



Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.



Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infracções Conexas

I M P L E M E N T A Ç Ã O E M 2 0 1 3

Comissão de Monitorização

Dr. João Correia
Dr. Ricardo Pereira
Dr. Fábio Rodrigues

Funchal
Maio de 2013



Ficha Técnica**Título**

Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infracções Conexas. Implementação em 2013.

Versão

Versão 1 (v.1)

Autoria

Comissão de Monitorização do Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infracções Conexas

Aprovação

Aprovado pelo Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., em 16 de Maio de 2013.

Revisão

Prevista para 31 de Dezembro de 2013

“(...) importa salientar ainda que a concretização dos Planos de Prevenção de Risco de Corrupção permitirá o respeito das recomendações das Organizações Internacionais nesta matéria, colocando Portugal na primeira linha deste combate.”

Conselho de Prevenção da Corrupção (2009)

Índice geral

1. Nota introdutória	1
2. O Plano: porquê e para quê?	2
2.1. O que é a corrupção?	2
2.2. Factores de risco.....	4
2.3. A corrupção em Portugal.....	4
2.4. O Conselho de Prevenção da Corrupção	5
3. A Comissão de Monitorização do PGRCIC.....	7
3.1. Breve apresentação	7
3.2. Competências	8
3.3. Mensagem	9
4. Caracterização geral do SESARAM, E.P.E.	11
5. Identificação das áreas de intervenção	14
6. Identificação das áreas de actividade	15
6.1. Direcção Clínica	15
6.2. Departamento de Recursos Humanos	17
6.3. Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos	18
6.3.1. Núcleo Jurídico e de Contencioso	19
6.3.2. Núcleo de Aprovisionamento	19
6.4. Departamento de Património e Hotelaria.....	20
6.5. Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação	21
6.6. Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística.....	22
6.7. Núcleo Farmacêutico.....	25
6.8. Núcleo de Gestão Financeira.....	26
6.9. Núcleo de Informática	27

6.10. Núcleo de Instalações e Equipamentos.....	29
6.11. Núcleo de Saúde Ocupacional.....	30
6.12. Serviço de Formação e Investigação	31
6.13. Núcleo de Alimentação	32
6.14. Secretaria-Geral.....	33
7. Medidas de minimização	35
8. Considerações finais	57
Anexos.....	58

Índice de figuras

Figura 1 – Organograma do SESARAM, E.P.E.	11
Figura 2 – Distribuição dos Centros de Saúde na Região Autónoma da Madeira	13

Índice de quadros

Quadro I – Unidades orgânicas do SESARAM, E.P.E., abrangidas pelo Plano.....	14
Quadro II – Medidas de minimização: Direcção Clínica.....	35
Quadro III – Medidas de minimização: Departamento de Recursos Humanos.....	36
Quadro IV – Medidas de minimização: Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos.....	38
Quadro V – Medidas de minimização: Departamento de Património e Hotelaria.....	42
Quadro VI – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação.....	44
Quadro VII – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística.....	44
Quadro VIII – Medidas de minimização: Núcleo Farmacêutico.....	47
Quadro IX – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão Financeira.....	49
Quadro X – Medidas de minimização: Núcleo de Informática.....	51
Quadro XI – Medidas de minimização: Núcleo de Instalações e Equipamentos.....	51
Quadro XII – Medidas de minimização: Núcleo de Saúde Ocupacional.....	53
Quadro XIII – Medidas de minimização: Serviço de Formação e Investigação.....	54
Quadro XIV – Medidas de minimização: Núcleo de Alimentação.....	55
Quadro XV – Medidas de minimização: Secretaria-Geral.....	55

Lista de siglas

CA	Conselho de Administração (do SESARAM, E.P.E.)
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
EAD	Exames auxiliares de diagnóstico
GRECO	Grupo de Estados do Conselho da Europa contra a Corrupção
HNM	Hospital Dr. Nélio Mendonça
PGRCIC	Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infracções Conexas
RAM.....	Região Autónoma da Madeira
SESARAM, E.P.E.....	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial
TI	Transparency International

1. Nota introdutória

Nas últimas décadas, a corrupção tem sido tema de extensiva análise e discussão. Na verdade, são inúmeros os organismos que abordam regularmente o fenómeno da corrupção, assumindo desta forma um papel preponderante na definição dos pontos mais delicados e na identificação e recomendação de medidas concretas, susceptíveis de abrir o caminho a uma sociedade verdadeiramente transparente.

No sector organizacional, cabe a cada estrutura estabelecer os seus próprios princípios e mecanismos de prevenção de situações efectivas de corrupção, salvaguardando valores e ideais que, por si só, definem a transparência. Advém, precisamente, dessa ordem de ideias a apresentação, nas páginas que se seguem, do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E..

Este plano deve ser visto, por conseguinte, como um instrumento de melhoria do serviço público prestado pela instituição, processo para o qual se deseja e espera a colaboração de todos os intervenientes.

2. O Plano: porquê e para quê?

A contextualização de um plano é, definitivamente, essencial para a sua boa execução. Torna-se necessário, pois, que todos os colaboradores do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) e utentes entendam, antes de mais, por que razões este plano existe e qual a sua derradeira finalidade.

2.1. O que é a corrupção?

Em sentido lato, a corrupção consiste no acto de corromper, isto é, de adulterar e danificar aquilo que é correcto (do ponto de vista legal). Cabem, nesta definição, imensos conceitos que são, na prática, acções contraditórias do que está estabelecido na lei, nas mais diversas actividades. Independentemente do tipo de corrupção que estejamos a falar, é certo que o fenómeno envolve sempre uma acção ou omissão, a prática de um acto lícito ou ilícito e/ou a contrapartida de uma vantagem indevida.

Por exemplo, o Princípio da Igualdade estabelecido pela Constituição da República Portuguesa pode ser encarado como um dos antagonismos da corrupção. E assim é porque a corrupção retrata aquilo que é contrário ao que se preconiza – que todos os cidadãos sejam *“iguais perante a lei”* e que ninguém possa ser *“privilegiado, beneficiado, prejudicado ou privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever”*, por aquilo que é (*“ascendência, sexo, raça, língua, território de origem”*), pensa ou crê (*“religião, convicções políticas ou ideológicas”*), sabe (*“instrução”*) e/ou possui (*“situação económica ou condição social”*).

As acções, activas ou passivas, que possam desvirtuar aquilo que a lei institui são sancionadas conforme o previsto no Código Penal Português, nomeadamente:

- a) **Corrupção passiva para ato ilícito** (*“o funcionário que por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, como contrapartida de acto ou de omissão contrários aos deveres do cargo”*), **punição com pena de prisão de 1 a 8 anos;**

- b) **Corrupção passiva para ato lícito** (“o funcionário que por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, como contrapartida de acto ou de omissão não contrários aos deveres do cargo”), **punição com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias;**
- c) **Corrupção activa** (“quem por si, ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial que ao funcionário não seja devida”, como contrapartida de acto ou de omissão contrários ou não contrários aos deveres do cargo), **punição com pena de prisão de 6 meses a 5 anos ou com pena de prisão de 6 meses ou pena de multa até 60 dias**, respectivamente.

São consideradas infracções conexas à corrupção as seguintes situações:

- a) **Abuso de poder**, verifica-se quando o colaborador abusa dos seus poderes e/ou viola os deveres próprios das suas funções, com o objectivo de prejudicar outra pessoa ou de obter, para si ou para outra pessoa, um qualquer benefício que seja ilegítimo (*vide* art.º 382.º do Código Penal);
- b) **Concussão**, situação que ocorre quando o colaborador recebe, para si, para outra pessoa ou mesmo para o Estado, através da indução em erro ou de aproveitamento do erro, numerários traduzidos em contribuições, taxas, emolumentos, multas ou coimas (*vide* art.º 379.º do Código Penal);
- c) **Participação económica em negócio**, circunstância em que o colaborador lesa os interesses patrimoniais da entidade patronal, para intencionalmente obter, para si ou para outra pessoa, participação económica que seja ilícita (*vide* art.º 377.º do Código Penal);
- d) **Peculato**, que significa a apropriação ilegítima de dinheiro ou de outro bem, para benefício seu ou de outra pessoa (*vide* art.º 375.º do Código Penal);
- e) **Suborno**, visível quando alguém persuade ou tenta persuadir outra pessoa, mediante dádivas ou promessas de vantagens (patrimoniais ou não), para prestar falsas declarações ou depoimentos em processos judiciais, ou prestar falsos testemunhos, perícias, interpretações ou traduções (*vide* art.º 363.º do Código Penal);

- f) **Tráfico de influência**, que é registado quando alguém, por si ou por outra pessoa com o seu consentimento, solicita ou aceita, para si ou para outra pessoa, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência junto de qualquer entidade (*vide* art.º 335.º do Código Penal).

2.2. Factores de risco

O fenómeno da corrupção é influenciado, positiva ou negativamente, por situações que nascem de múltiplos e entrelaçados factores de risco. Falamos, por exemplo, do estilo de liderança e de gestão, que para uma organização que funcione verdadeiramente como um todo, representa o ideal; por outras palavras, o exemplo a seguir. A idoneidade dos gestores e dos decisores é, por essa razão, a palavra-chave.

Outro factor de risco diz respeito à capacidade que a organização tem, ou não, para introspectivamente avaliar e medir a qualidade dos serviços que presta. Não só é fundamental no traçar do rumo da organização, corrigindo-o se necessário, para corresponder às expectativas de quem procura os seus serviços, mas também na definição das melhores metodologias de trabalho.

Na administração pública, a noção de *res publica* (“bem público”) deve ser interiorizada dentro de cada colaborador e respeitada, no mais ínfimo pormenor. A atitude de cada elemento da organização no seu quotidiano profissional é, por essa razão, outro dos factores de risco capazes de gerar ou eliminar riscos de corrupção.

Existem outros factores de risco, como a própria existência de diplomas legislativos pouco claros e que, por isso, possam originar interpretações contraditórias, mas julgamos que os exemplos atrás referidos serão, porventura, os mais influentes.

2.3. A corrupção em Portugal

Os mais recentes dados sobre o fenómeno da corrupção em Portugal não são animadores.

A *Transparency International* (TI) é uma organização não governamental presente em mais de 100 países, com sede em Berlim, que se dedica ao estudo da corrupção desde 1993.¹ No seu Índice de Corrupção (*Corruption Perceptions Index*) de 2011, a TI coloca Portugal no 32.º lugar numa lista composta por 183 países, ordenados pelo “menos corrupto” (Nova Zelândia) ao “mais corrupto” (Somália, em igualdade com a Coreia do Norte). O nosso país conseguiu uma classificação apenas razoável (6.1 em 10.0 pontos possíveis), igualando Botswana, país da África Austral. No contexto da União Europeia a 27, estamos no início da segunda metade da tabela.

Outro organismo internacional que procura estudar e eliminar a corrupção é o Grupo de Estados do Conselho da Europa contra a Corrupção (GRECO), ao qual Portugal pertence desde 2002.² No seu Relatório de Avaliação a Portugal (*Evaluation Report on Portugal on Incriminations*), produzido no fim de 2010, o GRECO revela dados disponibilizados pelas autoridades portuguesas sobre julgamentos relacionados com a corrupção no nosso país. Só no triénio 2007-2009, mais de 300 indivíduos foram considerados arguidos, dos quais (pelo menos) 178 foram efectivamente considerados culpados.

Muitos outros dados sobre a corrupção em Portugal poderiam ser aqui apresentados; os resultados seriam semelhantes e diriam, por outras palavras, aquilo que muitas organizações têm recomendado ao nosso país: urge adoptar medidas de prevenção.

2.4. O Conselho de Prevenção da Corrupção

A criação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) em 2008, através da Lei n.º 54/2008, pode ser entendida como uma medida central de luta contra a corrupção no nosso país. Trata-se, pois, de uma entidade independente, a funcionar junto do Tribunal de Contas, cuja actividade abraça a prevenção da corrupção, através de três principais vectores: a recolha e organização de informação; o acompanhamento da aplicação de medidas, com respectiva avaliação da eficácia das mesmas; e a produção de pareceres sobre medidas de prevenção.

Em Julho de 2009, o CPC recomendou (Recomendação do CPC, de 1 de Julho de 2009) a todos os organismos dotados de gestão de “*dinheiros, valores ou património públicos*”, como é

¹ Para mais informações, vide www.transparency.org.

