

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO - 2018

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: **01**
Revisão: **00**

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 2 de 80

Ed.	Rev.	Data	Descrição / Motivo de Revisão	Autor	Aprovação
01	00	abril de 2019	→ Relatório de Execução do Plano de Gestão dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas relativo ao ano de 2018 – Serviços Centrais da ARSN,I.P..	Unidade de Auditoria e Controlo Interno	Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. – Ata nº 12, de 11 de abril de 2019.

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

**Edição: 01
Revisão: 00
Página 3 de 80**

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. ENQUADRAMENTO	6
3. MATRIZ DE RISCOS / PROBABILIDADE / IMPACTO / GRAU DE RISCO	9
4. METODOLOGIA	11
5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	12
5.1. CONSELHO DIRETIVO (CD)	12
5.2. SECRETARIADO DO CD	13
5.3. GABINETE DE RELAÇÕES PÚBLICAS E ASSESSORIA DE IMPRENSA (GRPAI)	14
5.4. GESTOR DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA HOSPITAL BRAGA (GPPP-HB)	15
5.5. COMISSÃO REGIONAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CRFT)	17
5.6. COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)	18
5.7. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (UIC)	19
5.8. GRUPO COORDENADOR REGIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (GCR-PPCIRA)	20
5.9. ASSESSORIA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ACSP)	21
5.10. EQUIPA REGIONAL DE APOIO E ACOMPANHAMENTO (ERA)	22
5.11. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP)	23
5.11.1. ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO EM SAÚDE (AFPS)	23
5.11.2. ÁREA FUNCIONAL VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (AFVE)	24
5.11.3. ÁREA FUNCIONAL PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE (AFPPS)	25
5.11.4. ÁREA FUNCIONAL AUTORIDADE DE SAÚDE (AFAS)	26
5.11.5. ÁREA FUNCIONAL OBSERVATÓRIO DA SAÚDE (AFOS)	27
5.11.6. ÁREA FUNCIONAL LABORATÓRIO REGIONAL SAÚDE PÚBLICA (AFLSP)	28
5.12. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP)	29
5.12.1. ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO (AFP)	29
5.12.2. ÁREA FUNCIONAL MONITORIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE (AFMPS)	30
5.13. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)	31
5.13.1. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS SAÚDE HOSPITALARES (AFCSH)	31
5.13.2. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS (AFCSP)	33
5.13.3. ÁREA FUNCIONAL CONVENÇÕES (AFC)	34
5.13.4. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (AFCCI)	37
5.14. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)	40
5.14.1. UNIDADE DE GESTÃO FINANCEIRA (UGF)	40

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 4 de 80

5.14.1.1.	CONTAS A PAGAR.....	40
5.14.1.2.	TESOURARIA E PAGAMENTOS.....	41
5.14.1.3.	GESTÃO ORÇAMENTAL.....	42
5.14.1.4.	PRESTAÇÕES INDIRETAS.....	43
5.14.1.5.	CONTAS A RECEBER.....	44
5.14.2.	ÁREA FUNCIONAL SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (AFSI).....	45
5.14.3.	UNIDADE DE APROVISIONAMENTO (UA).....	46
5.14.3.1.	COMPRAS.....	46
5.14.3.2.	LOGÍSTICA.....	49
5.14.3.3.	PATRIMÓNIO.....	51
5.14.4.	ÁREA FUNCIONAL TRANSPORTE NÃO URGENTE DE DOENTES (AFTNUD).....	52
5.14.5.	SECRETARIA GERAL.....	53
5.15.	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH).....	55
5.15.1.	ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO E GESTÃO (AFPG).....	55
5.15.2.	ÁREA FUNCIONAL FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (AFFD).....	56
5.15.3.	ÁREA FUNCIONAL ADMINISTRAÇÃO PESSOAL (AFAP).....	57
5.15.4.	ÁREA FUNCIONAL AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO (AFAD).....	58
5.16.	GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE).....	59
5.17.	GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC).....	65
5.18.	DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD).....	66
5.19.	UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI).....	69
6.	TAXA DE EXECUÇÃO DO PGRIC 2018 DA ARSN, I.P.	70
6.1.	TAXA DE EXECUÇÃO POR DEPARTAMENTO / UNIDADE FLEXÍVEL.....	73
6.2.	TAXA DE EXECUÇÃO GERAL 2018 – ARSN, I.P. POR SERVIÇO.....	76
7.	AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE PGRIC.....	77
8.	CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES.....	79

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 5 de 80

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Conselho de Prevenção de Corrupção (CPC), os *Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas* são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.

Neste contexto, procedeu-se à elaboração do Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos (incluindo de Corrupção e Infrações Conexas) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN,I.P.), reportada a 31 de dezembro de 2017, dando assim, também, cumprimento à Recomendação n.º 1/2009, do CPC, de 1 de julho de 2009.

Assim, o presente Relatório, para além de expor o enquadramento e a metodologia adotada, exhibe a análise aos relatórios da execução apresentados pelos dirigentes dos Serviços Centrais da ARSN,I.P., tendo em consideração a avaliação das medidas de prevenção apresentadas no PGRIC, incluindo a fase em que se encontra a implementação das medidas preventivas definidas, caso não estejam implementadas e, a necessidade da sua atualização.

Este Relatório, elaborado pela Unidade de Auditoria e Controlo Interno (UACI) da ARSN,I.P., requer a aprovação do Conselho Diretivo (CD) e, em cumprimento do ponto 1.2. da *Recomendação de 01 de Julho de 2009 do CPC*, deve ser dado conhecimento ao CPC, ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (“os planos e os relatórios de execução ... devem ser remetidos ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo”).

Ainda, em cumprimento da *Recomendação n.º 1/2010, de 07 de abril do CPC*, deverá também ser publicitado no Portal da ARSN,I.P..

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 6 de 80

2. ENQUADRAMENTO

O CPC, constituído pela Lei n.º 54/2008, de 04 de setembro, no âmbito das suas atribuições e competências, determinou a emissão de um questionário a todas as entidades da Administração Pública, destinado a servir de orientador na avaliação dos riscos de corrupção nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos.

Com base nas respostas obtidas, o CPC aprovou a *Recomendação de 01 de Julho de 2009*, na qual determinou requerer a todas as entidades públicas a elaboração dos respetivos PGRIC, utilizando como guia o referido questionário.

A mesma Recomendação, publicada no Diário da República, II Série, n.º 140, de 22 de julho, determina que os órgãos máximos das entidades gestoras de valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, elaborem os respetivos PGRIC, bem como procedam à avaliação da execução desses planos.

Em setembro de 2009, para servir de apoio à elaboração dos PGRIC, o CPC difundiu um *Guião* com as orientações necessárias. Foi, com base nesse *Guião* e, em cumprimento da Recomendação supracitada, que a ARSN,I.P. elaborou o seu PGRIC em dezembro de 2009, o qual foi aprovado pelo CD em 30 de dezembro de 2009 (Deliberação Concordante registada na ata nº 01 de 30/12/2009).

Por ser um instrumento de gestão dinâmico, o PGRIC então elaborado, estabeleceu o objetivo de imprimir na cultura organizacional e nos processos de gestão da ARSN,I.P., uma atitude assertiva e transparente quanto à prevenção da ocorrência de corrupção e de infrações conexas, tendo realizados os respetivos *Relatórios de Execução* anuais.

O PGRIC visa proceder ao levantamento dos riscos de corrupção e infrações conexas associados a cada área ou função da entidade, nomeadamente, as da contratação pública e da concessão de benefícios públicos. A implementação deste instrumento permite salvaguardar aspetos indispensáveis na tomada de decisões, e que estas se revelem conformes com a legislação vigente, com os procedimentos em vigor e com as obrigações contratuais a que as instituições estão vinculadas e a defesa e proteção de cada interveniente nos diversos processos, salvaguardando-se assim, o interesse coletivo.

