada direção, pode afirmar-se que o IASAÚDE, IP-RAM, conseguiu, em 2021, assegurar uma adequada execução PGRIC e implementar a grande maioria das medidas previstas para os riscos identificados.