² Para mais informações, vide www.coe.int/t/dghl/monitoring/greco.

o caso do SESARAM, E.P.E., a apresentação de um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas (PGRCIC).

Cumprindo com aquela Recomendação do CPC, o Conselho de Administração (CA) do SESARAM, E.P.E., deliberou unanimemente nomear, em 2 de Julho de 2012, uma nova Comissão de Monitorização do PGRCIC, com o principal objectivo de, até 31 de Dezembro de 2012, entregar uma proposta de revisão do actual PGRCIC.

3. A Comissão de Monitorização do PGRCIC

A Comissão de Monitorização do PGRCIC é composta pelo seu Presidente, Dr. João Correia, e pelos seus Vogais, Dr. Ricardo Pinto Pereira e Dr. Fábio Rodrigues.

3.1. Breve apresentação

João Nunes Correia, Presidente

João Nunes Correia, Técnico Superior, tem 33 anos e é Licenciado em Gestão pela Universidade da Madeira desde Julho de 2009. O seu percurso profissional no SESARAM, E.P.E., teve início em Novembro de 2009, quando iniciou funções de Técnico Superior no Departamento de Recursos Humanos. Anteriormente, desempenhava funções como Técnico de Contabilidade e de Gestor, no sector privado, desde 1999.

Neste momento, exerce funções de Técnico Superior no Departamento de Recursos Humanos na elaboração e controlo do orçamento anual daquela unidade, na participação em auditorias aos contratos de trabalho de direito privado, no projecto da criação das fichas de função a todos os trabalhadores do SESARAM, E.P.E., e elaboração dos mapas de horários de trabalho, na organização e verificação dos processos de atribuição de ajudas de custo e transporte e de trabalho extraordinário, no registo e verificação de todas as facturas de serviços requeridos pelo departamento, bem como outras actividades resultantes da gestão corrente do departamento (v.g. a análise na relação do custo/benefício na aquisição de bens, na contratação de pessoal e na mobilidade de pessoal) e de outros trabalhos técnicos pedidos pelo CA (v.g. auditorias; análises de custos de pessoal; etc.).

Ricardo Pinto Pereira, Vogal

Ricardo Pinto Pereira, Técnico Superior, tem 31 anos e é Licenciado em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra desde Janeiro de 2008. O seu percurso profissional no SESARAM, E.P.E., teve início em Abril de 2009, quando iniciou funções de Técnico Superior no Serviço Jurídico, em regime de estágio profissional.

Exerce funções de Técnico Superior no Núcleo Jurídico e de Contencioso, participando em Júris de Concursos Públicos de Aquisição de Bens e Serviços e Empreitadas de Obras Públicas, discussão e elaboração de regulamentos internos e circulares, protocolos/acordos de cooperação, pareceres jurídicos nas áreas de Direito Civil, Trabalho, Administrativo e Saúde, designadamente, sobre o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, o Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas, o Regime de Vinculação, de Carreiras e de Remunerações dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas, o Acesso a Documentos Administrativos, a Lei da Protecção de Dados, os Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, Instrução de processos de inquérito e disciplinares e Desenvolvimento do Procedimento da Qualidade para Cobrança de Dívidas Hospitalares (Contencioso).

Fábio Rodrigues, Vogal

Fábio Rodrigues, Técnico Superior, tem 29 anos e é Licenciado em Ciências da Educação pela Universidade da Madeira desde Junho de 2004. O seu percurso profissional no SESARAM, E.P.E., teve início em Abril de 2005, quando iniciou funções de Técnico Superior na Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, no Porto Santo. A sua polivalência possibilitou, desde cedo, a colaboração e participação activas em diversas áreas, como as de Gestão, Estatística, Recursos Humanos, Informática, Auditoria, Qualidade, Formação, entre outras. Foi responsável por projectos de Educação para a Saúde e pelo Secretariado da Direcção daquela Unidade de Saúde. Desempenha actualmente funções no Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação, onde colabora no controlo e análise da produção clínica, com destaque para o Contrato-Programa, desde Março de 2012.

O seu conhecimento da estrutura do SESARAM, E.P.E., advém sobretudo da experiência nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e no Projecto de Acreditação dos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM), do qual foi Auditor Interno.

3.2. Competências

A Comissão de Monitorização do PGRCIC do SESARAM, E.P.E., possui as seguintes competências:

- a) Coordenar e promover actividades de implementação do PGRCIC;
- b) Apresentar medidas e acções tendentes à prevenção da corrupção e infracções conexas, através:
 - i. Do acompanhamento da execução de medidas;
 - ii. Da elaboração de relatórios sobre a execução de medidas;
 - iii. Da orientação prestada aos responsáveis pela execução do plano.

No sentido de consagrar o acompanhamento da implementação das medidas, a Comissão de Monitorização avaliará periodicamente o grau de execução das mesmas. Para o efeito, foi aprovada a calendarização das actividades para o ano de 2013 (*vide* Anexo I). Os relatórios destas auditorias serão produzidos, preferencialmente, nas semanas imediatamente posteriores, sendo intenção da Comissão de Monitorização a divulgação das conclusões gerais dos relatórios e o envio do *feedback* aos respectivos responsáveis pela execução do plano, acompanhados das recomendações que se revelarem necessárias.

Já a execução das medidas caberá a cada departamento e/ou núcleo, sendo que qualquer situação anómala identificada deverá ser comunicada à Comissão de Monitorização, para que, em diálogo e discussão com os responsáveis, se proceda à respectiva adopção ou actualização de medidas.

3.3. Mensagem

Este documento pretende, em última instância, servir de manual de orientação para todas as unidades orgânicas chamadas a intervir e a executar as medidas de minimização dos riscos de corrupção e infracções conexas.

Estamos certos que o presente documento irá merecer a devida atenção e as suas medidas a respectiva aplicação. A Comissão de Monitorização agradece, desde já, a cooperação de todos os colaboradores do SESARAM, E.P.E., bem como dos seus utentes, aos quais deixa a certeza de estar totalmente empenhada nas suas funções.

O colaborador ou utente poderá contactar os elementos da Comissão de Monitorização através dos seguintes endereços de correio electrónico:

Dr. João Correia: joaocorreia@srs.pt;

Dr. Ricardo Pinto Pereira: ricardopp@srs.pt;

Dr. Fábio Rodrigues: fnmrodrigues@srs.pt.

Ressalvamos, ainda, que o PGRCIC está disponível para consulta no sítio electrónico do SESARAM, E.P.E., no seguinte endereço:

http://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=download&id=24430&chash=d79fc721b491c3753672a7539ae10869&nohtml=1&lang=pt

4. Caracterização geral do SESARAM, E.P.E.

O SESARAM, E.P.E., é precisamente uma entidade pública empresarial, criada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de Junho.³ A sua missão consiste na prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral, complementada com o desenvolvimento de actividades de investigação e formação, bem como garantir o apoio técnico e logístico ao desenvolvimento de programas de saúde na esfera regional.

O SESARAM, E.P.E., possui, como órgão máximo, o CA, que executa as funções de gestão e administração concedidas pelo decreto acima referido.

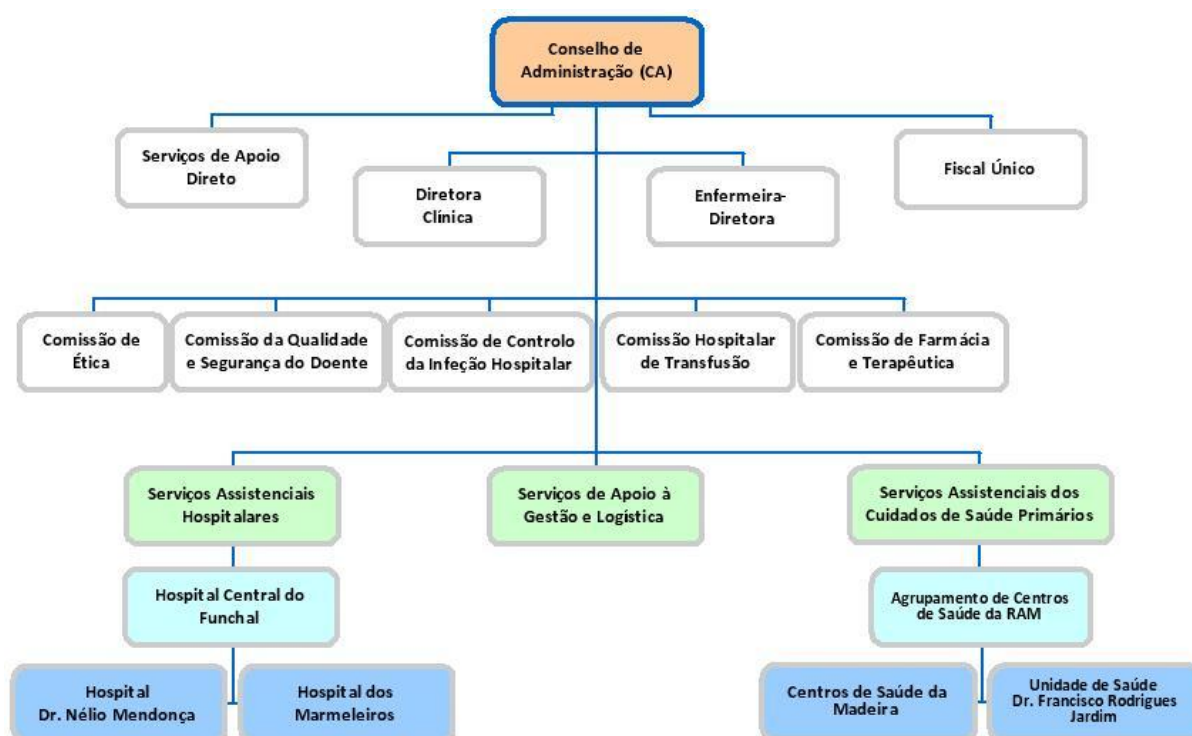


Figura 1 – Organograma do SESARAM, E.P.E.⁴

³ Altera o Decreto Legislativo Regional n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, que aprova o regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde, e altera o Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de Abril, que aprova o Estatuto do Sistema Regional de Saúde.

⁴ Organograma não oficial (à data de apresentação do plano, não fora ainda publicado o novo organograma que espelhasse as alterações introduzidas pelo novo Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., publicado em 26 de Setembro de 2012).

O CA é auxiliado por três entidades orgânicas: o(a) Director(a)-Clínico(a) e o(a) Enfermeiro(a)-Director(a), que constituem direcções técnicas e que, assim, regulam toda a actividade assistencial de todos os serviços, e o(a) Fiscal Único(a), que é responsável, precisamente, pela fiscalização.

O actual CA foi instituído em 27 de Dezembro de 2011, pela Resolução do Conselho do Governo Regional n.º 1646, cuja estrutura foi alterada pelo novo Regulamento Interno da instituição, publicado em 26 de Setembro de 2012. Assim, fazem parte do CA o Dr. Miguel Ferreira, na qualidade de Presidente, o Dr. Hugo Amaro, na qualidade de Vice-Presidente, e o Dr. Ricardo Manica, na qualidade de Vogal.

O SESARAM, E.P.E., possui apoio técnico de cinco comissões (de Ética; de Qualidade e Segurança do Doente; de Controlo da Infecção Hospitalar; Hospitalar de Transfusão; de Farmácia e Terapêutica), que são órgãos de carácter consultivo que colaboram com o CA em matérias que sejam da sua competência.

No âmbito da sua missão, o SESARAM, E.P.E., dispõe de diferentes categorias de serviços: assistenciais dos CSP; assistenciais hospitalares; de apoio à gestão e logística; e de apoio directo ao CA.

Os serviços assistenciais, cuja interligação é naturalmente necessária, estão estruturados do seguinte modo:

- a) Em matéria de CSP, existe apenas um agrupamento de centros de saúde, denominado Agrupamento de Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, que inclui, para além de todos os centros de saúde da ilha da Madeira, a Unidade de Saúde Dr. Francisco Rodrigues Jardim, na ilha do Porto Santo; a rede de CSP é garantida pela presença de 50 centros de saúde em todos os 11 concelhos da RAM, a saber: Calheta (8), Câmara de Lobos (6), Funchal (5), Machico (5), Ponta do Sol (3), Porto Moniz (5), Porto Santo (1), Ribeira Brava (4), Santa Cruz (4), Santana (6) e São Vicente (3).

