



Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório anual

2016

Serviço de Auditoria Interna

Fernandina Oliveira

Setembro – 2017

Índice

Abreviaturas	2
Introdução	3
Caracterização da ULSM	4
Visão	4
Missão.....	4
Atribuições.....	4
Valores fundamentais	5
Organograma	6
Identificação dos responsáveis	9
Controlo interno.....	10
Monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.....	12
Contratação Pública.....	12
Recursos Humanos	13
Sistemas de Informação	13
Gestão Financeira	14
Gestão de conflito de interesses	16
Conclusão.....	19

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

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

DFPCG – Departamento Financeiro – Planeamento e Controlo de Gestão

DGRHGD – Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental

GRIEC – Gabinete para as Relações Internacionais Europeias e de Cooperação

PCG – Planeamento e Controlo de Gestão

SAD – Serviço de Admissão de Doentes

SC – Serviço de Compras

SL – Serviço de Logística

SI – Serviço de Informática

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

TC – Tribunal de Contas

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

Introdução

De acordo com o preconizado na recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de Junho de 2009, a ULSM elaborou o Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas.

O plano identifica os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como, os controlos implementados e/ou a implementar que mitiguem os riscos, minimizando a probabilidade de ocorrência e o impacto que tais riscos podem ter na prossecução dos objetivos institucionais.

As áreas de maior risco de corrupção e infrações conexas identificadas no plano são: a contratação pública, os recursos humanos, os sistemas de informação e a gestão financeira.

Para essas áreas foi efetuado o levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas, bem como os controlos implementados. O risco foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e avaliado quanto a risco inerente e risco residual.

Em 2013, e tendo em consideração a recomendação nº 5/2012 do Conselho de Prevenção da Corrupção, a gestão dos riscos inerentes aos conflitos de interesses foi integrada no PGRCIC, embora nos planos dos anos anteriores parte desses riscos já estavam identificados e mitigados.

Em consequência da referida recomendação, em 2013 o Conselho de Administração aprovou a política de conflitos de interesses que identifica os possíveis conflitos de interesses e apresenta medidas consideradas razoáveis e adequadas à dimensão da ULSM.

Os instrumentos normativos que abordam o tema dos conflitos de interesses têm por base a salvaguarda de princípios como a legalidade, a justiça, a imparcialidade, a integridade, a lealdade, a confiança e a ética, princípios estes já explanados no Código de Ética da ULSM.

A responsabilidade da implementação e da execução do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é da chefia do Departamento/Serviço/Unidade na parte respetiva.

Tendo presente a dinâmica da ULSM, anualmente os responsáveis são convidados a refletir sobre os controlos implementados para aferirem da sua eficácia, a identificar oportunidades de melhoria e assim, fazerem as alterações que entendam adequadas.

O Serviço de Auditoria Interna efetua o controlo anual do plano no sentido de verificar a sua implementação e aplicação. O relatório elaborado é remetido pelo Conselho de Administração ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Caracterização da ULSM

A ULSM foi a primeira Unidade Local de Saúde a ser criada, isto em Junho de 1999. Em 2005, pelo Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro, é transformada em entidade pública empresarial. O mesmo diploma, aletrado e republicado pelo Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de Janeiro, aprova os seus Estatutos.

Integrada no Serviço Nacional de Saúde, a ULSM tem por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde.

A ULSM, também tem por objetivo, assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida, desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos – programa em que se definam as respetivas formas de financiamento, e prestar serviços a cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.

Visão

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

Missão

A missão da ULSM é identificar 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.

Atribuições

A ULSM tem como atribuições a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população do concelho de Matosinhos, assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida e participar no processo de formação pré e pós-graduada de profissionais do sector, mediante a celebração de acordos com as entidades competentes.