Seguindo o mesmo *Guião* apresentado pelo CPC em setembro de 2009 como modelo, em concordância com a *Recomendação de 01 de Julho de 2009*, o PGRIC da ARSN,I.P. foi elaborado de acordo com a estrutura

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

**Edição: 01
Revisão: 00
Página 7 de 80**

sugerida - dividido em quatro partes como se evidencia a seguir -, decorrente de propostas apresentadas pelos Responsáveis das respetivas Unidades Orgânicas, *incluindo gabinetes, as funções e os cargos de topo*, nos termos recomendados pelo CPC (Recomendação de 01 de junho de 2015), tais como: Departamento, Unidades Funcionais, Áreas Funcionais, Serviços de Assessoria, Comissões, Secretariados, CD, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Assim, a estrutura do PGRIC da ARSN,I.P. (Serviços Centrais e ACES), em vigor em 2018, têm em comum as Partes I. e IV.:

☒ **Parte I - Atribuições da ARSN,I.P., Organograma e Identificação dos Responsáveis:**

- *Atribuições da entidade, organograma e identificação dos responsáveis.*
- *Caracterização genérica das atribuições da entidade (a razão da sua existência) e da estrutura orgânica que apresenta, com identificação dos responsáveis.*

☒ **Parte II – Identificação dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de acordo com os critérios expostos no quadro em baixo:**

- *Identificação dos riscos de corrupção e infrações conexas tendo em conta as funções da entidade. Devem ser identificados e caracterizados por unidade orgânica os respetivos potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. Estes riscos devem ser classificados segundo uma escala de risco elevado, risco moderado e risco fraco, em função do grau de probabilidade de ocorrência (elevado, moderado ou fraco). Por sua vez, este grau de probabilidade deverá ser aferido a partir da própria caracterização de cada uma das funções.*

☒ **Parte III – Medidas Preventivas dos Riscos:**

- *Medidas preventivas dos riscos identificados. Devem ser indicadas as medidas que previnam a sua ocorrência, tais como mecanismos de controlo interno, segregação de funções, declarações de interesses, definição prévia de critérios gerais e abstratos de concessão de benefícios públicos, criação de gabinetes de auditoria interna em especial nas entidades de maior dimensão, controlo efetivo das situações de acumulações de funções públicas com atividades privadas e respetivos conflitos de interesses. Esta é uma enumeração meramente exemplificativa.*

☒ **Parte IV - Estratégias de Aferição da Efetividade, Utilidade, Eficácia e eventual Correção das Medidas Propostas:**

- *Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas. Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas são instrumentos de gestão dinâmicos, pelo que devem ser acompanhados na sua execução, elaborando-se, pelo menos anualmente, um relatório de execução e refletindo-se sobre a necessidade da sua atualização.*

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

**Edição: 01
Revisão: 00
Página 8 de 80**

Importa, ainda referir e, dar ênfase ao exposto pelo CPC no mesmo *Guião*:

1ª Os Planos de Prevenção de Riscos são, em primeira linha, da responsabilidade dos órgãos máximos das entidades. No entanto, os dirigentes de cada unidade orgânica devem ser responsabilizados pelas propostas de planos dos seus departamentos e pela sua execução efetiva.

2ª O Conselho de Prevenção da Corrupção considera, em complemento, que a elaboração destes Planos é uma tarefa que deve ser levada a cabo pelas próprias entidades e organismos do sector público, uma vez que só eles são conhecedores da situação concreta do dia-a-dia da atividade que desenvolvem.

Por outro lado, o Conselho de Prevenção da Corrupção considera que os Planos de Prevenção de Risco são, além de um fator de gestão fundamental, um instrumento que permitirá aferir a eventual responsabilidade que ocorra na gestão de recursos públicos.

Finalmente, 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.

Assim, o presente Relatório de Execução do PGRIC, para além de expor o enquadramento e a metodologia adotada, apresenta a análise efetuada aos relatórios da execução apresentados pelos dirigentes dos Serviços Centrais da ARSN, I.P., tendo em consideração a avaliação das medidas de prevenção apresentadas no PGRIC, incluindo a fase em que se encontra a implementação das medidas preventivas definidas, caso não estejam implementadas e, a necessidade da sua atualização.

Este Relatório, elaborado pela UACI da ARSN, I.P., requer a aprovação do Conselho Diretivo (CD) e, em cumprimento do ponto 1.2. da *Recomendação de 01 de Julho de 2009 do CPC*, deve ser dado conhecimento ao CPC, ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (“os planos e os relatórios de execução ... devem ser remetidos ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo”).

Ainda, em cumprimento da *Recomendação nº 1/2010, de 07 de abril do CPC*, deverá também ser publicitado no Portal da ARSN, I.P..

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 9 de 80

3. MATRIZ DE RISCOS / PROBABILIDADE / IMPACTO / GRAU DE RISCO

O Risco pode ser definido como a combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências¹.

O simples facto de existir atividade, abre a possibilidade de ocorrência de eventos ou situações cujas consequências constituem oportunidades para obter vantagens (lado positivo) ou então ameaças ao sucesso (lado negativo).

☒ Matriz de Riscos (COSO)

Matriz de Riscos		Probabilidade		
		Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
Impacto	Reduzido	Muito Reduzido	Reduzido	Médio
	Médio	Reduzido	Médio	Alto
	Alto	Médio	Alto	Muito Alto

☒ Matriz de Grau (nível) de Risco

		Probabilidade		
		Alta	Média	Baixa
Impacto	Alto	A/A	A/M	A/B
		Nível I	Nível II	Nível III
	Médio	M/A	M/M	M/B
		Nível IV	Nível V	Nível VI
	Baixo	B/A	B/M	B/B
		Nível VII	Nível VIII	Nível IX

¹ Fonte: Federation of European Risk Management Associations (FERMA)

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 10 de 80

☒ **Tabela da Probabilidade de Ocorrência**

Alta (provável)	<ul style="list-style-type: none">→ Margem de Erro > 5%→ Inconformidades ≥ 10→ Com possibilidade de ocorrência todos os anos ou hipótese de ocorrência superior a 25%
Média (possível)	<ul style="list-style-type: none">→ $2\% \leq$ Margem de Erro < 5%→ $5 \leq$ Inconformidades < 10→ Com possibilidade de ocorrência em cada 10 anos ou hipótese de ocorrência inferior a 25%
Baixa (remota)	<ul style="list-style-type: none">→ Margem de Erro < 2%→ Inconformidades < 5→ Sem possibilidade de ocorrência em cada 10 anos ou hipótese de ocorrência inferior a 2%

☒ **Tabela da Magnitude do Impacto / Consequências Impacto**

Alto (significativo)	<ul style="list-style-type: none">→ Impacto significativo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização→ Grande preocupação dos intervenientes→ Risco Residual $\geq 0,05\%$
Médio (moderado)	<ul style="list-style-type: none">→ Impacto moderado sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização→ Preocupação moderada dos intervenientes→ Risco Residual < 0,05%
Baixo (não significativo)	<ul style="list-style-type: none">→ Impacto baixo sobre a estratégia ou atividades operacionais da organização→ Pouca preocupação dos intervenientes→ Risco Residual < 0,01€

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 11 de 80

4. METODOLOGIA

Em consonância com o exposto, no presente Relatório de Execução do PGRIC, para além de expor o enquadramento, é delineada a metodologia adotada para a sua elaboração, a qual teve em consideração a avaliação efetuada pelos dirigentes dos Serviços Centrais da ARSN, I.P. das medidas de prevenção apresentadas no PGRIC, incluindo a fase em que se encontra a implementação das medidas preventivas definidas, caso não estejam implementadas e, a necessidade da sua atualização.

O atual Relatório, cuja elaboração é da responsabilidade da UACI da ARSN, I.P., tem em conta a avaliação efetuada pelos dirigentes dos Serviços Centrais da ARSN, I.P., através do preenchimento de uma matriz, onde constam as medidas, os riscos associados e o grau de implementação, de acordo com o modelo a seguir apresentado. De forma a ser possível a realização da monitorização do PGRIC o mais completa possível, solicitou-se também que, fosse apresentada uma breve descrição sobre a implementação propriamente dita das respetivas medidas e, nos casos da sua não implementação, ou impossibilidade da sua aferição, a apresentação de argumentação sobre os inerentes motivos.