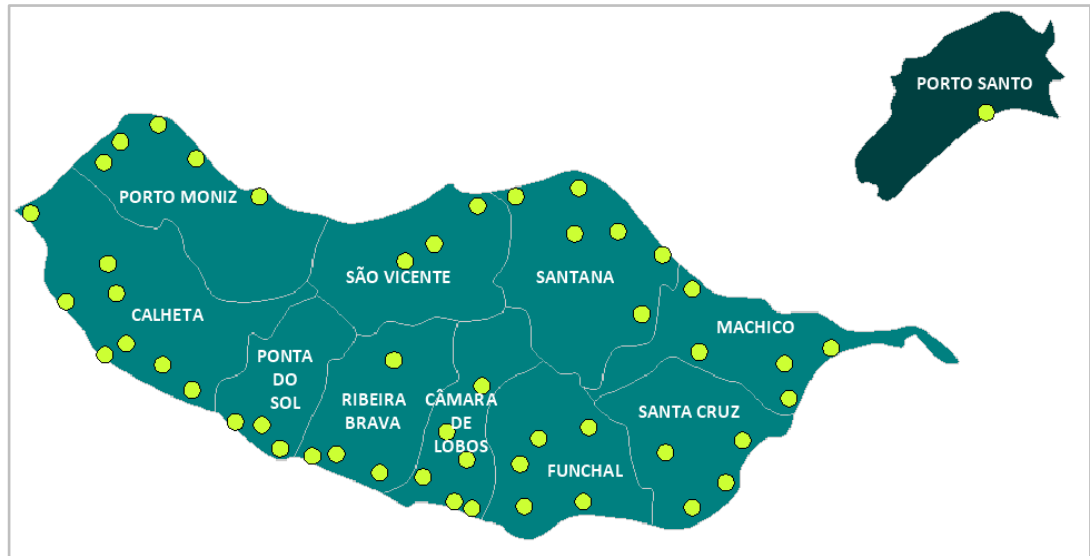


Figura 2 – Distribuição dos Centros de Saúde na Região Autónoma da Madeira

- b) No que diz respeito aos serviços assistenciais hospitalares, o Hospital Central do Funchal é a estrutura central, da qual fazem parte o Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) e o Hospital dos Marmeleiros.

O HNM foi inaugurado em Setembro de 1973 (na altura, designado como Hospital Cruz de Carvalho) e encontra-se praticamente no centro urbano do Funchal. É ali que se encontra a maioria das actividades dos serviços clínicos hospitalares e onde se situam também todos os serviços de apoio à gestão e logística.

5. Identificação das áreas de intervenção

Sublinha-se, antes de mais, que todos os colaboradores do SESARAM, E.P.E., sem excepção, devem respeitar os princípios deste plano. Isto significa que mesmo aqueles que, actualmente, não se encontrem a desempenhar funções nos departamentos e/ou núcleos ora identificados pela Comissão de Monitorização como mais sensíveis em matéria de riscos de corrupção e infracções conexas, estão obrigados a respeitar o rigor, a transparência e a exigência que o serviço público se lhes exige.

A identificação dos riscos de corrupção e infracções conexas e a respectiva adopção de medidas contidas neste plano nasceram das múltiplas reuniões entre os membros da Comissão de Monitorização e os directores de departamentos e coordenadores de núcleos envolvidos neste projecto.

A Comissão de Monitorização entende que, devido à natureza das suas actividades, devem ser abrangidos pelo plano as unidades orgânicas incluídas no quadro que se segue.

Quadro I – Unidades orgânicas do SESARAM, E.P.E., abrangidas pelo Plano

Departamento/Núcleo/Serviço	Serviço/Núcleo/Unidade integrado(a)
Direcção Clínica	• Todos os Serviços e Unidades, incluindo CSP (transversal)
Departamento de Recursos Humanos	• Unidade de Regimes e Carreiras
Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos	• Núcleo de Aprovisionamento • Núcleo Jurídico e de Contencioso
Departamento de Património e Hotelaria	• (transversal a todo o departamento)
Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo Farmacêutico	• Unidade de Produção e Distribuição
Núcleo de Gestão Financeira	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo de Informática	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo de Instalações e Equipamentos	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo de Saúde Ocupacional	• (transversal a todo o núcleo)
Serviço de Formação e Investigação	• (transversal a todo o núcleo)
Núcleo de Alimentação	• (transversal a todo o núcleo)
Secretaria-Geral	• (transversal a toda a Secretaria-Geral)

6. Identificação das áreas de actividade

6.1. Direcção Clínica

A direcção da produção clínica do SESARAM, E.P.E., compete ao seu responsável, o Director Clínico, cujas tarefas, segundo o Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., são de:

- a) Coordenar a elaboração dos planos de acção apresentados pelos vários serviços e unidades de acção médica a integrar no plano de acção global do SESARAM, E.P.E.;
- b) Assegurar uma integração adequada da actividade clínica dos serviços e unidades, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada;
- c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de acção médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis;
- d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o CA pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício;
- e) Propor ao CA a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas;
- f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde;
- g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de acção médica;
- h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à Comissão de Ética;
- i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respectivos responsáveis pelos serviços;
- j) Velar pela constante actualização do pessoal médico;
- k) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspectos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.

Considerando que compete ao Director Clínico a direcção da produção clínica do SESARAM, E.P.E., **todos os serviços assistenciais, hospitalares e não hospitalares, deverão ser considerados na execução das medidas de minimização dos riscos de corrupção e infracções conexas.**

É de referir, no entanto, que é intenção da Comissão de Monitorização avaliar os riscos de corrupção e infracções conexas por serviço clínico a curto prazo. Para o efeito, a Comissão pretende reunir com todos os responsáveis dos serviços clínicos a partir do início do segundo semestre de 2013, para definir estratégias de intervenção. A partir de Janeiro de 2014, a monitorização será, portanto, ainda mais específica no que diz respeito à área assistencial.

Os potenciais riscos de corrupção e infracções conexas na Direcção Clínica envolvem a **prescrição e o acesso aos cuidados de saúde.**

No que diz respeito à prescrição, entende a Comissão de Monitorização que o inadequado acondicionamento dos chamados “receituários” pode configurar um risco, na medida em que o fácil acesso aos mesmos poderá conduzir a situações verdadeiramente indesejáveis. Apenas o médico, no exercício das suas funções, poderá fazer uso da prescrição através destes formulários, com as devidas autenticações. A prescrição electrónica, que deverá ser uma realidade já em 2013, poderá contribuir para a eliminação parcial deste risco. No entanto, o recurso a esta nova metodologia não deixará de apresentar alguns desafios no que diz respeito a riscos de corrupção, que serão naturalmente considerados neste plano.

O acesso aos cuidados de saúde, que se deve pautar pela ética e transparência, seguindo as regras já estabelecidas nesta matéria, é outra das áreas identificadas. A Comissão de Monitorização encara esta questão como preponderante, porquanto se reconhece a necessidade de obedecer a determinados critérios e regras vigentes, sobretudo quando se fala do encaminhamento de doentes, independentemente do seu trajecto, entre instituições do SESARAM, E.P.E., e instituições privadas.

6.2. Departamento de Recursos Humanos

À luz do Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., o Departamento de Recursos Humanos, que integra a Unidade de Regimes e Carreiras, possui as seguintes competências:

- a) Participar na definição da política de recursos humanos do SESARAM, E.P.E., e assegurar a sua execução;
- b) Definir os procedimentos relativos à gestão e administração de recursos humanos;
- c) Garantir a correcta execução dos procedimentos relativos à atribuição de remunerações, suplementos, subsídios e demais abonos;
- d) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Os riscos de corrupção e infracções conexas identificados no Departamento de Recursos Humanos estão sobretudo relacionados com o **recrutamento**, a **gestão de horários e da assiduidade**, o **circuito de documentos**, as **informações dos colaboradores** e a **conduta dos colaboradores**.

O recrutamento de profissionais pode ser influenciado, positiva ou negativamente, pela existência de relações (de proximidade ou inimizade) entre os candidatos e os membros do júri. Assim sendo, o Departamento deve estar preparado para intervir em nome da imparcialidade, respeitando os procedimentos que, de resto, estão já previstos quando situações deste género ocorrem.

De acordo com estatísticas internas recentes, o SESARAM, E.P.E., possui cerca de 5.030 colaboradores. Ora, face a um volume desta magnitude, o Departamento de Recursos Humanos executa, mensalmente, um trabalho que é moroso e complexo, pois a aferição da assiduidade, com todas as verificações daí decorrentes, é feita de modo rudimentar (“manual”, se quisermos). E assim é por não existir nenhuma aplicação informática que facilite essa gestão. Apesar do reconhecimento que é devido ao trabalho do Departamento de Recursos Humanos nesta tarefa específica, a Comissão de Monitorização não hesita, pois, em definir a gestão de horários e da assiduidade como uma área prioritária em matéria de riscos de corrupção e infracções conexas, à qual se deve dar uma atenção especial.

É natural que, em virtude de um tão grande número de colaboradores, o circuito de documentos relacionados com a gestão de recursos humanos seja, igualmente, uma área

sensível. Trata-se, em muitos casos, de documentos importantes, cujo envio e recepção devem ocorrer com a máxima responsabilidade.

Outro dos riscos identificados no Departamento de Recursos Humanos envolve a recolha ou actualização de informações dos colaboradores, seja de foro pessoal ou profissional. Sobretudo se levarmos em consideração as consequências, positivas ou negativas, de determinados factos que se revelam determinantes ao nível da gestão dos recursos humanos. Desde informações pessoais (como o estado civil) a informações profissionais (como a obtenção de uma pós-graduação), é evidente a necessidade de comprovar a fidedignidade das informações recolhidas sobre os colaboradores.

Por fim, mas não menos importante, sublinhamos a conduta dos colaboradores como área susceptível de conter riscos, com especial enfoque na troca de favores para a simplificação do acesso aos cuidados de saúde – para os próprios ou para indivíduos com os quais os colaboradores possuem relação de proximidade. A acessibilidade dos cuidados de saúde possui regras próprias, que procuram, em última instância, garantir um acesso justo, isento e atento às prioridades, em função das necessidades dos utentes.

6.3. Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos

De acordo com o Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., compete ao Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos:

- a) Participar na definição da política de gestão de recursos materiais, no âmbito da aquisição de bens e serviços e realização de empreitadas e assegurar a sua execução, bem como armazenar e gerir os *stocks*;
- b) Coordenar o apoio jurídico do SESARAM, E.P.E.;
- c) Proceder à recolha e compilação da documentação necessária à instrução dos processos judiciais em que o SESARAM, E.P.E., seja parte;
- d) Preparar a documentação necessária à cobrança judicial das dívidas notificadas e não cobradas no prazo designado, em articulação com os núcleos de Gestão de Cobranças e Pré-facturação e de Gestão Financeira;
- e) Acompanhar a execução dos contratos de avença celebrados no âmbito da cobrança coerciva das dívidas emergentes da prestação de cuidados de saúde;

- f) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Não obstante o claro papel de responsabilidade do Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos, a Comissão de Monitorização entendeu atribuir, em profundidade, os riscos de corrupção e infracções conexas entretanto identificados aos núcleos dependentes deste Departamento, designadamente o Núcleo Jurídico e de Contencioso e o Núcleo de Aprovisionamento.

6.3.1. Núcleo Jurídico e de Contencioso

O único risco potencial de corrupção imputado ao Núcleo Jurídico e de Contencioso envolve os **processos de cobrança de dívidas**, cujo controlo precisa de ser melhorado, no sentido de salvaguardar a sua eficaz cobrança. Destacam-se, entre os processos, os episódios originados por acidentes, cuja responsabilidade financeira é assumida por entidades terceiras, isto é, por seguradoras ou entidades legalmente equivalentes (ao nível da responsabilidade financeira).

6.3.2. Núcleo de Aprovisionamento

Ao lidar com processos de contratação pública, que não raras vezes envolvem valores monetários avultados, o Núcleo de Aprovisionamento surge facilmente como uma das áreas mais delicadas deste plano. Ciente desse desafio, a Comissão de Monitorização privilegiou a actuação nesta área e, ao longo de 2013, fará uma avaliação cuidada da execução das medidas de minimização.