Valores fundamentais

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

O Código de Conduta explana os princípios basilares de atuação dos profissionais, nomeadamente no que respeita a:

- Recursos humanos;
- Formação e investigação;
- Sigilo profissional;
- Relações interpessoais;
- Responsabilidade social;
- Relações externas;
- Serviço público;
- Relacionamento com as entidades reguladoras;
- Legalidade;
- Conflito de interesses;
- Património;
- Compromisso ambiental.

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 em regulamento interno.

Os órgãos sociais da ULSM definidos nos Estatutos e no Regulamento interno são:

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

O CA é, ainda, 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.

Ao Serviço de Auditoria Interna, ainda:

- 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.

Conforme o previsto no regulamento interno, na ULSM as áreas de atuação estão organizadas em Departamentos/Serviços/Unidades, articulados de forma a proporcionarem cuidados de saúde centrados nas necessidades específicas dos utentes, assim como a promoção da integração e continuidade de cuidados. Esta organização é, sempre que possível, por via de conselhos de gestão pluridisciplinares. As áreas referidas são:

- ACES de Matosinhos;
- 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 de estrutura corporativa que beneficiam toda a ULSM, das quais se destacam:

- Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental;
- Departamento de Operações e Logística;
- Departamento de Organização e Sistemas de Informação;

- Departamento Financeiro e Controlo de Gestão;
- Departamento de Formação e Investigação;
- Gabinete de Contratualização;
- Gabinete de Saúde Ocupacional;
- Gabinete de Codificação;
- Gabinete de Higiene e Segurança;
- Gabinete de Comunicação e Relações Públicas;
- Gabinete Jurídico;
- Gabinete da Qualidade;
- Gabinete do Utente.

O ACES de Matosinhos integra os Centros de Saúde, estes por sua vez são constituídos por Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Cuidados na Comunidade. Ainda integradas no agrupamento de centros de saúde, estão a Unidade de Saúde Pública, que integra a Sanidade de Fronteiras, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

FISCALIZADOR

CONSELHO CONSULTIVO

COMISSÕES

- Calastre
- Controle de Infecção e de Antimicrobianos
- Coordenação Oncológica
- Direção de Enfermagem
- Ética
- Farmácia e Terapêutica
- Médica
- Normalização do Equipamento e Material de Consumo
- Promoção do Aleitamento Materno
- Qualidade e Segurança do Doente
- Técnica de Certificação para ISO
- Transfusional
- Processo Clínico
- Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
- Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do ACES
- Grupo Coordenador do Programa de Anti-Tuberculose
- Grupo de Gestão de Resíduos
- Grupo Coordenador para a Abordagem da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho

ACES ARRAMPAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE DE MATOSINHOS

- Centro de Saúde de Leça da Palmeira
 - USP Leça
 - USP Marvila
 - USP Dunas
 - USP Progresso
 - USP Santa Cruz
 - UCD Leça
- Centro de Saúde de Matosinhos
 - USP Horizonte
 - USP Dourados
 - USP Matosinhos
 - UCD Matosinhos
- Centro de Saúde da Senhora da Hora
 - USP Caravela
 - USP Lagoa
 - UCD Senhora da Hora
 - UCD
- Centro de Saúde de S. Mamede do Infante
 - USP Infante
 - USP Ponta da Sel
 - USP S. Mamede
 - UCD S. Mamede
- Centro de Diagnóstico Pneumológico
- URAP
- Unidade de Saúde Pública
- Unidade de Saúde e Prostatas
- SASU