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada (1)	Em fase de Implementação (1)	Parcialmente Implementada (1)	Não Implementada (2)	Impossível aferir grau de Implementação (2)

(1) Requer a apresentação de breve descrição sobre a implementação propriamente dita das respetivas medidas

(2) Requer a apresentação de argumentação sobre os motivos da não implementação, ou da impossibilidade da sua aferição.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 12 de 80

5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1. CONSELHO DIRETIVO (CD)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD			Parcialidade na tomada de Decisão.	Baixo	Moderado	- Decisão fundamentada e baseada nos Pareceres e Informações dos Serviços da ARSN,I.P.. - Validação dos Pareceres e Informações dos Serviços da ARSN,I.P. em reuniões do CD, ficando registado em ata a Decisão.		X				
			Existência de conflitos de interesses que ponham em causa a transparência dos procedimentos.	Baixo	Moderado	- Emissão de declaração de ética sobre conflitos de interesses e impedimentos.		X (1)				
			Não transparência na divulgação da informação.	Baixo	Moderado	- Disponibilização no portal da ARSN,I.P. de toda a informação passível de ser divulgada para o exterior. - Internamente, desenvolver uma política de partilha de informação através do Gabinete de Relações Públicas e Assessoria de Imprensa (GRPAI) da ARSN,I.P..		X				

(1) Nas decisões que se identifique um possível conflito de interesse, os elementos visados declaram o seu impedimento.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 13 de 80

5.2. SECRETARIADO DO CD

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível afetir grau de Implementação
CD	Secretariado		Falhas no registo de entrada e saída de documentos.	Baixo	Moderado	- Utilização da plataforma <i>Gestão Documental</i> sempre que possível. - Os registos manuais, em formato papel, devem ser alvo de revisão e monitorização periódica pelo Coordenador do Secretariado.	X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 14 de 80

5.3. GABINETE DE RELAÇÕES PÚBLICAS E APOIO À IMPRENSA (GRPAI)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível afetir grau de Implementação
CD	GRPDI	Fornecimento de Informação à Comunicação Social	Manipulação de informação proveniente do Conselho Diretivo ou dos diferentes Departamentos/ Serviços, destinada a ser prestada à Comunicação Social.	Fraco	Moderado	Garantir que todas as respostas facultadas por este Gabinete a questões colocadas pela Comunicação Social sejam previamente validadas pelo Conselho Diretivo.		X (1)				
		Divulgação de Informação	Divulgar informação proveniente do exterior sem a prévia autorização do Conselho Diretivo.	Fraco	Fraco	Garantir que todos os pedidos de divulgação de informação por parte deste Gabinete, seja acompanhado por prévia autorização do Conselho Diretivo.		X (2)				

- (1) Tendo em conta a especificidade da área em apreço, qualquer divulgação, por escrito, ou contacto verbal com a comunicação social, é sempre efetuada a devida articulação, por parte do coordenador do serviço, com o presidente do Conselho Diretivo da ARS e com o gabinete de comunicação do senhor ministro da saúde.
- (2) A divulgação de informação é, na sua grande parte, previamente efetuada após despacho nesse sentido do Conselho Diretivo. qualquer outro pedido é sempre devidamente analisado pelo coordenador do serviço que, em caso de dúvida, coloca o assunto a decisão superior.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 15 de 80

5.4. GESTOR DA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA HOSPITAL BRAGA (GPPP-HB)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	Equipa de Gestão do Contrato (EGC) da Parceria Pública Privada Hospital de Braga		Definição facilitadora dos critérios de elegibilidade da produção efetiva.	Baixo	Elevada	Existência de Metodologia de elegibilidade da produção efetiva proposta pela assessoria da EGC, verificada pela EGC e aprovada pelo Conselho Diretivo.	X				
			Verificação facilitadora dos critérios de elegibilidade da produção efetiva.	Baixo	Elevada	Verificação da aplicação dos critérios de elegibilidade por uma terceira entidade (assessoria da Equipa de Gestão do Contrato) aquando da valorização da produção; impossibilidade contratual de ultrapassar por linha de produção os valores orçamentalmente estabelecidos, à exceção da linha da urgência.	X				
			Verificação facilitadora dos critérios de elegibilidade dos serviços prestados no âmbito dos programas verticais de financiamento.	Baixo	Elevada	Verificação por uma terceira entidade dos critérios definidos nas circulares normativas da ACSS (assessoria da EGC).	X				
			Verificação facilitadora das obrigações contratuais.	Baixo	Elevada	Existência de um Manual de Procedimentos aprovado pelo Conselho Diretivo; escrutínio de terceiros, nomeadamente órgãos fiscalizadores do Estado.	X				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 16 de 80

CD	Equipa de Gestão do Contrato (EGC) da Parceria Público Privada Hospital de Braga	Disponibilidade dos serviços contratualmente previstos.	Baixo	Elevada	Existência de um Manual de Procedimentos aprovado pelo Conselho Diretivo; escrutínio de terceiros, nomeadamente outras unidades hospitalares da rede de referênciação do Hospital de Braga e órgãos fiscalizadores do Estado.	X				
		Identificação dos doentes do SNS por quem a ARS Norte é responsável pelo pagamento dos serviços que lhe são prestados.	Baixo	Elevada	Existência de um Manual de Identificação de Utentes aprovado pelo Conselho Diretivo; Verificação da aplicação dos critérios do Manual por uma terceira entidade (assessoria da EGC).	X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 17 de 80

5.5. COMISSÃO REGIONAL DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CRFT)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	CRFT		Parcialidade na emissão de orientações aos ACES, na monitorização do padrão das prescrições de medicamentos e na avaliação das justificações técnicas e condições de dispensa.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Preenchimento de Declaração de Inexistência de Incompatibilidades e de Declaração Pública de Interesses por todos os membros da Comissão.	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 18 de 80

5.6. COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS					GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas					Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	CES		Falta de transparência dos procedimentos. Risco de falta de isenção para com entidades com quem os membros da CES já tenham colaborado. Risco incúria no tratamento dos processos. Risco de obtenção de benefícios secundários que possam alterar a interpretação pessoal de princípios éticos. Risco de interesses conflituosos que possam fazer pender uma decisão num determinado sentido.	Baixo	Baixo	Cumprimentos das normas regulamentares nacionais e da CES; cumprimento do Regulamento; o secretariado verificar todos os documentos necessários e preencher a folha respetiva; dar a todos os investigadores o mesmo prazo para envio de documentos em falta; respeito por todas as opiniões.					X				
						Identificação e participação à CES de eventuais situações de conflito.					X				
						Assegurar o cumprimento das normas regulamentares nacionais e da CES; uniformizar critérios de todos os elementos.					X				
						Assinatura da declaração de inexistência de conflitos de interesse.						X			

☒ Foram implementadas três das quatro Medidas Preventivas: Grau de implementação = 75%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 19 de 80

5.7. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (UIC)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	UIC		- Falta de transparência dos procedimentos. - Risco de falta de isenção para com entidades com quem os membros da UIC já tenham colaborado. - Risco incúria no tratamento dos processos. - Risco de obtenção de benefícios secundários que possam alterar a interpretação pessoal de princípios éticos. - Risco de interesses conflituosos que possam fazer pender uma decisão num determinado sentido.	Baixo	Baixo	- Cumprimento das normas regulamentares nacionais e das CES; cumprimento do Regulamento; dar a todos os processos o mesmo prazo para emissão de parecer/resposta; respeito por todas as opiniões.	X (1)				
						- Projetos anónimos;			X (2)		
						- Identificação e participação à UIC de eventuais situações de conflito.	X (3)				
						- Assegurar o cumprimento das normas regulamentares nacionais e da CES; uniformizar critérios de todos os elementos.	X (4)				
						- Assinatura da declaração de inexistência de conflitos de interesse por parte dos elementos da UIC.	X (5)				

(1) Já se encontra implementada desde 2017, mantivemos a implementação;

(2) Pela própria conjuntura e tipo de análise necessária, não é possível que seja anónima pelo que não é possível implementar esta medida (será retirada para 2019);

(3) / (5) foi registado em ata nº 59 de 14/12/2016 a declaração de conflito de interesses por parte dos elementos da UIC, não se pronunciando nem influenciando a decisão, dos restantes membros da UIC;

(4) Já estava implementado desde 2017;

☒ Foram implementadas quatro das cinco Medidas Preventivas: Grau de implementação = 80%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 20 de 80

5.8. GRUPO COORDENADOR REGIONAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS (GCR-PPCIRA)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	GCR do PPCIRA	Parcialidade ou Emissão de pareceres e/ou conclusões podendo favorecer determinados fornecedores.		Baixo	Baixo	- Pareceres/conclusões serem baseados em normativos do MS (DGS) e entidades Internacionais que regulam o Controlo de Infecção (ECDC e CDC);		X				
						- Emissão de Declaração de Interesse pelos trabalhadores envolvidos na Equipa de Trabalho em como não detêm interesse privado.		X				
		Existência de Parcialidade ou Emissão de pareceres e/ou conclusões injustas (por falta de informação completa) das unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde, na Região Norte.		Moderado	Moderado	- Serem definidos e negociados prévia e atempadamente, critérios e indicadores de avaliação das Entidades Prestadoras de Cuidados de Saúde, na Região Norte.					X	

(1) O GCR do PPCIRA tem definido critérios / indicadores a contratualizar que fornece ao Departamento de Contratualização, não sendo esta da sua competência.