Os principais riscos identificados dizem respeito à **avaliação de necessidades**, ao **circuito de bens materiais** e, particularmente, aos **procedimentos contratuais**.

Uma organização com a dimensão do SESARAM, E.P.E., precisa de estar preparada para eventuais investimentos que se afigurem como fulcrais na actividade desta ou daquela unidade orgânica. A adaptação organizacional face à procura de cuidados de saúde, cada vez mais específica, pode ser fortemente facilitada pelo prévio levantamento de necessidades,

com a consequente avaliação e classificação das mesmas. Esse levantamento pode envolver riscos, na medida em que poderão originar investimentos desnecessários.

O circuito de bens materiais, associado à gestão de recursos materiais, abarca riscos de corrupção imputáveis ao Núcleo de Aprovisionamento. Num contexto de escassez, como a que vivemos actualmente, a gestão de recursos materiais necessita de um controlo ainda mais apertado, no sentido de garantir a ordem das prioridades estabelecidas.

Apesar da importância dos dois riscos atrás referidos, o procedimento contratual apela a um maior cuidado. Sobretudo por existirem riscos de corrupção não só nos momentos antecedentes ao contrato, mas também enquanto o contrato está em vigor. Garantir a transparência e a equidade nos procedimentos contratuais deve ser, efectivamente, a regra de ouro.

6.4. Departamento de Património e Hotelaria

O Departamento de Património e Hotelaria possui as seguintes competências:

- a) Promover a gestão do património do SESARAM, E.P.E., designadamente a sua inventariação, conservação, manutenção e abate;
- b) Participar na elaboração e monitorização do plano de investimentos, garantindo um adequado planeamento na aquisição de bens patrimoniais;
- c) Planear, orientar e executar as actividades de logística interna, nomeadamente, centrais telefónicas e portarias;
- d) Planear, orientar e executar as actividades hoteleiras do SESARAM, E.P.E.;
- e) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Face às competências acima descritas, os riscos de corrupção e infracções conexas identificados no Departamento de Património e Hotelaria cingem-se à **avaliação de necessidades**, aos **procedimentos contratuais** e à **gestão do património**.

A avaliação de necessidades é, como já referimos, importante no processo de preparação para eventuais investimentos considerados como cruciais.

Os procedimentos contratuais, com destaque para o acompanhamento da execução dos contratos, visa objectivamente a garantia do cumprimento dos termos negociados e dos princípios estabelecidos entre as partes. Na eventualidade de algo não corresponder ao que está estipulado, torna-se necessário, a bem da verdade, adoptar as medidas essenciais para solucionar as respectivas discrepâncias. Essa tarefa necessita, naturalmente, de decorrer em concordância com certas normas e procedimentos.

Como já referimos, o SESARAM, E.P.E., é efectivamente uma grande organização – a dimensão dos recursos humanos (cerca de 5.030 profissionais) e a dimensão dos recursos físicos (recordamos que o SESARAM, E.P.E., está presente em todos os concelhos da RAM) comprovam bem esse facto. Deste modo, deduz-se facilmente que o património da organização é imenso, o que justifica a identificação de potenciais riscos na gestão dos bens patrimoniais.

6.5. Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação

As competências do Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação estão assim estabelecidas:

- a) Coordenar o processo de cobrança de dívidas no âmbito das atribuições do SESARAM, E.P.E., em articulação com os núcleos de Gestão Financeira, de Gestão de Doentes e Estatística e Jurídico e de Contencioso;
- b) Promover a aplicação das regras de facturação previstas no contrato-programa em articulação com os demais serviços;
- c) Coordenar os procedimentos administrativos relativos aos doentes nacionais e estrangeiros segurados noutros estados membros da União Europeia que se encontram na Região Autónoma da Madeira em deslocação temporária ou destacados, bem como segurados de outros países com os quais Portugal mantém Acordos ou Convenções Bilaterais em matéria de segurança social e aos cidadãos nacionais deslocados nestes países;
- d) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Em função das suas competências, os principais riscos de corrupção associados ao Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação compreendem o **levantamento de despesas**

(consequentes de episódios motivados por acidentes ou agressões), o **fornecimento de informações** e a **facturação do Contrato-Programa**.

Quando a procura de cuidados de saúde surge na sequência de um acidente ou de agressão, o Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação prepara a informação passível de cobrança e encaminha para o Núcleo de Gestão Financeira, para se proceder à emissão de factura. A recolha dessa informação passa, geralmente, por diversas etapas e, eventualmente, por diferentes unidades orgânicas (hospitalares e não hospitalares). Desse modo, torna-se necessário eliminar eventuais riscos que, em qualquer momento deste processo, possam surgir, salvaguardando assim a integridade que se exige nestas circunstâncias.

Ao lidar com a informação clínica e não clínica do utente, a confidencialidade dos dados não pode, em momento algum, ser colocada em causa. Daí que o risco de fornecer informações a terceiros, sem a sua devida autorização, necessite igualmente de ser resguardado.

A facturação do Contrato-Programa é realizada pelo Núcleo de Gestão Financeira, baseada na informação sobre a produção clínica, transmitida mensalmente pelo Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação. A produção clínica, que é calculada através de aplicações informáticas que suportam as regras legalmente estabelecidas para o efeito, abarca toda a actividade assistencial do SESARAM, E.P.E., hospitalar e de cuidados de saúde primários. Atendendo ao volume de episódios, é impossível verificar, um a um, se a facturação obedece a tais regras. Desse modo, torna-se necessário criar as condições para, periodicamente, analisar a congruência das regras, minimizando o risco de imputar ao Contrato-Programa episódios que, na verdade, são facturáveis de outra forma.

6.6. Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística

De acordo com o Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., compete ao Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística:

- a) Participar na definição da política de apoio logístico ao doente e assegurar a sua execução;

- b) Garantir a correcta execução dos procedimentos administrativos referentes ao percurso do utente no âmbito das atribuições do SESARAM, E.P.E.;
- c) Dinamizar as actividades de encaminhamento e acolhimento de doentes, articulando-os com os demais serviços do SESARAM, E.P.E.;
- d) Planear, orientar e executar as actividades de logística interna, nomeadamente, casas mortuárias e central de espólio;
- e) Analisar e confirmar os valores em factura dos serviços assistenciais cobrados ao SEARAM, E.P.E., e monitorizar a evolução dos contratos celebrados entre o SESARAM, E.P.E., e as várias instituições no âmbito da prestação de serviços assistenciais;
- f) Garantir a organização e manutenção do sistema de arquivo clínico;
- g) Garantir a produção estatística do SESARAM, E.P.E., e o tratamento de toda a informação, assim como a elaboração e produção dos respectivos mapas;
- h) Assegurar a gestão do gabinete de atendimento e apoio ao utente e a gestão das reclamações;
- i) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Tendo por base a actividade do Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística, foram apontadas como áreas sensíveis em matéria de riscos de corrupção e infracções conexas as seguintes: a **identificação das entidades financeiras responsáveis** pelos episódios, a **gestão das listas de espera**, o **pagamento de taxas moderadoras**, a **atribuição de isenções** face à situação económica, a **facturação do transporte de doentes**, o **fornecimento de informações**, a **acessibilidade à Unidade de Cuidados Continuados (UCC)**, o **encaminhamento de doentes** e a consequente **gestão de pagamentos** e, por fim, o **circuito e gestão de documentos**.

Ao atribuir a entidade financeira responsável pelo episódio, aquando da admissão do utente, devem ser respeitadas normas e procedimentos que conduzam à eficaz cobrança do mesmo. Na verdade, a noção de cuidados de saúde gratuitos não pode ser confundida com a ausência (e/ou deficiência) da atribuição da responsabilidade financeira de um episódio.

As listas de espera devem também obedecer a determinados critérios, cujo objectivo primário passe por garantir um acesso movido pela transparência, em função das necessidades clínicas dos utentes e das prioridades daí decorrentes.

Outra das áreas encaradas como delicadas corresponde ao pagamento de taxas moderadoras, que não só deve respeitar determinadas normas e procedimentos, mas também

aferir da veracidade das informações fornecidas no momento da admissão, sobretudo as de natureza fiscal.

A atribuição da isenção de pagamento decorrente da prestação de cuidados de saúde, intimamente relacionada com o pagamento de taxas moderadoras (e não só), terá que observar os preceitos em vigor na instituição, bem como medir a autenticidade da informação prestada pelo utente.

O SESARAM, E.P.E., faculta o transporte de doentes que, devido à escassez de recursos, necessitam de apoio para a sua deslocação. Nesse sentido, a facturação destes serviços precisa de ser controlada, de modo a minimizar o risco de despesas desnecessárias e não fundamentadas.

A questão do fornecimento de informações sobre os utentes, sem a devida autorização dos mesmos, foi já abordada anteriormente. A salvaguarda da confidencialidade dos dados deve ser prática comum de todos os colaboradores da instituição com acesso a informação sigilosa.

Como toda a acessibilidade aos cuidados de saúde, o acesso à Unidade de Cuidados Continuados deve ser transparente, criterioso e respeitador das prioridades entretanto definidas pelos vários intervenientes que detêm o poder de decisão. A idoneidade é, portanto, a palavra-chave nesta matéria e deverá ser mantida sob qualquer influência ou pressão.

A oferta de cuidados de saúde disponibilizada pelo SESARAM, E.P.E., é ampla e cobre, quase por completo, as necessidades clínicas dos seus utentes. No entanto, a procura é, por vezes, de tal forma específica que não existem meios técnicos e humanos para providenciar cuidados de saúde em determinadas patologias. Quando tal se observa, os utentes são encaminhados para outras unidades de saúde, sendo evidentemente necessário gerir esse processo de forma cuidada, a fim de se evitar prejuízo do utente e/ou institucional.

Por fim, a gestão e circuito de documentos contempla riscos de corrupção e infracções conexas que derivam do acesso a toda a documentação. Ao limitar o acesso físico a esta documentação a quem de direito, nomeadamente aos profissionais que autenticam a prestação de cuidados de saúde, diminui-se o risco de desvio ou adulteração de documentos.

6.7. Núcleo Farmacêutico

O Núcleo Farmacêutico, do qual faz parte a Unidade de Produção e Distribuição, possui as seguintes competências:

- a) Participar na definição da política da gestão do medicamento do SESARAM, E.P.E., e assegurar a sua execução;
- b) Assumir a responsabilidade técnica da aquisição e gestão de *stocks* de medicamentos e produtos farmacêuticos, bem como garantir a sua correcta conservação;
- c) Garantir a distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos aos diferentes serviços do SESARAM, E.P.E.;
- d) Promover a dispensa de medicamentos a utentes em regime de ambulatório para as patologias e situações legalmente previstas ou devidamente autorizadas;
- e) Efectuar a formulação, preparação e controlo de fórmulas galénicas estéreis, não estéreis, citotóxicos e misturas intravenosas para nutrição parentérica;
- f) Participar em acções de investigação clínica com medicamentos;
- g) Promover o desenvolvimento de actividades de farmácia clínica;
- h) Dinamizar a organização do centro de informação de medicamentos dos serviços farmacêuticos;
- i) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Os principais riscos de corrupção e infracções conexas identificados no Núcleo Farmacêutico dizem respeito à **avaliação de necessidades**, aos **procedimentos contratuais** e à **gestão de material farmacêutico**.

Uma vez mais, a avaliação de necessidades surge como área envolvendo potenciais riscos, tendo em conta que poderão estar em causa investimentos que não sejam efectivamente necessários.

Os procedimentos contratuais são preponderantes em todos os sentidos, pelo que se deve considerar um conjunto de diferentes aspectos, desde a planificação à execução. Ao respeitar na íntegra esta ideia, minimizam-se alguns riscos que possam ocorrer nos procedimentos e maximiza-se o nível de preparação, para possíveis adaptações entre as partes que assumem os contratos.