ÁREA CLÍNICA HOSPITALAR

- | | | |
|--|--|--|
| Departamento de Medicina
Serviço de Medicina Interna
Unidade de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular
Unidade de Cuidados Intermediários Positivo
Serviço de Cardiologia
Serviço de Neurologia
Serviço de Imuno-Hematologia
Serviço de Pneumologia
Serviço de Infeciologia
Serviço de Dermatologia
Serviço de Endocrinologia
Unidade de Diabetologia
Serviço de Gastroenterologia
Serviço de Oncologia
Unidade de Hematologia Clínica
Unidade de Nefrologia
Unidade de Imunologia
Departamento de Anestesia
Serviço de Anestesiologia
Unidade de Dor Crônica
Unidade de Medicina Hiperbárica | Departamento de Cirurgia
Serviço de Cirurgia Geral
Unidade de Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-Facial
Serviço de Ortopedia
Serviço de Urologia
Serviço de Otorrinolaringologia
Serviço de Oftalmologia
Bloco Operatório
Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Departamento de Saúde Mental
Serviço de Psicologia
Serviço de Psiquiatria
Unidade de Psiquiatria
Departamento de Emergência e Medicina Intensiva
Serviço de Medicina Intensiva
Emergência Clínica
Serviço de Urgência
Equipe de Emergência Pré-hospitalar | Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem
Serviço de Pediatría
Unidade de Imunologia Pediátrica
Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento
Unidade de Endocrinologia Pediátrica
Serviço de Neonatologia
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
Bloco de Partos
Unidade de Gravidez de Risco
Urgência Obstétrica e Ginecológica
Departamento de Ambulatório
Consulta Externa Hospital de Dia
Exames Especiais
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
Departamento de MCDT
Serviço de Imagiologia
Unidade de Radiologia
Unidade de Neurofisiologia
Serviço de Anatomia Patológica
Serviço de Patologia Clínica |
|--|--|--|

CUIDADOS CONTINUADOS

- Unidade de Consciência
- Equipa de Cuidados Paliativos

SUPORTE À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- Serviços Farmacêuticos
- Serviço de Esterilização Central
- Serviço de Nutrição
- Serviço Social

GESTÃO E LOGÍSTICA

- | | |
|---|---|
| Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Gestão Documental
Serviço de Gestão de Recursos Humanos
Serviço de Gestão Documental
Centro de Formação | Gabinete de Saúde Ocupacional
Gabinete de Codificação
Gabinete de Comunicação e Relações Públicas
Gabinete Jurídico
Gabinete de Segurança e Gestão de Risco
Gabinete de Gestão da Documentação Clínica
Gabinete de Simulação 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 Inscrições em Cirurgia
Unidade Hospitalar de Consulta a Tempo e Horas
Internato Médico
Conselho Coordenador de Avaliação |
| Departamento de Compras e Logística
Serviço de Compras
Serviço de 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
Gabinete de Contratualização
Gabinete de Qualidade
Gabinete de Cidadão
Centro de Ensaios Clínicos | Gabinete de Gestão da Informação e Comunicação
Gabinete de Gestão da Documentação Clínica
Gabinete de Simulação 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 Inscrições em Cirurgia
Unidade Hospitalar de Consulta a Tempo e Horas
Internato Médico
Conselho Coordenador de Avaliação |

Identificação dos responsáveis

Aos responsáveis dos serviços compete a identificação e avaliação dos riscos inerentes à sua atividade, assim como o desenho dos controlos adequadas à sua mitigação.

A identificação dos riscos é fundamental para avaliar a exposição da organização ao elemento incerteza. Esta avaliação exigiu, e exige, um levantamento exaustivo dos processos identificados como sendo de maior risco.

Os profissionais são encorajados a refletir sobre os procedimentos instituídos por forma a, sempre que entenderem pertinente, apresentarem aos seus superiores hierárquicos propostas de melhoria dos controlos existentes para os riscos inerentes à sua área de atuação.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades de gestão de risco. No entanto, cabe ao responsável de cada um dos Departamentos/Serviços/Unidades o levantamento dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados e, sempre que ocorram novos eventos, rever os riscos e respetivos controlos.

Conselho de Administração						
	Presidente	Dr. Victor Herdeiro				
	Vogal	Dra. Beatriz Duarte				
	Vogal	Dra. Teresa Fernandes				
	Diretor Clínico	Prof. Doutor Taveira Gomes				
	Enfermeira Diretora	Enfa. Margarida Filipe				
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Serviço de Compras	Serviço de Logística	Serviço de Instalações e Equipamentos	Serviço de Tecnologia de Informação e Comunicação	Serviço de Gestão Financeira	Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão
Dr. Manuel Costa	Dra. Georgina Correia	Dr. Serafim Carvalho	Dr. Nuno Antunes	Dr. José Castanheira	Dra. Lurdes Santos	Dra. Susana Cardoso

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

O Auditor Interno apoia os vários Departamentos/Serviços/Unidades no desenho de processos de gestão de risco e controlos e avalia a sua eficácia.