☒ Foram implementadas duas das três Medidas Preventivas: Grau de implementação = 67%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 21 de 80

5.9. ASSESSORIA PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (ACSP)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
CD	ACSP		Conflito de interesses. Influência de entidades externas com vantagens para esta.	Baixo	Baixo	Pareceres e informações repartidos em equipa.	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01

Revisão: 00

Página 22 de 80

5.10. EQUIPA REGIONAL DE APOIO E ACOMPANHAMENTO (ERA)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível afetir grau de Implementação
CD	ERA		Favoritismo no tratamento dos processos de candidatura (Mod. A ou Mod. B).	Baixo	Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia de Avaliação das Candidaturas conhecida e publicada no <i>site</i> da ACSS. - Informação regular (mínimo mensal) da posição individual e global no processo de candidatura. - Envolvimento das direções executivas no acompanhamento dos processos de candidatura, com emissão de parecer sobre as mesmas. - Organização de bolsa de auditores externos à Equipa Regional, mas profissionais da ARS, para as auditorias a modelo B, estando excluídos de participar nas auditorias das equipas dos próprios ACES de origem. 	X (1)				

(1) Implementadas e em execução todas as medidas preventivas.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 23 de 80

5.11. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP)

5.11.1. ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO EM SAÚDE (AFPS)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DSP	AF Planeamento de Saúde (Dr ^a Manuela Felício)		Não foram identificados riscos de corrupção	⋮	⋮	---	---	---	---	---	---

☒ Não foram identificados Riscos nesta Unidade Orgânica.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 24 de 80

5.11.2. ÁREA FUNCIONAL VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (AFVE)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DSP	AF Vigilância Epidemiológica (Dr. Rocha Nogueira)		Permeabilidade à influência de entidades externas na emissão de pareceres técnicos envolvendo as mesmas, em troca de benefícios	Baixo	Baixa	Revisão de cada parecer, pelo menos por mais um técnico e/ou respetivo superior hierárquico	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 25 de 80

5.11.3. ÁREA FUNCIONAL PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE (AFPPS)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DSP	AF Promoção e Proteção da Saúde (Dr ^a Maria de Lurdes Maio)		Favoritismo por determinado fornecedor	Baixo	Baixa	O Profissional que propõe o envio do orçamento emite uma declaração em como não detém interesses privados no(s) produto(s) em apreço.	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 26 de 80

5.11.4. ÁREA FUNCIONAL AUTORIDADE DE SAÚDE (AFAS)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DSP	AF Autoridade de Saúde (Drª Maria Neto)		Permeabilidade à influência de entidades externas na emissão de pareceres técnicos envolvendo as mesmas, em troca de benefícios	Baixo	Baixa	Revisão de cada parecer, pelo menos por mais um técnico e/ou respetivo superior hierárquico	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 27 de 80

5.11.5. ÁREA FUNCIONAL OBSERVATÓRIO DA SAÚDE (AFOS)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DSP	AF Observatório Regional de Saúde (Dr ^a Manuela Mendonça Felício)		Não foram identificados riscos de corrupção	⋮	⋮	---	---				

☒ Não foram identificados Riscos nesta Unidade Orgânica.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 28 de 80

5.11.6. ÁREA FUNCIONAL LABORATÓRIO REGIONAL SAÚDE PÚBLICA (AFLSP)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
	AF Laboratório Regional de Saúde Pública (Dr.ª Ana Margarida Heitor)		a) Favoritismo por determinado fornecedor	Baixa	Baixa	A Responsável do Laboratório Regional de Saúde Pública emite uma declaração em como não detém interesses privados no(s) Produto(s) em apreço.	X				
			b) Desvio de fundos	Baixa	Baixa	Elaboração de faturação através de aplicação informática da ARS Norte (Logiberica). Definido um mecanismo de controlo: - Elaboração mensal de mapa em “Excel” de toda a faturação e envio com o talão de depósito bancário do valor das receitas arrecadadas ao setor de Contabilidade da ARS Norte, através do Departamento de Saúde Pública.					

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 29 de 80

5.12. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO (DEP)

5.12.1. ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO (AFP)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DEP	AF-P (Área Funcional de Planeamento)	Financiamento	Permeabilidade à influência de entidades externas com vantagens para estas.	Fraco	Fraco	Revisão de cada parecer por mais que um técnico e/ou rotação na atribuição dos profissionais a proferirem parecer.		X				
						Submissão de todos os pareceres técnicos a despacho superior hierárquico.		X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 30 de 80

5.12.2. ÁREA FUNCIONAL MONITORIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE (AFMPS)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS					GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas					Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
	AF-MPS (Área Funcional de Monitorização de Programas de Saúde)	Financiamento	Ferramenta informática que gere os programas de rastreio (<i>Siima</i>) está pouco desenvolvida para informar a faturação devida.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Obrigar a empresa fornecedora do software de gestão dos rastreios a desenvolver e estabilizar Relatórios Financeiros que retratem fielmente a produção realizada e suportem a validação da faturação.					X				
						Diligenciar para que a entidade prestadora de cuidados – Hospitais – anexar á fatura de prestação de serviços os Relatórios Financeiros produzidos no <i>Siima</i> para automatizar a validação das faturas .					X				
			Desfasamento entre o serviço que valida a produção realizada (DEP) e aquela que faz a gestão do pagamento à entidade emissora da fatura (UGF). Fragilidade no controlo da dupla faturação.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Controlo da faturação pelo serviço que detém esse tipo de funções.					X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 31 de 80

5.13. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO (DC)

5.13.1. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS SAÚDE HOSPITALARES (AFCSH)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DC	AF-CSH (Área Funcional – Cuidados Saúde Hospitalares)	Contratualização / SIGIC	Validação indevida de faturação no âmbito dos Acordos de Cooperação.	Moderado	Elevado	Automatismos de recolha de informação periódica das atividades contratadas.		X (1)				
						Auditorias Clínicas e Administrativas realizadas pelo DC.		X (2)				
			Flexibilização da validação /cumprimento dos indicadores para atribuição de incentivos financeiros.	Fraco	Moderado	Publicitação regular dos resultados dos indicadores de qualidade e desempenho (SNS).		X (3)				
						Materialização dos critérios inscritos nos Acordos de Cooperação do Setor Social, através de aprovação pelo CD.		X (4)				
			Prioridade na validação de faturas de determinadas instituições convencionadas no âmbito do SIGIC.	Fraco	Fraco	Extração da totalidade dos episódios para validação da codificação na mesma data e aleatoriedade mensal na instituição a validar.		X (5)				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 32 de 80

			Encaminhamento de doentes para determinadas instituições convencionadas no âmbito do SIGIC.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Procedimento instituído de informar sobre todas as instituições convencionadas para o (s) procedimento(s) que o utente está inscrito.	X (6)				
			Validação indevida de faturação no âmbito do SIGIC.	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	Validação da faturação dos Hospitais de Destino em articulação com os Hospitais de Origem.	X (7)				
						Auditorias Clínicas e Administrativas realizadas pelo DC.				X (8)	