O acompanhamento da execução dos contratos não é exclusivo de uma só unidade orgânica do SESARAM, E.P.E.. Como vimos, o Núcleo de Aprovisionamento e o Departamento de Património e Hotelaria possuem deveres nessa matéria, ocupando-se dos contratos que lhes dizem respeito. O Núcleo Farmacêutico junta-se a estas duas unidades orgânicas nessa missão, responsabilizando-se naturalmente pelos contratos do seu domínio. Como atrás referimos, o acompanhamento da execução dos contratos reveste-se de uma inegável importância, na medida em que procura garantir o cumprimento dos termos negociados e dos princípios estabelecidos entre as partes.

Por fim, o último potencial risco identificado na actividade do Núcleo Farmacêutico diz respeito à gestão de material farmacêutico. Torna-se assim necessário garantir que determinados produtos, considerados valiosos, não são desviados da sua derradeira finalidade.

6.8. Núcleo de Gestão Financeira

Ao Núcleo de Gestão Financeira compete:

- a) Participar na definição da política de gestão financeira do SESARAM, E.P.E., e assegurar a sua execução;
- b) Preparar e monitorizar o contrato-programa, os projectos do plano de investimento e o relatório de actividades, assim como elaborar o orçamento e as contas do SESARAM, E.P.E., em colaboração com os directores de departamento ou de serviço;
- c) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Os principais riscos de corrupção e infracções conexas associados ao Núcleo de Gestão Financeira correspondem ao **pagamento de verbas, gestão de saldos dos clientes, a facturação, os fundos de maneio e os juros de mora.**

O pagamento de verbas deve ser criterioso e dependente de um conjunto de normas, que defina o eficaz pagamento e minimize a ocorrência de pagamentos indevidos ou não programados. A gestão de fundos públicos obriga a aplicar um controlo minucioso no que diz respeito a pagamento de verbas, no sentido de rentabilizar os recursos disponíveis.

Devido à escassez de recursos, o controlo e a gestão de saldos dos clientes do SESARAM, E.P.E., reveste-se de grande importância, uma vez que é factor determinante da receita da organização. Os preceitos legais obrigam a cumprir determinados procedimentos, com o paralelo cumprimento dos prazos previstos. A prescrição das dívidas dos clientes pode, assim, constituir um risco de corrupção, pelo que importa atribuir uma especial atenção a esta matéria.

Devido à dimensão do SESARAM, E.P.E., a facturação não é uma tarefa exclusiva do Núcleo de Gestão Financeira. O mesmo será dizer que outras unidades orgânicas são chamadas a participar nesta tarefa, como é o caso do Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação. A interligação entre os núcleos é, deste modo, necessária e indispensável para alcançar um correcto registo da facturação, sob o risco de não abarcar todos os itens facturáveis. Ao passar por diversas fases de tratamento, a facturação representa um potencial risco de corrupção que deve, obviamente, ser minorado.

Não obstante a eliminação recente de grande parte dos fundos de maneiio da instituição, o Núcleo de Gestão Financeira deve salvaguardar a eficiente gestão dos que ainda existem. O desvio de verbas, por mais ínfimas que sejam, é um comportamento grave e em nada condizente com a ética do serviço público, idealmente moderado pela transparência.

Por fim, os juros de mora envolvem um potencial risco de corrupção, em função do controlo contabilístico que se faz desses valores. Esta questão não se aplica apenas a facturas emitidas pela instituição, mas também as que são apresentadas por fornecedores.

6.9. Núcleo de Informática

Estão definidas, para o Núcleo de Informática, as competências que se seguem:

- a) Apresentar propostas de sua iniciativa, ou a pedido, no sentido de obtenção do desenvolvimento integrado das aplicações informáticas, dos equipamentos e das infra-estruturas de comunicação, no sentido de maximizar os recursos existentes ou a criar;
- b) Prestar assistência às redes informáticas e aos equipamentos instalados, sempre que necessário;

- c) Projectar ou acompanhar a elaboração e a implementação de projectos de infra-estruturas de equipamentos informáticos;
- d) Produzir aplicações informáticas, ou promover a sua actualização, sempre que tal lhe seja solicitado e compatível com a sua capacidade;
- e) Contribuir para o desenvolvimento e para a adesão de todo o pessoal do SESARAM, E.P.E., à metodologia do tratamento automatizado da informação médica, de enfermagem e de gestão;
- f) Promoção de sistemas de segurança e salvaguarda de toda a informação baseada em sistemas de informáticos no SESARAM, E.P.E.;
- g) Gerir o sistema de telecomunicações do SESARAM, E.P.E.;
- h) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Em função das competências acima descritas, foram identificados riscos de corrupção e infracções conexas relacionados com a **gestão de material**, o **fornecimento de informações**, a **utilização de aplicações informáticas** e a **segurança informática**.

A distribuição dispersa do material informático, argumentada com a presença institucional em todos os concelhos da RAM, obriga a um controlo de gestão e inventariação desses equipamentos. A ausência ou deficiência deste controlo poderá originar a oportunidade ilícita de desvio de material informático.

Apesar da sua transversalidade a toda a instituição, existem áreas em que o acesso a informações pessoais e clínicas dos utentes é mais sensível. No caso do Núcleo de Informática, que possui acesso a estas informações a todos os níveis, a protecção dos dados é extremamente importante, pelo que se deve salvaguardar a ausência do fornecimento de dados sem a devida autorização.

Existem, na instituição, aplicações informáticas com acessos diferenciados, consoante as funções e os grupos profissionais. O acesso a estas aplicações acarreta alguns riscos, na medida em que é possível usurpar os direitos de acesso nas mais variadas formas. Importa, por isso, acautelar e fazer corresponder eficazmente as aplicações ao colaborador devidamente autenticado.

A protecção dos dados dos utentes é uma função básica e, na chamada “sociedade da informação”, com a evolução contínua das tecnologias de informação, torna-se evidente que a segurança informática deve ser reforçada e, eventualmente, repensada à medida que certos

problemas ocorrem. O acesso remoto (isto é, o acesso a um computador através de outro, utilizando o endereço IP) é um mecanismo que inclui riscos evidentes de segurança, sobretudo se levarmos em conta que é possível ter acesso a dados, seja qual for a sua natureza, através de sítios da *Internet* especializados para o efeito.

6.10. Núcleo de Instalações e Equipamentos

O Regulamento Interno do SESARAM, E.P.E., concede ao Núcleo de Instalações e Equipamentos as competências abaixo descritas:

- a) Participar na definição da política respeitante às instalações e equipamentos do SESARAM, E.P.E., e assegurar a sua execução;
- b) Programar, executar e acompanhar as empreitadas de obras públicas que lhe sejam cometidas, bem como elaborar os elementos da solução da obra;
- c) Elaborar as especificações técnicas dos cadernos de encargos de procedimento de contratação de equipamentos;
- d) Gerir a frota automóvel afecta ao SESARAM, E.P.E.;
- e) Monitorizar a execução dos contratos de manutenção e assistência técnica, propondo a sua celebração ou renovação;
- f) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Os riscos de corrupção e infracções conexas reconhecidos no Núcleo de Instalações e Equipamentos abrangem as seguintes áreas: a **elaboração dos projectos**, os **procedimentos concursais**, a **alteração dos contratos**, a **gestão da frota automóvel** e a **manutenção de infra-estruturas**.

Na medida em que alguns projectos envolvem valores avultados, é por demais notória a necessidade de executar uma eficaz planificação dos mesmos, à luz do que está estabelecido no Código dos Contratos Públicos (CCP) e de acordo com as necessidades identificadas.

Os procedimentos concursais devem respeitar os princípios fundamentais do CCP: a transparência, a igualdade e a concorrência. O risco de corrupção surge quando, pelo menos, um destes três pilares é colocado em causa.

Por vezes, é admissível que, no decorrer da execução do contrato, o mesmo tenha que ser alterado em virtude de novas necessidades entretanto surgidas. Estas alterações carecem de devida fundamentação, de forma a minimizar o risco de corrupção e em cumprimento com o princípio da transparência.

Uma das áreas igualmente delicadas consiste na gestão da frota automóvel, cuja despesa de utilização e manutenção é considerável. O desvio nas rotas afigura-se como o principal risco, à semelhança do desvio de material destinado à manutenção da frota.

Por último, mas igualmente importante, surge a possibilidade de, no acto de manutenção das infra-estruturas da instituição, ocorrerem desvios de material. Por conseguinte, há que respeitar a noção de “bem público”, adoptando as medidas que se revelarem necessárias a fim de manter a ausência de comportamentos contraditórios a esse conceito.

6.11. Núcleo de Saúde Ocupacional

Resumem-se, assim, as competências do Núcleo de Saúde Ocupacional:

- a) Promover a saúde nos locais de trabalho e a prevenção de acidentes e incidentes de trabalho e de doenças profissionais, tendo por base a identificação e avaliação dos riscos profissionais nos vários locais de trabalho;
- b) Registar e acompanhar os acidentes em serviço;
- c) Estabelecer e promover a manutenção das condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores;
- d) Identificar e avaliar as situações de risco nos diferentes locais de trabalho, através da vigilância do ambiente e das práticas de trabalho que podem afectar os profissionais;
- e) Fornecer informação aos serviços sobre a organização e o planeamento de trabalho, incluindo o desenho dos locais de trabalho, a avaliação e escolha do equipamento e as substâncias utilizadas;
- f) Promover o aconselhamento, treino, informação e educação sobre saúde ocupacional, segurança e higiene aos trabalhadores do SESARAM, E.P.E.;
- g) Efectuar a avaliação clínica periódica, de acordo com a lei em vigor, com a finalidade de garantir a aptidão do profissional para o desenvolvimento das suas funções;

- h) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

Em função das competências referidas, consideram-se como áreas que representam riscos de corrupção e infracções conexas atribuídas ao Núcleo de Saúde Ocupacional as seguintes: o **encaminhamento de doentes** e a **avaliação da aptidão profissional**.

Após a consulta no Núcleo de Saúde Ocupacional, poderá surgir a necessidade de recurso a outras especialidades clínicas para confirmação de diagnóstico e eventual tratamento. Esse encaminhamento não se encontra devidamente institucionalizado, com regras e procedimentos próprios, o que poderá permitir um indevido encaminhamento dos utentes/colaboradores.

A segunda área identificada como passível de conter riscos de corrupção corresponde à avaliação da aptidão profissional, acto que deve ser imparcial e isento de pressões, independentemente do seu cariz.

6.12. Serviço de Formação e Investigação

O Serviço de Formação e Investigação executa o seu trabalho em função das suas competências, nomeadamente:

- a) Planificar a estratégia de formação e diferenciação dos recursos humanos da instituição em todas as áreas, designadamente médica e de enfermagem, e assegurar a sua execução;
- b) Desenvolver a formação ligada à investigação e inovação aplicadas à saúde e promover o seu desenvolvimento científico e tecnológico;
- c) Supervisionar o centro de simulação clínica do SESARAM, E.P.E.;
- d) Facilitar o acesso aos profissionais da instituição a novas formas de conhecimento e aprendizagem e promover a melhoria da aquisição de competências na área clínica e não clínica;
- e) Estimular a participação dos profissionais nas acções de formação e ainda em reuniões regionais, nacionais e internacionais;

- f) Organizar os dossiers pedagógicos de cada acção de formação e procurar que os mesmos sejam certificados pelas sociedades científicas envolvidas, de forma a facilitar o apoio financeiro comunitário;
- g) Organizar a actividade relacionada com o ensino pré-graduado, pós-graduado e contínuo, em articulação designadamente com o internato médico;
- h) Organizar e coordenar as actividades de investigação no âmbito das Ciências da Saúde, no que diz respeito à formação de grupos de investigação e à realização de ensaios clínicos;
- i) Gerir as bibliotecas da instituição;
- j) Outras competências que lhe sejam cometidas pelo CA.

O Serviço de Formação e Investigação possui, como áreas de riscos de corrupção e infracções conexas, as **necessidades de formação**, a **designação dos formadores/formandos** e os **certificados de formação**.

Tendo em conta o panorama financeiro e económico em que vivemos, o investimento em formação terá que ser fundamentado em função das reais necessidades das unidades orgânicas, de modo a prevenir eventuais custos em acções de formação que não justifiquem o investimento.

A designação dos formadores e dos formandos é outra área que envolve riscos, na medida em que se deve manter a imparcialidade e transparência na selecção dos mesmos. Do mesmo modo, torna-se evidente que é preciso respeitar o princípio de abrangência, de forma a potenciar equitativamente os profissionais que fazem parte das diferentes unidades orgânicas.