Controlo interno

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos na ULSM com vista a garantir, nomeadamente:

- Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Os procedimentos de controlo interno visam, ainda, assegurar:

- A adequada segregação de funções;
- A qualidade da informação produzida,
- A legalidade das operações;
- A integridade e exatidão dos registos contabilísticos;
- A definição de responsabilidades;
- A execução dos planos e políticas superiormente definidos;
- A salvaguarda dos ativos.

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 atuações em determinadas áreas, processos ou atividades.

Os referidos manuais 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 9001:2008, a ULSM tem implementado um sistema de gestão da qualidade promovendo a melhoria contínua dos seus processos e, assim, minorando os riscos inerentes às atividades.

Dos vários mecanismos de controlo interno implementados na ULSM, destacam-se:

- Código de Conduta Ética;
- Procedimentos administrativos e contabilísticos;

- Certificação pelo referencial normativo ISO 9001:2008;
- Regulamento Interno;
- Segregação de funções;
- Formação contínua dos recursos humanos;
- Política de conflitos de interesses;
- Comunicação de irregularidades.

O Serviço de Auditoria Interna elabora anualmente o plano de trabalho de acordo as áreas críticas identificadas e que devem ser objeto de avaliação, com vista à verificação de eficiência dos procedimentos e normas de controlo interno em vigor, face aos riscos identificados e, sempre que possível, melhorar os procedimentos instituídos. Essa avaliação é efetuada através de auditoria de serviços e processos, contínuas e específicas e melhoria de processos. Anualmente é elaborado o relatório da atividade desenvolvida, com referência aos controlos efetuados, às anomalias detetadas e às medidas corretivas propostas. O plano e o relatório são remetidos pelo Conselho de Administração aos órgãos de superintendência, tutela e controlo. Compete ao Conselho de Administração assegurar um adequado sistema de controlo interno, bem como a sua implementação e manutenção e o auditor interno a sua avaliação.

Monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O PRGCIC está organizado por áreas e atividades. Na sua elaboração foram identificadas como sendo as áreas de maior risco de corrupção e infrações conexas as seguintes:

- Conflitos de interesses;
- Contratação pública;
- Recursos humanos;
- Sistemas de informação;
- Gestão financeira.

Para cada uma das áreas aludidas, os responsáveis das atividades, numa primeira fase, identificaram os riscos que, em caso de ocorrência, poderiam por em causa os objetivos do seu processo/atividade e consequentemente os objetivos da ULSM.

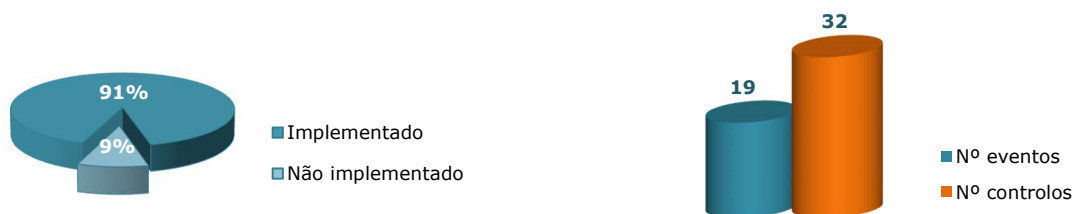
Após a priorização dos riscos identificados, foi definida a resposta e desenvolvidos os mecanismos de controlo adequados à sua mitigação (políticas, procedimentos, formação, sistemas de informação, cultura de gestão de risco, envolvimento dos profissionais, responsabilização, *key risk Indicators* etc).