- (1) Recolha no final de cada ano, para efeitos de acerto da faturação, da produção cirúrgica (plataforma SIGLIC) e das consultas (CTH).
- (2) Realizadas por este DC 8 ações de Auditoria *remotas* aos 8 Acordos de Cooperação com as SCM.
- (3) A publicitação dos indicadores do SNS é efetuada através do SICA e "Portal benchmarking" da ACSS, afastando qualquer possibilidade de flexibilização dos resultados dos indicadores pelo DC.
- (4) Os critérios de medição dos indicadores encontram-se claramente definidos ao nível da redação dos Acordos de Cooperação, pelo que a aprovação desses critérios decorre da assinatura dos Acordos por parte do CD.
- (5) Os Hospitais de Destino (HD) remetem os ficheiros com a produção cirúrgica até ao dia 10 do mês seguinte (c/ exceção dos HD com ligação direta à RIS, cujo envio é automático) - norma. Assim, a aleatoriedade ficou assegurada sem necessidade de mecanismos adicionais.
- (6) O utente quando recebe o Vale de Cirurgia (VC) e quer optar por um Hospital que não consta do VC, contacta este DC, que o informa de todas as Unidades prestadoras com o(s) procedimento(s) ativos.
- (7) O processo de faturação é efetuado em articulação com os Hospitais de Origem, permitindo uma dupla conferência da produção e correspondente faturação.
- (8) A ação de Auditoria inicialmente prevista a uma entidade convencionada (âmbito SIGIC) foi adiada pela priorização das ações de auditoria em 2018, que incidiram em áreas de maior exposição ao risco.

☒ Foram implementadas sete das oito Medidas Preventivas: Grau de implementação = 87,5%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 33 de 80

5.13.2. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS SAÚDE PRIMÁRIOS (AFCSP)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS					GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas					Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DC	AF-CSP (Área Funcional – Cuidados Saúde Primários)	Flexibilização da validação dos critérios para atribuição da verba relativa aos incentivos institucionais e financeiros.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Definição <i>à priori</i> da metodologia/critérios de verificação dos requisitos; casos excecionais devidamente aprovados pelo CD.	X (1)									

(1) O DC-CSP fez revisão do Manual de Validação de 2017 mantendo-se para 2018 as premissas definidas. O Relatório de Atribuição de Incentivos Institucionais foi elaborado tendo em conta os resultados finais propostos pelos ACES, cujas justificações apresentadas pelas equipas foram consideradas plausíveis de aceitação /validações. O DC-CSP encetou um processo de verificação de evidências, para consolidar e validar as propostas apresentadas e produzir o Relatório Final.

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 34 de 80

5.13.3. ÁREA FUNCIONAL CONVENÇÕES (AFC)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS					GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas					Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DC	AF-C (Área Funcional – Convenções)	Favoritismo no tratamento dos processos		Elevado	Elevado	As regras aplicáveis ao tratamento dos processos (será por ordem de entrada do correio electrónico ac.convencoes@arsnorte.min-saude.pt nesta ARS com excepção de determinação superior diversa em termos de urgência e prioridade), e distribuídos aleatoriamente pelo responsável da AF-Convenções aos seus 2 colaboradores;					X				
						O registo de entrada dos processos passou assim a ser o correio electrónico - ac.convencoes@arsnorte.min-saude.pt , sendo que o Registo informático diário de entrada dos documentos com identificação do funcionário a quem o processo é distribuído, está a ser utilizado para os restantes pedidos que não seja de alteração das convenções.							X (1)		
		Tratamento desconforme dos processos (em termos legais).		Elevado	Elevado	O Despacho n.º 4424/2017, de 23.05 e a Circular Normativa n.º 15/2017 de 19.07., da ACSS; I.P., estabeleceu a criação de um modelo de formulário e de ficha Técnica os quais são assinados digitalmente com recurso ao cartão de cidadão.					X				
						Elaboração de informações (e não ofícios) sobre os processos instruídos, para os procedimentos de autorização; No caso de procedimento de notificação é elaborado um email à ACSS; I.P. informando da conformidade legal segundo os referidos Despacho de Circular Normativa Caso se permita transmissão de orientação por mero ofício deverá constar as iniciais do profissional responsável pela minuta do mesmo.					X				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 35 de 80

		Tratamento preferencial e parcial de processos derivado às pressões das Entidades privadas.	Elevado	Elevado	Impossibilitar o contacto (telefónico) da Entidade com o profissional afeto ao respetivo processo, devendo as questões ser colocadas formalmente por escrito ou junto da respetiva Coordenação;	X				
					Não permissão de reuniões entre Entidades privadas e Técnicos afetos aos respetivos processos, sendo apenas admissível com a Coordenação;	X				
					Criação de um correio eletrónico para esclarecimentos às entidades convencionadas (convencoes@arsnorte.min-saude.pt), gerido unicamente pelo Responsável da AFC;	X				
					Rotatividade dos processos pelos recursos humanos existentes no Sector.	X				

(1) As medidas preventivas definidas, foram consideradas parcialmente implementadas, no que se refere ao “Registo informático diário de entrada dos documentos” a qual carece de ser alterada/atualizada, a saber:

- A definição das regras aplicáveis ao tratamento dos processos (será por ordem de entrada do correio eletrónico ac.convencoes@arsnorte.min-saude.pt, nesta ARS com exceção de determinação superior diversa em termos de urgência e prioridade), e distribuídos aleatoriamente pelo responsável da AF-Convencções aos seus 2 colaboradores;
- Quanto aos restantes documentos que davam entrada em papel, a base de dados que existia para o registo desses processos deixou de ser utilizada para os processos de gestão das convencções, (passou a ser o email supra referido) sendo apenas seria utilizada para o registo de outros pedidos.

Todavia com a introdução da nova aplicação da gestão documental, o referido registo deixou de ser realizado, uma vez que seria duplicação de registo e os processos são em menor numero. Assim esta medida deverá ser alterada para devendo a base de dados para o registo dos processos ser substituída pela nova aplicação da gestão documental, devendo os elementos desta AF-Convencções utiliza-la para o acompanhamento dos processos que dão entrada em papel, sob a supervisão.

- O registo de entrada dos processos de alteração dos procedimentos de gestão/ alterações das convencções é o correio eletrónico - ac.convencoes@arsnorte.min-saude.pt, sendo principal meio de registo de entrada desses processo.
- Após a sua conclusão, é requerido à ACSS; I.P. a sua introdução na aplicação SGES e os mesmos processos são arquivados pelo Responsável da AF-Convencções na pasta partilhada em rede no seguinte endereço: <Z:\AFC\EPLC\Convencções\Fichas Técnicas>

Notas da AFC:

Do ponto de vista de eventuais conflitos de interesse, relativamente às decisões e procedimentos administrativos, sou da opinião e parecer que, quer atualmente, quer no futuro, a probabilidade de se verificarem é muito alta, inclusive no âmbito da contratação pública, pelo facto que passo a expor:

- Em 09 out.2013 foi publicado o D.L. n.º 139/2013 de 09 de out. que estabeleceu o novo regime jurídico de celebração de contratos de convenção com o SNS.
- O artigo 3.º do mencionado Diploma, refere que “2 - As convencções de âmbito nacional são contratadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I. P.), e vinculam todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS).”
- Todavia, estabelece que “3 - As ARS podem celebrar convencções de âmbito regional, ou constituir um agrupamento de entidades contratantes para celebrar convencções que abranjam mais de uma região.”