A emissão e a recepção dos certificados de formação, que possuem valor no que diz respeito ao enriquecimento curricular, são processos que devem ser controlados de forma a evitar a certificação indevida, ou mesmo o desvio destes documentos.

6.13. Núcleo de Alimentação

Estão reservadas, para o Núcleo de Alimentação, as seguintes competências:

- a) Fornecer uma alimentação nos horários estabelecidos, adequada às necessidades energéticas, nutricionais e dietéticas dos doentes;
- b) Assegurar que a alimentação fornecida seja adaptada quer em quantidade quer em qualidade;
- c) Garantir uma alimentação nas melhores condições higiénicas e sanitárias, através do controlo de pontos críticos (princípios do H.A.C.C.P.);
- d) Assegurar um planeamento, organização, direcção e controlo das actividades de modo a maximizar a gestão;
- e) Outras competências que lhe forem cometidas pelo CA.

O único risco de corrupção e infracções conexas que nos apraz aqui referir está associado à **gestão e controlo de produtos alimentares**. A qualidade e a quantidade devem ser monitorizadas sempre que se observe a entrada de produtos alimentares, facilitando assim um melhor controlo e racionamento dos mesmos.

6.14. Secretaria-Geral

À Secretaria-Geral compete assegurar a execução do expediente geral e gerir a reprografia e o arquivo geral da instituição.

Por conseguinte, os riscos de corrupção e infracções conexas identificados na Secretaria-Geral estão relacionados com a **confidencialidade dos documentos**, o **arquivo**, a **distinção de documentos e a gestão de prazos** e a **gestão dos acessos**.

Relativamente à confidencialidade dos documentos, o risco de aceder a informações sigilosas e de, conseqüentemente, divulgar as mesmas deve ser considerado como ponto sensível de intervenção da Secretaria-Geral. O argumento por detrás deste compromisso consiste na existência de dois importantes factores: a distribuição de documentos e a gestão do arquivo destes, cuja responsabilidade está actualmente atribuída a uma entidade externa.

Ainda em relação à gestão do arquivo, é preciso salientar que o desconhecimento da forma como é realizada essa tarefa dificulta a percepção de como é gerida a informação, do seu acondicionamento e da organização da mesma. Na eventualidade de essa ligação

contratual se extinguir, este desconhecimento poderá originar problemas de cariz funcional, mas também de problemas inerentes à confidencialidade dos dados.

A distinção entre documentos (internos ou externos) é essencial para o cumprimento dos prazos e de outras especificidades exigidas pelos próprios documentos. O mesmo será dizer que a não distinção poderá causar situações lesivas para a instituição, independentemente da sua natureza.

Por último, a salvaguarda de informação sigilosa deve ser entendida como um dos pontos mais cruciais. Nesse sentido, a gestão e o circuito de documentos deve ser cuidada, privilegiando acessos diferenciados à aplicação informática e sistemas de controlo.

7. Medidas de minimização

No capítulo anterior, identificámos áreas funcionais consideradas delicadas e discutimos as razões da sua integração no plano. Assim, podemos agora abordar as medidas práticas a implementar por cada unidade orgânica, a fim de minimizar o risco de corrupção e infracções conexas. Ressalvamos que os riscos identificados estão enumerados (“- R1 -”) e classificados de acordo com a probabilidade da sua ocorrência.

Quadro II – Medidas de minimização: Direcção Clínica

DIRECÇÃO CLÍNICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infracções conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todos os serviços clínicos (hospitalares e não hospitalares)	Prescrição médica	- R1 - Inadequado acondicionamento da prescrição médica	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de Protocolos; • Monitorização pela Comissão Farmácia e Terapêutica (CFT); • Implementação das Normas e Orientações Clínicas (NOCs); • Auditorias externas (pela Direcção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos); • Implementação da prescrição electrónica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a)-Clínico(a); • Directores de serviço clínico.
	Prescrição electrónica	- R2 - Acesso indevido à prescrição electrónica	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um sistema de autenticação, para além do natural sistema de acesso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a)-Clínico(a)
	Acesso aos cuidados de saúde	- R3 - Inadequado encaminhamento de doentes para outras Instituições de Saúde, Públicas ou Privadas	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do Regulamento de encaminhamento de doentes; • Criação/disponibilização de um panfleto informativo sobre as valências e potencialidades do SESARAM, traduzido em várias línguas (inglês, francês e alemão, pelo menos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a)-Clínico(a); • Directores de serviço clínico.

(continuação do quadro anterior)

DIRECÇÃO CLÍNICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todos os serviços clínicos (hospitalares e não hospitalares)	Acesso aos cuidados de saúde	- R4 - Acesso aos cuidados de saúde de utentes com origem em instituições privadas (consultas, EADs e prescrição)	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação/implementação de Manual de Admissão do Doente no SU; • Auditoria e avaliação periódica aos tempos de espera dos utentes; • Realização de consulta hospitalar mediante apresentação de credencial dos serviços clínicos do SESARAM, E.P.E. (incluindo Cuidados de Saúde Primários), com a devida fundamentação clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a)-Clínico(a); • Directores de serviço clínico.

Quadro III – Medidas de minimização: Departamento de Recursos Humanos

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Departamento, incluindo a Unidade de Regimes e Carreiras	Recrutamento	- R5 - Intervenção no procedimento de recrutamento de elementos do júri com relações de proximidade ou inimizade com os candidatos	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação das normas do CPA; • Implementação da declaração de inexistência de incompatibilidades e/ou impedimentos; • Elaboração de registo geral de incidentes com profissionais; • Identificação de relações de proximidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) de Departamento
		- R6 - Tráfico de influência nos processos de cooperação e estágios profissionais	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Obediência dos objectivos correspondentes à portaria que regula os estágios profissionais/voluntários. 	

(continuação do quadro anterior)

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Departamento, incluindo a Unidade de Regimes e Carreiras	Gestão de horários e da assiduidade	- R7 - Utilização excessiva de recurso a prestação de trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um sistema informático especializado para a gestão de horários; • Sistema electrónico de controlo da assiduidade, com ligação ao sistema informático especializado para a gestão de horários; • Elaboração de orientações no sentido de não ser utilizado o recurso a trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços; • Efectiva responsabilização dos respectivos dirigentes pela rentabilização dos recursos humanos afectos às suas unidades orgânicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) de Departamento
		- R8 - Ineficaz controlo da assiduidade e consequente sobreposição de horários (período normal; horário em regime extraordinário; horário em regime de prevenção)	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de um sistema informático especializado para a gestão de horários; • Sistema electrónico de controlo da assiduidade. 	
	Circuito de documentos	- R9 - Deficiente circuito e extravio de documentos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de circuito electrónico/informático de documentos, através da digitalização e envio dos mesmos, com avisos de recepção e leitura. 	
	Informações dos colaboradores	- R10 - Preenchimento da ficha de funcionário sem evidência de documentos que suportam as informações	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de auditorias periódicas das fichas de funcionário, evidenciando a existência ou não dos documentos necessários; • Adopção de medidas correctivas decorrentes da análise das auditorias. 	
	Conduta dos colaboradores	- R11 - Influência dos profissionais do SESARAM, E.P.E., para facilitar o acesso a cuidados de saúde a familiares directos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma linha de atendimento preferencial para os colaboradores do SESARAM, E.P.E. e familiares directos; • Implementação de normas e procedimentos para evitar trocas de favorecimento. 	

Quadro IV – Medidas de minimização: Departamento de Aprovisionamento e Assuntos Jurídicos

DEPARTAMENTO DE APROVISIONAMENTO E ASSUNTOS JURÍDICOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Núcleo Jurídico e de Contencioso	Processos de cobrança de dívidas	- R12 - Deficiente controlo dos processos de cobrança de dívidas	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução de mecanismos de controlo interno (Manual de Cobrança de Dívidas); • Criação de uma base de dados com entradas nos Serviços de Urgência (CSP incluídos) para melhor monitorização dos prazos; • Elaboração e implementação de uma Carta de Responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) de Departamento; • Coordenador(a) de Núcleo.
		- R13 - Inexistência, ou existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do planeamento e avaliação de necessidades; • Aprovação do Plano de Compras; • Aprovação do Plano de Investimentos. 	
Núcleo de Aprovisionamento	Circuito de bens materiais	- R14 - Desvio ou deficiente circuito dos materiais para os serviços requerentes	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma guia de transporte, com registo de assinaturas de envio e recepção. 	
		- R15 - Recepção involuntária de materiais não requisitados (quantidade ultrapassada)	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Registo ou devolução das quantidades em excesso. 	
	Procedimentos contratuais	- R16 - Deficiente planeamento dos procedimentos a abrir, obstando a que sejam assegurados prazos razoáveis	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação do Plano de Compras; • Emissão de pedidos de compra para o ano seguinte até à data limite de 31-Out. 	
- R17 - Inexistência ou existência de um sistema de controlo interno deficiente, destinado a verificar os procedimentos pré-contratuais		Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoria interna periódica a todos os processos, antes do respectivo envio para o CA; • Melhoria do sistema de controlo interno dos procedimentos pré-contratuais. 		

(continuação do quadro anterior)

DEPARTAMENTO DE APROVISIONAMENTO E ASSUNTOS JURÍDICOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Núcleo de Aprovisionamento	Procedimentos contratuais	- R18 - Fundamentação insuficiente do recurso ao ajuste directo, quando baseado em critérios materiais	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta a, pelo menos, 3 fornecedores em cada processo de contratação; • Formação sobre contratação pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) de Departamento; • Coordenador(a) de Núcleo.
		- R19 - Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza do objecto do contrato a celebrar	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos critérios do CCP; • Formação sobre contratação pública. 	
		- R20 - Irregularidades das cláusulas técnicas fixadas no caderno de encargos, com especificação, nomeadamente, de marcas ou denominações comerciais	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão/controlo de cada processo por diferentes níveis hierárquicos; • Auscultação dos serviços implicados na aquisição (Direcção Clínica, STSI e SIE incluídos); • Formação sobre contratação pública. 	
		- R21 - Carácter subjectivo dos critérios de avaliação das propostas, com inserção de dados não quantificáveis nem comparáveis	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos critérios do CCP; • Formação sobre contratação pública. 	
		- R22 - Enunciação deficiente e/ou insuficiente dos critérios de adjudicação e dos factores e eventuais subfactores de avaliação das propostas, quando exigíveis	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos critérios do CCP; • Formação sobre contratação pública. 	
		- R23 - Admissão nos procedimentos de entidades com impedimentos	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido e consequente fiscalização de documentos de habilitação dos concorrentes Formação sobre contratação pública. 	

(continuação do quadro anterior)

DEPARTAMENTO DE APROVISIONAMENTO E ASSUNTOS JURÍDICOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Núcleo de Aprovisionamento	Procedimentos contratuais	- R24 - Não audição dos concorrentes sobre o relatório preliminar/decisão de adjudicação	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação das normas do CCP; • Formação sobre contratação pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director(a) de Departamento; • Coordenador(a) de Núcleo.
		- R25 - Participação dos mesmos intervenientes na negociação e redacção dos contratos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo das várias fases do processo de aquisição, por diferentes intervenientes. 	
		- R26 - Inexistência de correspondência entre as cláusulas contratuais e as estabelecidas nas peças do respectivo concurso	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um sistema de controlo interno. 	
		- R27 - Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado do contrato	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um sistema de controlo interno. 	
		- R28 - Fundamentação insuficiente ou incorrecta, no caso das aquisições de serviços, de que os “serviços a mais” resultam de uma “circunstância imprevista”	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Devolução ao serviço de origem solicitando fundamentação adicional; • Formação sobre contratação pública. 	
		- R29 - Inexistência de controlo relativamente à execução do contrato de aquisições de bens, tendo em conta que o prazo de vigência acrescido de eventuais prorrogações não ultrapassa o limite legal estabelecido	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de sistema de alerta informático. 	