O risco foi graduado em função da probabilidade de ocorrência e avaliado quanto a risco inerente e risco residual, ou seja, foi avaliado sem implementação de controlos e após a implementação dos controlos identificados como adequados à mitigação dos riscos.

Contratação Pública

O número de eventos identificados para a área de contratação pública foi de 19 para os quais foram definidos 32 medidas de controlo.

Estão atualmente implementados 29 controlos o que corresponde a 91%. Este valor é revelador da atenção que os responsáveis atribuem à gestão do risco de corrupção e de infrações conexas na área de contratação pública.



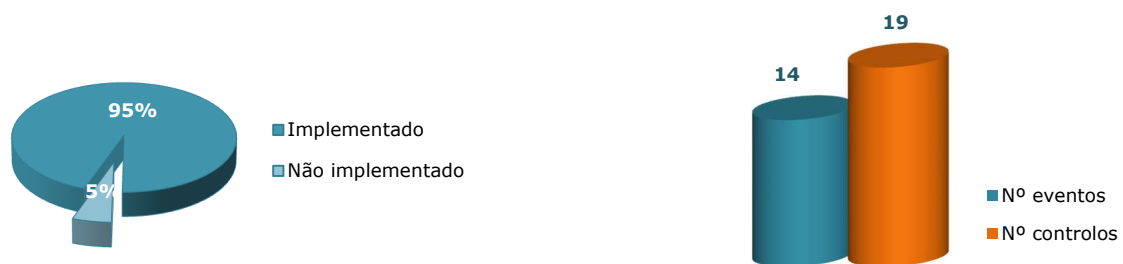
Um dos controlos definido para o evento “*deficiente acompanhamento e avaliação do contratante de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos (...)*”,

concretamente elaborar “*procedimento com a definição do modelo dos relatórios, assim como da sua periodicidade*”, não está implementado. No entanto, estão previstos e implementados para o referido evento mais 2 controlos e há, ainda, o envio periódico de informação ao CA sobre o acompanhamento e avaliação do contrato, restando apenas a formalização do modelo de relatório.

Não obstante, considera-se que os controlos não implementados não são críticos porque são passíveis de controlos indiretos, também estes previstos no plano de gestão de riscos de corrupção e de infrações conexas.

Recursos Humanos

Para a área de Recursos Humanos foram identificados 14 eventos e desenhadas 19 mecanismos de controlo. As medidas são adequadas para mitigar os riscos identificados não sendo necessário, nesta fase, alterar as ações determinadas. Também não foram detetados novos eventos que requeiram medidas adicionais de controlo interno.

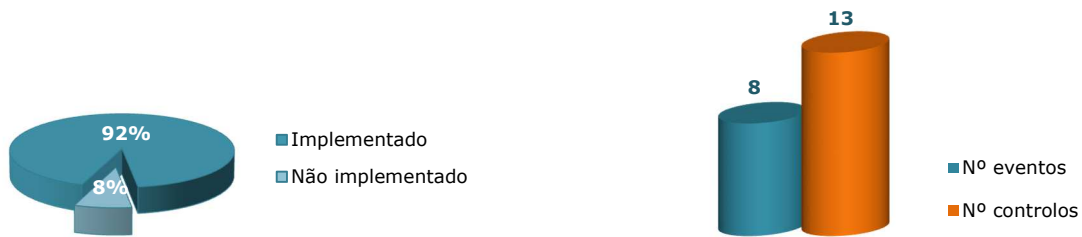


Apenas não está implementado o controlo para o evento “*Avaliação deficiente dos profissionais*”. O Serviço responsável pela área de avaliação de desempenho dos profissionais, garante a legalidade do processo de avaliação de desempenho, ficando apenas por validar as questões mais subjetivas inerentes a qualquer sistema de avaliação de desempenho.