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 36 de 80

4. No entanto, o legislador estabeleceu regras e limites para que as ARS's possam celebrar convenções, pelo que, “ 4 — As convenções de âmbito nacional afastam a possibilidade de convenções de âmbito regional, em caso de salvaguarda do interesse público devidamente justificado.”, bem como, “ 5 — A celebração de convenções, por parte dos prestadores de serviços de saúde, impede outras formas de contratação de prestações de saúde com o mesmo objeto e no mesmo âmbito.”.
5. Por sua vez, o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 139/2013 de 9 de outubro, sob a epígrafe “Procedimento para a Contratação de convenções”, refere o seguinte:
 1. A celebração das convenções deve ser precedida de uma das seguintes modalidades de procedimento:
 - a) Procedimento de contratação para uma convenção específica;
 - b) Procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado
 2. A opção entre as modalidades de procedimento previstas no número anterior é determinada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da ARS ou da ACSS, I. P., consoante o procedimento seja de âmbito regional ou nacional, mediante parecer prévio não vinculativo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), atendendo às características do mercado a que se dirige a convenção, nomeadamente quanto aos níveis de concorrência, à área de prestação e à natureza dos serviços.
 3. (...)
 4. No caso de pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos, cuja sede social se situe em concelhos com população residente igual ou inferior a 30.000 cidadãos eleitores residentes e tenham volume de faturação anual em prestações de saúde igual ou inferior a 250 000,00 EUR, é aplicado o procedimento previsto na alínea b) do n.º 1.” - (Procedimento de adesão a um clausulado tipo previamente publicado).
6. Sobre este procedimento, o n.º 4 do artigo 6.º do mencionado diploma refere que “Cabe à ACSS, I. P., definir os clausulados tipos em articulação com as ARS, no caso do procedimento previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º.”
7. Assim, face ao exposto, as ARS's também poderão encetar os procedimentos relativos às modalidades acima identificadas para a celebração de Convenções (âmbito Regional), após estarem concluídas as modalidades de celebração em curso por parte da ACSS, I.P. (convenções de âmbito Nacional), esgotando a capacidade instalada quer no SNS, quer no sector convencionado.
8. Por sua vez, a escolha do tipo de procedimento de contratação deve ter em conta não apenas a área de prestação, mas também a natureza e as características do mercado a que se dirige a convenção. Assim, em mercados que registem um nível de concorrência significativo poderá revelar-se mais adequado o procedimento de contratação específico, ao invés do contrato de adesão, que será mais adequado para mercados com graus de concorrência reduzidos.
9. Julgamos que, após o encerramento dos procedimentos de celebração de contratos de convenção por parte da ACSS, I.P., caso se verifiquem que, ainda subsistem necessidades por parte dos Utentes do SNS, se poderá realizar um estudo a nível Regional, a fim de verificar, em que regiões, Distrito, Concelho, áreas de saúde (MCDT's), poderá ser necessário colmatar e assim proceder à escolha das modalidades a utilizar nas referidas áreas, garantindo o indispensável equilíbrio entre incentivos à eficiência e a garantia de qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, bem como, acautelando que, deverão ser apenas aceites novos prestadores, pois a lei impede outras formas de contratação de prestações de saúde com o mesmo objeto e no mesmo âmbito, com prestadores com contrato celebrado com o SNS.

☒ **Foram implementadas sete das oito Medidas Preventivas: Grau de implementação = 87,50%**

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 37 de 80

5.13.4. ÁREA FUNCIONAL CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (AFCCI)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS					GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas					Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DC	AF-CSCI (Área Funcional – Cuidados de Saúde Continuados Integrados)		O processo de candidatura à prestação de cuidados continuados integrados.	Elevado	Moderado	O processo de candidatura deve seguir as regras da contratação pública.					X (1)				
			Contratualização de serviços no âmbito da RNCCI.	Fraco	Fraco	Entidades decisoras não podem ser prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI.					X (2)				
						O processo de contratualização deve ser público.						X (2)			
			Referenciação de doentes – admissão.	Elevado	Elevado	Elementos de entidades decisoras não devem decidir em causa própria.					X (3)				
						Definição de critérios de admissão na RNCCI mais objetivos.					X (4)				
			Referenciação de doentes – tipologia.	Moderado	Moderado	Definição de critérios de referenciação mais objetivos.					X (4)				
			Referenciação de doentes - escolha de unidades.	Moderado	Moderado	Assinatura do Consentimento Informado (CI) e TA por parte do Utente/ Família/ Representante.					X (5)				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 38 de 80

		Colocação de utentes nas Unidades.	<i>Fraco</i>	<i>Fraco</i>	Critério único de colocação de utentes nas unidades: escolha do doente, data, hora, minutos, segundos e vaga disponível.	X (6)				
					Número de lugares disponíveis do conhecimento de todas as entidades intervenientes no processo de referenciação.	X (7)				
					Conhecimento por parte dos doentes do seu posicionamento na lista de espera.	X (8)				
		Permanência dos doentes nas Unidades de Internamento.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	Monitorização da manutenção dos critérios de saúde e sociais dos doentes.	X (9)				

- (1) Mantiveram-se as medidas já implementadas sendo como se descreve: Processos de candidatura apresentados de acordo com o previsto na legislação em vigor (Portaria 50/2017 de 2 fevereiro). Apreciação por pelo menos dois elementos da Equipa com base nas necessidades identificadas de camas por concelho e tipologia da RNCCI. Se parecer favorável do CD, é necessário obter parecer do ISS, dado tratar-se de uma parceria entre estes dois Ministérios na tipologia de UMDR e ULDM. Submissão do parecer ao CD.
- (2) Mantiveram-se as medidas já implementadas, sendo como se descreve o procedimento: Processo organizado de acordo com a orientação técnica nº 8 do ISS,IP, - Instrução e organização dos processos de celebração de acordos no âmbito da RNCCI. Documentação organizada e validada por dois elementos da equipa.
- (3) Elaboração de um procedimento com a publicação da Portaria n.º 249/2018 determinando que apesar das Unidades/Equipas prestadoras poderem solicitar a reavaliação dos utentes a admitir, a decisão final é da Equipa de Coordenação Local, equipa externa ao prestador, integrada num ACeS.
- (4) Os critérios de admissão na RNCCI foram redefinidos através da publicação da Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro.
- (5) As minutas dos consentimentos informados estão neste momento em discussão na ACSS/ECR, nomeadamente no que concerne a obrigatoriedade do utente aceitar ser admitido em qualquer Unidade da região, tendo esta ECR remetido parecer de que sustentado na Lei de Bases da Saúde a escolha das Unidades por parte dos utentes é um direito que não pode ser ignorado, propondo a manutenção da possibilidade de escolha.
- (6) Mantiveram-se os procedimentos de 2017. Os doentes são colocados de acordo com a ordem de entrada na lista de espera, salvo os considerados prioritários (transferências entre Unidades da RNCCI e doentes que reingressam na RNCCI na mesma tipologia após perda de vaga por internamento hospitalar prolongado (Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro). A colocação é efetuada pelo menos por dois elementos da equipa de forma alternada.
- (7) Diariamente é divulgada no portal da ARS as vagas disponíveis por Entidade, bem como é enviado mail com essa mesma informação a todas as equipas da RNCCI (EGA/ER/ECL/ECCL). Número de utentes a aguardar vaga disponível no Portal do SNS
- (8) Sempre que solicitado pelo doente/representante ou mesmo pelas diferentes equipas da RNCCI, é prestada informação relativamente ao posicionamento em lista de espera.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 39 de 80

- (9) Sempre que a Unidade de UC ou UMDR considera necessário que o utente permaneça para além do legalmente previsto em cada uma das tipologias, 30 ou 90 dias respetivamente, a mesma solicita a devida prorrogação via aplicativo informático da RNCCI, informação essa que será validada primeiro pela ECL e posteriormente pela ECR, quando à presença de critérios clínicos/sociais que o justifiquem. Nas ULDM dado que não existe limite de tempo de internamento, a cada 180 dias a ECL reavalia a manutenção de critérios de permanência dos utentes, dando conhecimento a esta ECR. Note-se que ambas as equipas decisoras, ECL e ECR, têm na sua composição elementos da área da saúde e pelos menos 1 representante do Instituto da Segurança Social, IP.