(continuação do quadro anterior)

DEPARTAMENTO DE APROVISIONAMENTO E ASSUNTOS JURÍDICOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Núcleo de Aprovisionamento	Procedimentos contratuais	- R30 - Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de controlo interno da execução dos contratos, sendo obrigatório o reporte escrito das deficiências verificadas; Monitorização de entradas de bens aos serviços requerentes; Implementação de um sistema de avaliação de fornecedores. 	<ul style="list-style-type: none"> Director(a) de Departamento; Coordenador(a) de Núcleo.
		- R31 - Não acompanhamento e avaliação regulares do desempenho do contratante, de acordo com os níveis de quantidade ou qualidade estabelecidos no contrato	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de sistema de controlo interno; Monitorização de entradas de bens aos serviços requerentes; Implementação de um sistema de avaliação de fornecedores. 	
		- R32 - Deficiência de inspecção ou de acto que certifique as quantidades e a qualidade dos bens e serviços, antes da emissão da ordem de pagamento	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação, prévia ao pagamento, do nível de qualidade e do preço dos bens e serviços adquiridos e das empreitadas realizadas aos diversos fornecedores/prestadores de serviços/empregado. 	
		- R33 - Inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos efectuada somente por um funcionário	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Obrigatoriedade da presença de dois funcionários na inspeção e/ou avaliação da quantidades da qualidade dos bens e serviços adquirido. 	
		- R34 - Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Subscrição de uma declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos ou escusa, a implementar de modo geral entre todos os colaboradores; Ampla divulgação do regime de impedimentos. 	

Quadro V – Medidas de minimização: Departamento de Património e Hotelaria

DEPARTAMENTO DE PATRIMÓNIO E HOTELARIA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Departamento	Avaliação de necessidades	- R35 - Inexistência, ou existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades de bens de investimento	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento e compilação anual das necessidades, por unidade orgânica/serviço; Elaboração do Plano de Investimentos e aprovação pelo CA. 	<ul style="list-style-type: none"> Director(a) de Departamento
	Procedimentos contratuais	- R36 - Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de controlo interno da execução dos contratos, sendo obrigatório o reporte escrito das deficiências verificadas; Monitorização de entradas de bens aos serviços requerentes; Implementação de um sistema de avaliação de fornecedores. 	
		- R37 - Deficiência de inspeção ou de acto que certifique as quantidades e a qualidade dos bens imobilizados	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Realização de processo de recepção de equipamentos por mais de um elemento; Existência de procedimentos escritos e de auto-recepção. 	
		- R38 - Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Subscrição de uma declaração de compromisso relativa a incompatibilidades, impedimentos ou escusa, a implementar de modo geral entre todos os trabalhadores; Ampla divulgação do regime de impedimentos. 	

(continuação do quadro anterior)

DEPARTAMENTO DE PATRIMÓNIO E HOTELARIA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Departamento	Gestão do património	- R39 - Processo de inventariação deficiente dos activos imobilizados	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de acções de controlo interno, realização de auditorias periódicas por equipas distintas para confirmação dos bens inventariados por amostragem; Produção de relatórios das auditorias e feedback ao CA; Elaboração de indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> Director(a) de Departamento
		- R40 - Movimentos/desvios de equipamentos não registados	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de regras de transferência interna de bens imobilizados, equipamentos; Emissão de normas e procedimentos relativas ao registo de bens; Processo de inventariação com calendarização anual; Produção de relatórios do processo de inventariação e submissão à aprovação do C.A. 	
		- R41 - Abate ilícito de bens	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos, com divulgação de fluxogramas; Processo de abate por diferentes níveis de decisão. 	
		- R42 - Recepção não controlada física e qualitativamente de bens imobilizados	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Recepcionar apenas os bens constantes nas notas de encomenda, em bom estado físico e de acordo com as quantidades, parecer da comissão de escolha e/ou requisitos enunciados nos cadernos de encargo; Auditorias internas ao processo. 	

Quadro VI – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão de Cobranças e Pré-Facturação

NÚCLEO DE GESTÃO DE COBRANÇAS E PRÉ-FACTURAÇÃO					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Levantamento de despesas	- R43 - Ineficaz levantamento de despesas relativas a episódios originados por acidentes/agressões, cuja responsabilidade financeira recai sobre seguradoras/indivíduos	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos; Elaboração de proposta de revisão do Manual de Cobranças, no que diz respeito às actividades inerentes ao Núcleo. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Fornecimento de informações	- R44 - Fornecimento de dados sobre utentes a terceiros, sem a sua devida autorização	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos; Adopção de Carta de Responsabilidades. 	
	Facturação do contrato-programa	- R45 - Erros de facturação do contrato-programa	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> Revisão das regras de facturação do Contrato-Programa; Realização de auditorias trimestrais à facturação do Contrato-Programa; Relatórios trimestrais das auditorias, com posterior feedback aos serviços envolvidos (Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística, Núcleo de Informática, Núcleo de Gestão Financeira e Conselho de Administração). 	

Quadro VII – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística

NÚCLEO DE GESTÃO DE DOENTES E ESTATÍSTICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Identificação das entidades financeiras responsáveis (EFR)	- R46 - Erro na recolha da EFR na admissão do utente	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> Criação/implementação de um Manual de Admissão; Revisão de normas e procedimentos; Formação anual de normas e procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO DE GESTÃO DE DOENTES E ESTATÍSTICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Gestão das listas de espera	- R47 - Influência na ordem de prioridade das listas de espera	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos; Avaliação periódica da gestão das listas administrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Pagamento de taxas moderadoras	- R48 - Taxas moderadoras não pagas	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos; Confirmação, através de uma base de dados, da fidedignidade dos dados fornecidos aquando da admissão (implica cruzamento de dados com entidades públicas governamentais, como a DRAF). 	
	Atribuição de isenções	- R49 - Erro na atribuição da isenção de taxas devido a insuficiência económica	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Criação de normas e procedimentos; Cruzamento de listagens com os dados das entidades responsáveis pela atribuição da insuficiência económica (nomeadamente Segurança Social). 	
	Facturação do transporte de doentes	- R50 - Não confirmação de facturas relacionadas com o transporte de doentes	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Emissão de normas e procedimentos; Sistema de controlo interno; Auditoria periódica às facturas. 	
	Fornecimento de informações	- R51 - Fornecimento de dados sobre utentes a terceiros, sem a sua devida autorização	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Criação de normas e procedimentos; Carta de Responsabilidades; Formação de novos profissionais; Ações de sensibilização. 	
	Acessibilidade à Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	- R52 - Acesso indevido à UCC e permanência infundada	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Lista de espera do conhecimento das entidades intervenientes no processo de referenciação; Monitorização da manutenção dos critérios de saúde e sociais dos utentes; Produção de relatório trimestral, com base nos <i>feedbacks</i> mensais de todas as entidades/organismos envolvidos nesta matéria (como o Instituto de Habitação da Madeira, a Segurança Social, CA, Direcção Clínica e Direcção de Enfermagem). 	

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO DE GESTÃO DE DOENTES E ESTATÍSTICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Encaminhamento de doentes	- R53 - Análise da compleição dos processos de deslocação: considerar ou fazer considerar indevidamente que o processo de deslocação se encontra completo (documentos e pareceres)	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Análise de todo o processo de deslocação por diferentes níveis de hierarquia. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Gestão de pagamentos (encaminhamento de doentes)	- R54 - Pagamentos indevidos: facturas duplicadas ou referentes a doentes/utentes com deslocação de encaminhamento não autorizado	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Confirmação das datas de tratamentos a que se referem as facturas apresentadas ao serviço. 	
		- R55 - Pagamentos indevidos: facturas falsificadas ou mediante a apresentação de documentos falsos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Controlo mensal de facturas confirmando-as com a entidade emissora. 	
	Circuito e gestão de documentos	- R56 - Deficiente circuito e acondicionamento de processos e documentos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de recepção e envio de documentos, com registo de assinatura em cada fase; Construção de uma plataforma informática, eventualmente abrangendo vários serviços, para o controlo do circuito; Aquisição de material que garanta o seguro acondicionamento de processos e documentos. 	
		- R57 - Acesso indevido a documentação por parte dos vários intervenientes no circuito de documentos, colocando em causa o sigilo e a falsificação de documentação	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Digitalização de documentos (ex.: credencial de transporte), com emissão apenas digital (ficheiro informático enviado para os serviços/entidades envolvidos na prestação de cuidados). 	

Quadro VIII – Medidas de minimização: Núcleo Farmacêutico

NÚCLEO FARMACÊUTICO					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo, incluindo a Unidade de Produção e Distribuição	Avaliação de necessidades	- R58 - Inexistência, ou existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria do planeamento e avaliação de necessidades; Aprovação do Plano de Compras; Aprovação do Plano de Investimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Procedimentos contratuais	- R59 - Deficiente planeamento dos procedimentos a abrir, obstando a que sejam assegurados prazos razoáveis	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Aprovação do Plano de Compras; Emissão de pedidos de compra para o ano seguinte até à data limite de 31-Out. 	
		- R60 - Inexistência de controlo relativamente à execução do contrato de aquisições de bens, tendo em conta que o prazo de vigência acrescido de eventuais prorrogações não ultrapassa o limite legal estabelecido	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de sistema de alerta informático. 	
		- R61 - Não verificação da boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores/prestadores	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de controlo interno da execução dos contratos, sendo obrigatório o reporte escrito das deficiências verificadas; Monitorização de entradas de bens aos serviços requerentes; Implementação de um sistema de avaliação de fornecedores. 	
		- R62 - Não acompanhamento e avaliação regulares do desempenho do contratante, de acordo com os níveis de quantidade ou qualidade estabelecidos no contrato	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Implementação de sistema de controlo interno; Monitorização de entradas de bens aos serviços requerentes; Implementação de um sistema de avaliação de fornecedores. 	

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO FARMACÊUTICO					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo, incluindo a Unidade de Produção e Distribuição	Procedimentos contratuais	- R63 - Deficiência de inspeção ou de acto que certifique as quantidades e a qualidade dos bens e serviços, antes da emissão da ordem de pagamento	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação, prévia ao pagamento, do nível de qualidade e do preço dos bens e serviços adquiridos aos diversos fornecedores/prestadores de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo
		- R64 - Inspeção e/ou avaliação da quantidade e da qualidade dos bens e serviços adquiridos efectuada somente por um funcionário	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriedade da presença de dois funcionários na inspeção e/ou avaliação da quantidades da qualidade dos bens e serviços adquirido. 	
	Gestão de material farmacêutico	- R65 - Desvio de material farmacêutico	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Inventários semanais e anuais, elaborados rotativamente pela equipa farmacêutica e verificados pelo(a) Coordenador(a) de Núcleo; • Sistema mecanizado de gestão de stocks (Pyxis); • Existência de cofres para produtos estupefacientes, com chave, código e registo profissional em cada acesso; • Câmaras de vigilância; • Relatórios trimestrais de consumo de estupefacientes enviados ao IA-Saúde e PJ; • Acessos informáticos ao cofre concedidos apenas a enfermeiros; • Registo e inventariação de ofertas e brindes; • Sistema de assinatura de entrega e recepção de medicamentos. 	

Quadro IX – Medidas de minimização: Núcleo de Gestão Financeira

NÚCLEO DE GESTÃO FINANCEIRA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Pagamento de verbas	- R66 - Pagamentos indevidos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo informático de facturas bloqueadas <i>versus</i> pagamento; • Controlo periódico da Conta de Adiantamentos; • Autorização partilhada para pagamento de facturas (Coordenador(a) do Núcleo e membro do CA); • Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo
		- R67 - Não utilização de critérios objectivos de pagamentos a fornecedores	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de uma política de pagamentos com critérios, autorizações e valores definidos; • Criação de um Manual de Procedimentos, acessível a todos os colaboradores do Serviço; • Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	
	Gestão de saldos dos clientes	- R68 - Ajustamentos à facturação e a saldos de clientes (redução de valor ou anulação)	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Submeter todos os ajustamentos a clientes, devidamente informados em matéria de facto e de direito, à aprovação do CA, ou pessoa com competência delegada; • Elaboração de uma política de pagamentos com critérios, autorizações e valores definidos; Proceder com maior frequência à reconciliação das contas de clientes; • Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	
		- R69 - Cobranças não depositadas oportuna e integralmente	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de uma política de pagamentos com critérios, autorizações e valores definidos; • Privilegiar a utilização de recebimentos por transferência bancária evitando a utilização de cheques; • Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO DE GESTÃO FINANCEIRA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Facturação	- R70 - Não emissão de facturação na sua globalidade	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> Integração informática das diversas bases de dados da produção na Pré-Facturação e o software de Contabilidade e Gestão Financeira; Informatização das áreas clínicas que não estão ainda informatizadas; Cruzamento de dados entre o valor da produção e o valor facturado; Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Fundos de manei	- R71 - Utilização indevida de valores do Fundo de Maneio	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Revisão do Regulamento de Fundos de Maneio, com identificação detalhada do tipo de despesas permitidas; Controlo centralizado dos Fundos de Maneio; Autorização partilhada para pagamentos por cheque (Coordenador(a) do Núcleo e membro do CA); Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	
	Juros de mora	- R72 - Conferência indevida de juros de mora	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Aquisição/Desenvolvimento de programa informático para cálculo de juros de mora; Implementação da figura do Auditor Interno, bem como das suas actividades. 	