Não obstante, considera-se que a implementação de 95% dos mecanismos delineados mostra que o Serviço está alinhado com o objetivo do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

Sistemas de Informação

Os 8 eventos identificados como sendo críticos na área de sistemas de informação deram origem a 13 mecanismos de controlo. As medidas são adequadas para mitigar os riscos identificados não sendo necessário, nesta fase, alterar as ações determinadas. Também não foram detetados novos eventos que requeiram medidas adicionais de controlo interno.



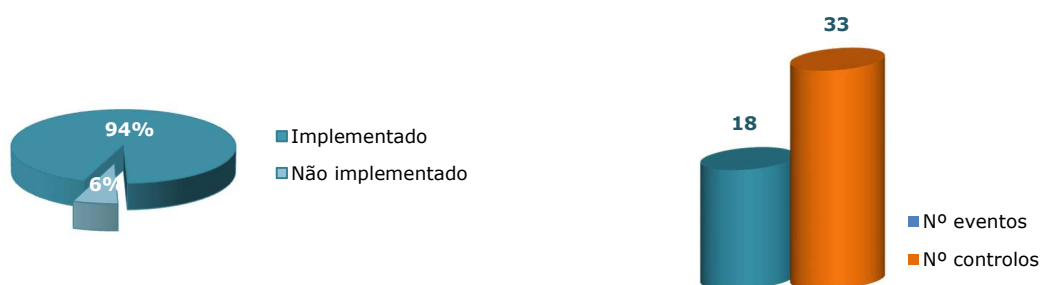
Mais uma vez fica claro a atenção que os responsáveis atribuem à identificação e mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas, visto que 92% dos controlos estão implementados.

Apesar de o serviço não avaliar os procedimentos de deteção e violação do dever de sigilo, não se considera crítico uma vez que a ULSM possui outros mecanismos de controlo para este risco, nomeadamente o Código de Ética e cláusulas contratuais.

Gestão Financeira

Para os 18 eventos identificados, na área de gestão financeira, como sendo os de maior risco de corrupção e infrações conexas, foram definidas 33 medidas de controlo.

As medidas são adequadas para mitigar os riscos identificados não sendo necessário, nesta fase, alterar os controlos implementados. Também não foram detetados novos eventos que requeiram medidas adicionais de controlo interno.



O controlo “*verificação aleatória, da existência física dos bens, efetuada periodicamente*” definido para o evento “*apropriação indevida de bens públicos*” não foi realizado no ano de 2016, assim como o controlo “*alerta aos utentes da obrigatoriedade dos serviços emitirem o recibo*” determinado para o evento “*recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo*”.

No entanto, o grau de implementação das ações definidas para a área de gestão financeira é elevado, 94%, mostrando que os responsáveis compreendem a necessidade de cumprirem o definido no plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas. Das 33 medidas identificadas no plano, 31 foram cumpridas.

Gestão de conflito de interesses

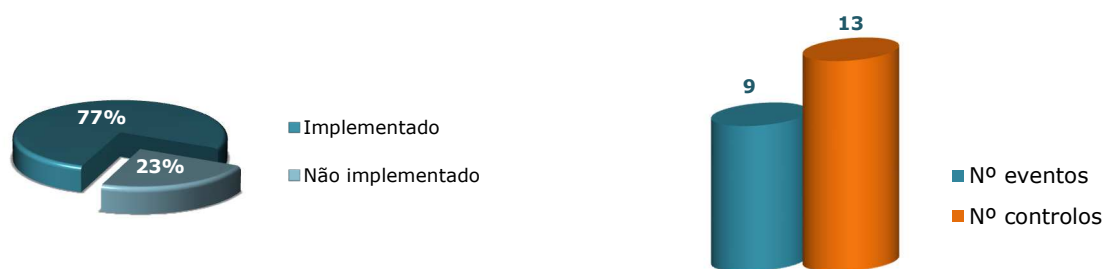
A recomendação nº 5/2012 do CPC, de 7 de novembro determina que “*As entidades de natureza pública, ainda que constituídas ou regidas pelo direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflito de interesses, devidamente publicitados, que incluam também o período que sucede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

O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas apresenta, separadamente, a matriz de risco para a área de conflito de interesses.