☒ Foram implementadas dez das onze Medidas Preventivas: Grau de implementação = 91%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 40 de 80

5.14. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL (DGAG)

5.14.1. UNIDADE DE GESTÃO FINANCEIRA (UGF)

5.14.1.1. CONTAS A PAGAR

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UGF	Contas a Pagar	Manipulação dos ficheiros (do SISO, CCF, PHC) de integração de documentos para processamento contabilístico	Moderado	Elevado	Conferência do processamento, através do suporte em papel, efetuado por profissionais distintos dos que realizam a integração dos ficheiros.		X				
			Faturas emitidas por Entidades fictícias	Fraco	Elevado	Consulta, no Portal da Autoridade Tributária e Aduaneira, de informação relativa ao sujeito passivo (NIF).		X				
			Indicar, à Gestão Orçamental, um NIB diferente do apresentado pelo fornecedor	Fraco	Elevado	Solicitar sempre comprovativo bancário. Verificações sistemáticas de legitimidade, através de contacto telefónico com a entidade, bem como pela confrontação do novo NIB indicado com o NIB referenciado na fatura da entidade. No caso de subsistir alguma dúvida é mantido o NIB anterior, não procedendo a qualquer alteração.		X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 41 de 80

5.14.1.2. TESOURARIA E PAGAMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UGF	Tesouraria e Pagamentos	Possibilidade de alteração do valor e do NIB nas transferências bancárias.	<i>Frac</i>	<i>Elevado</i>	Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à conciliação bancária.		X (1)				
			Pagamento de despesas não autorizadas	<i>Frac</i>	<i>Frac</i>	Os profissionais que efetuam os pagamentos não são os mesmos que processam as despesas.		X (2)				
			Desvio de numerário	<i>Frac</i>	<i>Elevado</i>	A entrega de numerário referente a receitas deve ser efetuada na Tesouraria, acompanhada de documento que evidencie a natureza e o montante dos valores entrados e a identificação do responsável pela sua receção. O numerário deve ser depositado, na respetiva conta bancária, diariamente.		X (3)				

- (1) - Segregação de funções entre quem processa as transferências bancárias, quem as valida e quem procede à conciliação bancária
Está a ser cumprida a segregação de funções.
Existem pessoas distintas com estas tarefas. Assim, os profissionais operadores/utilizadores da Tesouraria efetuam o processamento das transferências bancárias e os titulares da conta são os responsáveis pela validação das transferências.
Para além disso, na Tesouraria existem outros profissionais responsáveis pelas Reconciliações Bancárias.
- (2) - Os profissionais que efetuam os pagamentos não são os mesmos que processam as despesas.
A área “Contas a Pagar” procede ao processamento das despesas e a área “Tesouraria” efetua os pagamentos.
- (3) - A entrega de numerário referente a receitas deve ser efetuada na Tesouraria, acompanhada de documento que evidencie a natureza e o montante dos valores entrados e a identificação do responsável pela sua receção. O numerário deve ser depositado, na respetiva conta bancária, diariamente.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 42 de 80

No que respeita a esta medida, deverá ser realçado que, através da informação, de 03/01/2018, da área “Tesouraria”, foi proposto que os depósitos passassem a ser realizados mensalmente, atendendo ao facto dos pagamentos em numerário terem diminuído, tendo sido proferido despacho concordante, de 05/01/2018, da Vice-Presidente desta ARS.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

5.14.1.3. GESTÃO ORÇAMENTAL

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UGF	Gestão Orçamental	Ao criar a Entidade, na aplicação SIDC, colocar um NIB diferente	Fraco	Elevado	Conferência por amostragem, por um profissional diferente daquele que realizou a inserção.		X (1)				

(1) Através de amostragem é efetuada a conferência por um profissional diferente daquele que realizou a inserção do NIB ao criar uma entidade na aplicação SICC.

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 43 de 80

5.14.1.4. PRESTAÇÕES INDIRETAS

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UGF	Prestações Indiretas	Existência de prescrições fraudulentas, na conferência de MCDT do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, dado que a entidade prescritora é simultaneamente o fornecedor do serviço e utiliza prescrições manuais.	Fraco	Moderado	Solicitar o envio da lista atualizada dos utentes inscritos para transplantação renal (conforme previsto na Circular Normativa n.º 01/DQS de 07.01.2009 da DGS). Exigir a emissão eletrónica dos MCDT. Verificar a existência dos utentes identificados nas prescrições na Plataforma de Gestão Integrada da Doença – Insuficiência Renal Crónica e exigir o registo dos exames nessa plataforma (conforme previsto na Circular supra referida).	X (1)				
			Existência de faturação de MCDT prescritos e não realizados, no caso do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	Fraco	Moderado	Verificar a existência de assinatura do utente em todas as requisições de MCDT.	X (2)				
			Existência de faturação de medicamentos que não foram efetivamente cedidos nas farmácias hospitalares, ou cedidos em quantidades diferentes das prescritas.	Fraco	Elevado	Verificar na conferência da faturação de farmácias hospitalares, o cumprimento dos requisitos previstos no Despacho 13382/2012, de 4 de outubro, publicado na 2.ª série do Diário da República, a 12 de outubro, nomeadamente os seus números 1 e 2.	X (3)				

- (1) Validação para pagamento de prestações não devidamente certificadas pelo utente – Somente são aceites prestações com assinatura no próprio utente ou representante a rogo com a devida identificação. Por isso esta medida está totalmente implementada.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 44 de 80

- (2) Validação da prestação de serviços que não cumpram as regras fundamentais para a sua aceitação, nomeadamente ao nível da prescrição e prestação, conforme legislação em vigor e procedimentos instituídos – Existência de Manuais internos para todas as áreas de conferência, com o computo das regras fundamentais e procedimentos em vigor. Sendo feita a validação da conferência realizada, por amostragem. Por isso esta medida está totalmente implementada.
- (3) Pagamento indevido de reembolsos de prestações obtidos no estrangeiro – ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Acordos Internacionais. Aqui existe segregação de funções, em que a pessoa que regista é diferente de quem processa e há uma validação/confirmação por terceira pessoa.”

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

5.14.1.5. CONTAS A RECEBER

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UGF	Contas a Receber	Anulação de faturas e emissão indevida de notas de crédito	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	Elaboração de informação com a fundamentação para a anulação da fatura e/ou emissão de nota de crédito, e respetiva autorização do responsável pela Unidade Orgânica.		X (1)				

- (1) Para cada caso em que é exigida a emissão de uma nota de crédito ou a anulação de faturas, é redigida uma informação de serviço, com o enquadramento da situação, a respetiva fundamentação, anexando-se toda a documentação pertinente e comprovativa.

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 45 de 80

5.14.2. ÁREA FUNCIONAL SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (AFSI)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	AF-SI (Área Funcional – Sistemas de Informação)	Receção não controlada dos produtos/ equipamentos em termos de quantidade/ qualidade.	Fraco	Fraco	Receção de bens efetuada por profissionais da AFSI especializados e com conhecimento específico dos bens em causa.	X					
					Rotatividade dos profissionais assegurada pela existência de vários elementos afetos a cada área específica, como sejam: comunicações; sistemas; hardware; impressoras.	X					
		Insistência no envio de convites aos mesmos fornecedores.	Fraco	Fraco	Criação da figura de gestor de categoria para todas as aquisições de bens e serviços geradas pela AFSI, cujas funções são as de compilar as necessidades de aquisição de bens e serviços identificados pelas unidades dos ACES e pelos serviços Centrais.	X					
					Elaborar os cadernos de encargos em conjunto com os especialistas das áreas inerentes à compra em causa.	X					
					Identificar os fornecedores passíveis de serem consultados em conjunto com os especialistas das áreas inerentes à compra em causa e indica-los à Unidade de Aprovisionamento para que seja esta a remeter os convites	X					

Nota da AFSI: As medidas encontram-se implementadas e em pleno funcionamento. Para além destas também foram melhorados os circuitos de armazenamento e distribuição dos equipamentos informáticos, os quais passaram a ser armazenados nos Centros de Logística da Maia e de Vila Real, devidamente registados no sistema de informação de Logística e Compras. Os movimentos de entrada e de saída são também processados informaticamente. Esta medida é também uma melhoria do grau de probabilidade de ocorrência de corrupção e infrações conexas cuja escala de risco já era “fraco”.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 46 de 80

5.14.3. UNIDADE DE APROVISIONAMENTO (UA)

5.14.3.1. COMPRAS

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UA	Compras	Receção não controlada de equipamentos destinados aos ACES.	Moderado	Elevado	Envio aos ACES/Unidades de Saúde dos equipamentos a fornecer (notas de encomenda ou listagem individual por centro de custo) e envio ao Aprovisionamento de comprovativo dos equipamentos rececionados.	X (1)				
						Responsabilidade por parte de quem recebe para a conferência e verificação da qualidade/ quantidade.	X (1)				
						Pagamento de faturas só com comprovativo de receção do equipamento.	X (1)				
						Verificação pontual e por amostragem, da conformidade entre as características dos equipamentos adquiridos e os equipamentos fornecidos às unidades de saúde, no local de instalação/fornecimento, por funcionários da UA				X (2)	
			Inexistência de Manual de Procedimentos de Aquisição de Bens e Serviços	Elevada	Elevado	Elaboração de um Manual de Procedimentos de Aquisição de Bens e Serviços.				X (6)	