Quadro X – Medidas de minimização: Núcleo de Informática

NÚCLEO DE INFORMÁTICA					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Gestão de material	- R73 - Desvio de equipamento informático	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Gestão e controlo interno do material, através de uma “base de dados” (parque informático). 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Fornecimento de informações	- R74 - Fornecimento de dados dos utentes a terceiros, sem a sua devida autorização	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Gestão de informação realizada por níveis de acesso (por grupo profissional); Acesso fornecido pelo administrador do sistema/ administradores de bases de dados. 	
	Utilização de aplicações informáticas	- R75 - Utilização indevida de aplicações informáticas por profissionais	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Autenticação regular e/ou após um certo período sem actividade (com n.º mec. e password), no sentido de minimizar a utilização indevida das aplicações. 	
	Segurança informática	- R76 - Possibilidade de efectuar acessos remotos indevidamente (não autorizados)	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Barrar o acesso de sites que oferecem a possibilidade de efectuar acesso remoto; Forçar o encerramento de dispositivos ligados em horário que não corresponda ao período normal de trabalho. 	

Quadro XI – Medidas de minimização: Núcleo de Instalações e Equipamentos

NÚCLEO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Elaboração dos projectos	- R77 - Inexistência ou existência deficiente de estudos adequados para elaboração dos projectos	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Aplicação das normas do CCP (contratação de empresas para realização, aplicação e fiscalização de projectos). 	<ul style="list-style-type: none"> Coordenador(a) de Núcleo
	Procedimentos concursais	- R78 - Deficiências das cláusulas técnicas para aquisição de bens e empreitadas, com especificação, nomeadamente, de marcas ou denominações comerciais	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Fiscalização por parte do Tribunal de Contas (para projectos que envolvem valores avultados); Introdução de mecanismos de controlo interno (revisão do projecto pela equipa de apoio técnico); Formação sobre contratação pública. 	

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Alteração dos contratos	<p>- R79 - Fundamentação insuficiente ou incorrecta para a “natureza imprevista” dos trabalhos; Fundamentação insuficiente ou incorrecta para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objecto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra</p>	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de controlo interno mensal; • Sistemas de alerta, fluxogramas e calendarização das fases do projecto/obra; • Assessoria para fiscalização por parte de empresa externa (CCP); • Formação sobre contratação pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo
	Gestão da frota automóvel	<p>- R80 - Desvio das rotas nos trajectos planificados nas deslocações de serviço</p>	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Colocação de GPS em toda a frota automóvel, com monitorização diária. 	
		<p>- R81 - Desvio de material pelos diversos intervenientes (entidades externas e internas) na manutenção da frota automóvel</p>	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de profissional especializado na área da mecânica (para avaliação de necessidades e pequenas reparações); • Contratação de uma única empresa para manutenção, após procedimento concursal. 	
		<p>- R82 - Transporte indevido de doentes</p>	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do sistema informático do <i>Call Center</i> (no âmbito da triagem dos doentes que necessitam de transporte); • Controlo mensal pelo Coordenador do Núcleo de Transportes; • Centralização da autorização para o <i>Call Center</i>. 	
Manutenção de infra-estruturas	<p>- R83 - Responsabilidade exclusiva de um profissional pelas diferentes fases de projecto/obra</p>	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo por diferentes níveis hierárquicos; • Segregação de funções. 		

(continuação do quadro anterior)

NÚCLEO DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Manutenção de infra-estruturas	- R84 - Desvio de material de pequenas obras/reparações de manutenção	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de necessidades em dois níveis (assistente operacional e Coordenador do Núcleo); • Fiscalização do Coordenador do Núcleo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo

Quadro XII – Medidas de minimização: Núcleo de Saúde Ocupacional

NÚCLEO DE SAÚDE OCUPACIONAL					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Encaminhamento de doentes	- R85 - Encaminhamento indevido de doentes	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de vagas específicas nos Serviços Clínicos do SESARAM, E.P.E., para os seus profissionais que necessitem dos cuidados prestados pelo Serviço de Saúde Ocupacional; • Criação de Manual de Procedimentos para triagem desses utentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo
	Avaliação da aptidão profissional	- R86 - Pressões externas para decisão clínica da condição profissional (apto/inapto)	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação da missão, conteúdo funcional e actividades do Serviço, através da criação de <i>microsite</i> e sessões de informação. 	

Quadro XIII – Medidas de minimização: Serviço de Formação e Investigação

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Serviço	Necessidades de formação	- R87 - Necessidades de formação erradamente indicadas	Fraco	<ul style="list-style-type: none"> Rastreio de formações efectivamente necessárias; Prioridade a áreas de formação com apoio financeiro dos programas europeus. 	<ul style="list-style-type: none"> Director(a) de serviço
	Designação de formadores/ formandos	- R88 - Influência na designação do formador	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de avaliação do formador baseado na apreciação levada a cabo pelos formandos (quando sistematicamente negativa, o formador deixa de ser contemplado pelo SFD); Recurso a uma bolsa de formadores do SFD. 	
		- R89 - Favorecimento na designação dos formandos	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Controlo do histórico de formação de cada formando (quando a frequência não se justifica, por ter frequentado há relativamente pouco tempo aquela ou outra formação, é estabelecido um contacto em jeito de “alerta”); Introdução de critérios de selecção e justificação dos formandos. 	
	Certificados de formação	- R90 - Influência na emissão e falha na entrega dos certificados de formação	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Controlo da assiduidade dos formandos, realizado durante e após as formações (são respeitados os limites mínimos de frequência); Controlo do processo de entrega (sistema de assinatura para a entrega e recepção de documentação). 	

Quadro XIV – Medidas de minimização: Núcleo de Alimentação

NÚCLEO DE ALIMENTAÇÃO					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a todo o Núcleo	Gestão e controlo de produtos alimentares	- R91 - Movimentos não registados de produtos alimentares entrados na cozinha	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a informação constante dos movimentos de produtos alimentares; • Distribuir de acordo com os documentos de requisição de produtos; • Cruzar indicadores (movimentos de doentes/produção e distribuição/consumos); • Auditorias internas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) de Núcleo

Quadro XV – Medidas de minimização: Secretaria-Geral

SECRETARIA-GERAL					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a toda a Secretaria-Geral	Confidencialidade dos documentos	- R92 - Confidencialidade dos documentos colocada em causa	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de Responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) da Secretaria-Geral
	Arquivo	- R93 - Desconhecimento sobre a real gestão e organização do arquivo	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha do sistema informático; • Verificação da cláusula de confidencialidade e fiscalização no contrato da prestação de serviços; • Realização de relatórios trimestrais e semestrais (são actualmente apenas quantitativos e devem incluir análises qualitativas); • Integração/formação de um elemento na equipa do prestador responsável pelo arquivo. 	
	Distinção de documentos e gestão dos prazos	- R94 - A aplicação informática ("Roteiro") não distingue documentos internos de documentos externos (prazos não são levados em conta)	Elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação do sistema informático para efectuar a distinção entre documentos internos e externos; • Criação de um sistema de alertas (informaticamente) para cumprimento dos prazos; • Criação de um manual de procedimentos para a recepção e envio de documentos. 	

(continuação do quadro anterior)

SECRETARIA-GERAL					
Unidades	Áreas funcionais	Riscos/infrações conexas		Medidas	Responsabilidades
		Designação	Classificação		
Transversal a toda a Secretaria-Geral	Gestão dos acessos	- R95 - Acesso indevido às aplicações informáticas (“Roteiro”)	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos graus de perfis; • Criação de um manual de procedimentos para a recepção e envio de documentos. • Criação e implementação de níveis de controlo do envio, transporte e recepção de documentos (dois níveis: protocolo, para documentos mais sensíveis; guia, para documentos de gestão corrente) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador(a) da Secretaria-Geral
		- R96 - Acesso indevido e/ou desvio ilegítimo de documentos	Elevado		

8. Considerações finais

O fenómeno da corrupção possui raízes que datam de há muito tempo – não é, portanto, algo de recente na condição humana. Para além disso, afecta diversos sectores da nossa sociedade, com influência (devastadora, por sinal) no campo do desenvolvimento socioeconómico. O efeito da corrupção é de tal modo negativo que é fácil imaginar o seu efeito nas gerações actuais e futuras.

É, essencialmente, por esta razão que se deve lutar contra a corrupção. Esta é a verdadeira missão destinada a cada um de nós, em primeiro lugar, enquanto profissionais de uma actividade de cariz público, e em segundo lugar, enquanto cidadãos conscientes das suas responsabilidades e deveres. E assim é porque uma sociedade só se transforma quando os seus elementos se transformam.

Estamos certos de que o espírito colectivo de uma organização é, geralmente, a questão fulcral na demanda do sucesso. Este projecto, que passa pela compreensão da importância do PGRCIC e consequente implementação dos seus princípios, não é excepção – o trabalho em equipa será fundamental para a verdadeira e eficaz aplicação das medidas de minimização. Sugere-se, pois, um diálogo constante entre todas as unidades orgânicas abrangidas pelo plano e a colaboração intensa na procura, em grupo, de soluções.

Com o seu trabalho, traduzido nas páginas que compõem este plano e na cooperação que garante desde logo a todos os intervenientes, a Comissão de Monitorização espera dar um sincero contributo para uma sociedade mais justa, equitativa e transparente.

Anexos

Anexo 1: Calendarização das actividades da Comissão de Monitorização do PGRIC (2013)

Anexo 1:

Calendarização das actividades da
Comissão de Monitorização do PGRCIC (2013)

(Documento constituído por 2 páginas)

Calendarização das actividades da Comissão de Monitorização do PGRIC (2013)

JANEIRO							FEVEREIRO							MARÇO						
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
	1	2	3	4	5	6					1	2	3					1	2	3
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31				25	26	27	28				25	26	27	28	29	30	31

ABRIL							MAIO							JUNHO							
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5							1	2
8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9	
15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	
22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23	
29	30						27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	

JULHO							AGOSTO							SETEMBRO							
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4								1
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15	
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	
29	30	31					26	27	28	29	30	31		23/30	24	25	26	27	28	29	

OUTUBRO							NOVEMBRO							DEZEMBRO							
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
	1	2	3	4	5	6					1	2	3								1
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15	
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22	
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30		23/30	24/31	25	26	27	28	29	

Legenda:

- Elaboração do Relatório Anual do Plano (relativo a 2012)
- Auditoria
- Elaboração do relatório da auditoria

Notas:

- a) A elaboração do Relatório Anual do Plano, relativo a 2012 (a azul), terá em conta as informações recolhidas durante as reuniões mantidas entre a Comissão de Monitorização e os vários intervenientes na implementação do plano, que tiveram lugar nos últimos meses de 2012; o feedback será enviado a todos os intervenientes;
- b) As auditorias (a vermelho) estão calendarizadas para a última semana de Junho, Setembro e Dezembro; é de salientar que nesta última auditoria, a Comissão pretende entregar um inquérito para avaliar o plano nas suas mais diversas dimensões (importância para a instituição; o acompanhamento da Comissão de Monitorização; o grau de eficácia das medidas; etc.);
- c) Os relatórios das auditorias serão elaborados, preferencialmente, nas semanas seguintes à das auditorias; o feedback será enviado a todos os intervenientes; a Comissão de Monitorização fará uma avaliação da implementação das medidas e produzirá as recomendações que achar relevantes;
- d) A Comissão de Monitorização enviará, após aprovação do CA da proposta de revisão do plano, a calendarização a todos os intervenientes.