Dos controlos internos gerais implementados relativos à prevenção nas atividades potenciadoras de conflitos de interesses destacam-se:

- Segregação de funções;
- Barreiras na circulação de informação (*chinese walls*);
- Procedimentos preventivos de conflitos de interesses.

Para esta área foram identificados 9 eventos tidos como potenciais geradores de conflito de interesses e para os quais estão definidos 13 mecanismos de controlo.



É nesta área que o grau de implementação dos controlos é menor, com 77%, abaixo do grau de implementação das áreas atrás analisadas, sempre acima dos 90%.

Os controlos não implementados foram “*procedimentos de deteção de violação do dever de sigilo*”, este para dois eventos e “*todos os funcionários que se encontram em regime de acumulação de funções devem solicitar autorização ao Conselho de Administração*”.

Relativamente ao primeiro controlo, este não é crítico uma vez que os eventos têm implementados outros controlos, como é o caso de “*Criação de perfis de acesso, partindo sempre do princípio de acesso mínimo para o exercício das funções*” e “*obter declarações dos interesses privados dos profissionais envolvidos*”, para além dos controlos indiretos, como é o caso do dever de sigilo.

Concretamente em relação à acumulação de funções o Código de Ética refere que “*Os profissionais devem abster-se de exercer quaisquer funções fora da ULSM sempre que estas atividades ponham em causa o*

cumprimento dos seus deveres ou possam colidir ou interferir na sua atividade enquanto profissionais da ULSM.”

Para além disso a ULSM publica periodicamente no Boletim Informativo (BI) esclarecimento pertinente para os colaboradores sobre esta matéria.

Agosto de 2011, BI nº 34, Acumulação de funções

“(…) relembra-se a todos os colaboradores da ULSM que acumulem atividade subordinada ou autónoma noutras Instituições devem comunicar ou solicitar a devida autorização para o efeito, consoante sejam titulares de relação jurídica de emprego privado ou público (...).”

Outubro de 2012, BI nº 38, Incompatibilidades e impedimentos – Profissionais do Serviço Nacional de Saúde

“(…) convém lembrar a todos os profissionais, publicando--se em anexo os Despachos do Exmo. Sr. Ministro da Saúde nº 725/2007 e 7921/2007, que estabelecem regras relativas ao exercício de funções dirigentes em entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde por profissionais de instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde. (...).”

Novembro de 2012, BI nº 41, Períodos de vigência dos regimes de acumulação de funções

“Com vista ao esclarecimento de dúvidas comuns relativamente a requerimentos de acumulação de funções públicas e privadas, designadamente quanto ao período de validade das autorizações, impõe-se divulgar as seguintes instruções: (...).”

Junho de 2014, BI nº 24, Acumulação de funções

*“No seguimento de nova recomendação sobre a matéria por parte da Inspeção Geral das Atividades em Saúde e das diretrizes pela mesma emitidas, relembra-se, reiterando a informação constante no BI nº 34/2011, a todos os colaboradores da ULSM que acumulem atividade subordinada ou autónoma noutras instituições, que têm a obrigação de comunicar ou solicitar autorização para o efeito, consoante sejam titulares, respetivamente, de **relação jurídica de emprego privado ou público**.*

Mais se informa que os profissionais que, de momento, já acumulam funções, mas não comunicaram ou solicitaram autorização atempadamente ao órgão dirigente máxima da Instituição dispõem de 60 (sessenta) dias após a publicação do presente BI para regularizar a situação, sendo que os casos que não vierem a ser regularizados, ou, de futuro, comunicados, estarão sujeitos, depois de averiguados os factos inerentes, às penas disciplinares cominadas na Lei.”

Fevereiro de 2016, BI nº10, Acumulação de funções

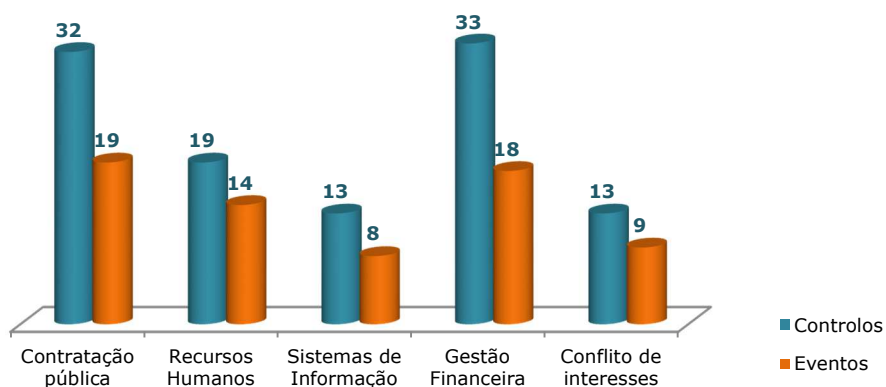
“Por se tratar de informação relevante e que importa lembrar periodicamente aos profissionais, no âmbito da política de gestão de conflito de interesses, reitera-se a informação constante do Boletim Informativo n.º 34/2011, de que todos os colaboradores da Unidade Local de Saúde de

Matosinhos que acumulem atividade subordinada ou autónoma noutras Instituições têm obrigação de comunicar ou solicitar a devida autorização para o efeito, consoante sejam titulares, respetivamente, de relação jurídica de emprego privado ou público.”

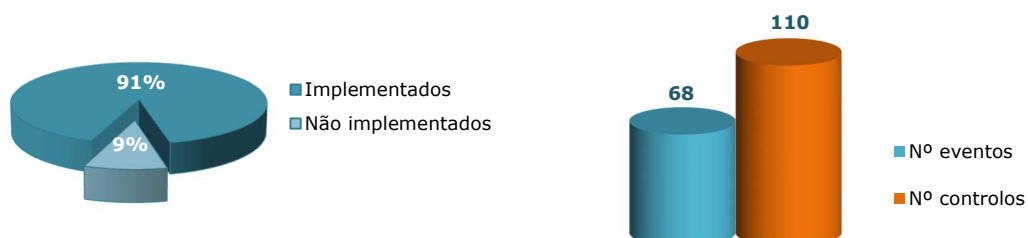
O Boletim Informativo é o meio de comunicação interno usado para a divulgação de determinações da gestão ao universo dos profissionais da Instituição.

Conclusão

O PRGCIC identifica na totalidade 68 eventos para os quais existem definidos 110 controlos, distribuídos pelas áreas previstas no plano, conforme se ilustra no gráfico a seguir apresentado.



Da análise efetuada ao grau de implementação das medidas definidas como sendo adequadas para mitigar os riscos associados aos 68 eventos, conclui-se que 91% dos mecanismos de controlo estão implementados pelos responsáveis das áreas respetivas. Refira-se que para cada evento foram desenhados, em média, 1, 62 controlos.



Conclui-se, ainda, que as ações não implementadas têm uma criticidade baixa e não comprometem o adequado controlo dos riscos associados aos eventos identificados no plano, isto porque os riscos estão mitigados por controlos adicionais.

O grau de implementação das medidas de controlo interno é satisfatório e para tal contribuiu, em larga medida, o facto de os responsáveis pelas respetivas áreas reconhecerem o plano de gestão de risco como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

Verificou-se que o grau de implementação dos mecanismos de controlo é satisfatório e após a monitorização efetuada, conclui-se que o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas está adequado aos riscos identificados.

No entanto, sendo a ULSM uma organizações dinâmica a atuar em ambientes dinâmicos, o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas deve ser revisto: anualmente, sempre que se verifiquem alterações na instituição e/ou no meio em que está inserida, desde que estas alterações provoquem novos eventos, sempre que se verifique que os riscos/controlos não estão devidamente avaliados e sempre que sejam identificadas oportunidades de melhoria.

ULS  MATOSINHOS EPE