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 47 de 80

DGAG	UA	Compras	Inexistência de controlo na tramitação dos processos cujos bens e serviços são adquiridos centralmente pelas Centrais de Compras (SPMS e ESPAP), tendo em conta que os processos são iniciados com vários meses de antecedência à data de início de facto das prestações de serviços e/ou do fornecimento dos bens.	Moderado	Moderado	A UA/Compras solicita às Centrais de Compras um ponto de situação mensal de todos os processos.		X (7)				
			Alterações contratuais.	Elevado	Moderado	As alterações terão que ser aprovadas nas mesmas condições do contrato inicial, e devidamente justificadas.	X (5)					
						Deverão ter o enquadramento legal.	X (5)					
						A informação deverá estar arquivada no processo	X (5)					
			Favoritismo por determinados fornecedores.	Moderado	Moderado	O colaborador que identifica a necessidade, não pode fazer parte do júri.	X					
						Quando não é necessário júri, o material é analisado por funcionário especializado em equipamentos com o devido parecer de conformidade.	X					
						Emissão de Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, em conformidade com o CCP revisto (Anexo XIII).	X (3)					
						Utilização de plataforma eletrónica		X (4)				
						Aquisição de material/equipamento ao abrigo dos Acordos-Quadro.	X (4)					

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 48 de 80

- (1) Encontra-se implementado o comprometimento por parte dos ACES na receção dos equipamentos que em 2019 já será efetuada através da plataforma Logibérica com maior detalhe na confirmação.
- (2) No que concerne à verificação por amostragem nos ACES ainda não foi possível implementar face à escassez de recursos humanos na UA/Logística e que vai aumentando.
- (3) A declaração de interesses em utilização encontra-se atualizada em conformidade com o CCP revisto.
- (4) Quanto à utilização da plataforma eletrónica sentimos alguns constrangimentos por parte dos fornecedores que não a utilizam. Sempre que existam acordos quadro, e mesmo que este Instituto não se encontre vinculado a recorrer à aquisição centralizada, a opção é recorrer aos acordos quadro nos quais os fornecedores já constam habilitados eliminando-se qualquer favoritismo. Nas restantes aquisições solicitam-se as devidas fundamentações aquando da indicação de algum fornecedor.
- (5) Qualquer alteração contratual tem que ser objeto de aprovação nas mesmas condições do contrato inicial.
- (6) A profissional que se encontrava a realizar o Manual de Procedimentos saiu da Instituição antes da sua conclusão e, entretanto, com a publicação do CCP revisto este Manual terá que ser objeto de revisão. Todavia a rotatividade de recursos humanos na Unidade de Aprovisionamento tem sido elevada o que não é facilitado a conclusão do Manual.
- (7) Adicionalmente, tendo em conta que cada vez mais bens e serviços são adquiridos centralmente pelas Centrais de Compras (SPMS e ESPAP) e cujos processos iniciam a sua tramitação com meses de antecedência à data de início de facto das prestações de serviços e/ou do fornecimento dos bens, seria conveniente implementar uma medida que permitisse um maior controlo no estado/fase do procedimento. Assim, a UA/Compras tem solicitado reiteradamente aos SPMS um ponto de situação mensal de todos os processos, designadamente através da reposição das reuniões mensais com todas as ARS, mas até à presente data essas reuniões ainda não foram retomadas. Todavia, já foi possível implementar um ponto de situação semanal relativamente às aquisições no âmbito dos sistemas de informação, através de email.

☒ Foram implementadas dez das catorze Medidas Preventivas: **Grau de implementação = 71%**

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 49 de 80

5.14.3.2. LOGÍSTICA

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Órgão/ Departamento	Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível afetir grau de Implementação
DGAG	UA	Logística	Gestão ineficiente de stocks centrais	Fraco	Fraco	Assegurar a continuidade do Sistema Informático PHC Enterprise, com módulo de gestão de stocks, que permite verificar em tempo real o stock (existências), assim como o stock reservado e cativo.	X				
			Gestão ineficiente de stocks avançados	Elevado	Elevado	Auditorias periódicas aos stocks avançados e promoção do registo de consumos regular (semanal)					X
						Reavaliação dos níveis de stock dos armazéns avançados				X	
						Validação criteriosa dos pedidos extraordinários			X		
			Desvio de existências	Fraco	Moderado	Realização de contagens físicas periódicas, aos materiais de grande volume financeiro, vacinas e planeamento familiar.	X				
						Assegurar a continuidade do Sistema Informático PHC Enterprise que permita a visualização das quantidades existentes no momento das contagens físicas.	X				
						Assegurar a continuidade do Sistema Informático iBeria Pocket Warehouse, para leitura de códigos de barras, contagem das existências em tempo real e contagem físicas periódicas e aleatórias.		X			

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 50 de 80

						Existência de “Relatórios de Não Conformidades”, resultantes de registos efetuados pelos trabalhadores aquando da verificação de discrepância de existências.	X				
			Existência de stock obsoleto e fora de validade	Moderado	Moderado	Revisão do catálogo de artigos				X	
						Análise aos produtos fora de validade e obsoletos, respetiva divulgação e regularização		X			

☒ Foram implementadas quatro das dez Medidas Preventivas: Grau de implementação = 40%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 51 de 80

5.14.3.3. PATRIMÓNIO

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	UA	Património	Inexistência de informação referente aos imóveis de todas as ex. sub-regiões de saúde/ACES que compõe a ARSN.	Elevado	Moderado	Solicitar/Compilar toda a informação das ex Sub-Regiões de Saúde/ACES, com o intuito de atualizar o SIIE ; regularizar os registos e inscrições dos Imóveis da ARSN e atualizar a base de dados de imóveis da ARS.		X				
						Atualização obrigatória (Anual), com reporte/comunicação obrigatória à UA/Património (Imóveis) dos Imóveis novos e US encerradas.			X			
			Inexistência de Manual de Procedimentos para a Gestão de Imóveis.	Elevado	Moderado	Elaboração de Manual de Procedimentos para Gestão de Imóveis (Abertura/ Encerramento/ Entrega de unidades de Saúde), dando conhecimento do mesmo aos ACES.				X		
			Abate e Transferência de bens sem comunicação.	Elevado	Moderado	Elaborar Manual de procedimentos sobre a temática, sensibilizar os ACES/Departamentos para manterem os registos patrimoniais atualizados, comunicando todos os abates e transferências corretamente ao Património. Implementar procedimentos de contagem por amostragem, pela Unidade de Aprovisionamento, com periodicidade a definir.			X			
			Controlo dos abastecimentos de combustível nas viaturas serviços centrais.	Elevado	Moderado	Conferências dos km's percorridos com o mapa de utilização de serviços gerais e talões de combustível. Preenchimento dos mapas e talões de acordo com as regras vigentes.		X				

☒ Foram implementadas duas das cinco Medidas Preventivas: Grau de implementação = 40%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 52 de 80

5.14.4. ÁREA FUNCIONAL TRANSPORTE NÃO URGENTE DE DOENTES (AFTNUD)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	Área Funcional Transporte Não Urgente de Doentes (AFTNUD)	Alterações do planeamento das prestações.		Moderado	Baixa	Os <i>logins</i> para o SGTD têm perfil de Supervisão, com acesso a todas as fases dos transportes programados. Os <i>logins</i> são nominais, sendo imediatamente identificados em qualquer ação/instrução na plataforma, os respetivos profissionais.		X				
		Criação/ anulação/ aprovação de credenciais de transporte.		Moderado	Baixa							
		Criação/ desativação de utilizadores.		Moderado	Baixa							
		Inserção/ desativação de viaturas/motoristas.		Moderado	Baixa							
		Registo de horas de entrada/saída dos utentes nas entidades prestadoras.		Moderado	Baixa							

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 53 de 80

5.14.5. SECRETARIA GERAL

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS						MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS		GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento	Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas		Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DGAG	Secretaria - Geral	Expediente	- Extravio de correspondência	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	- Triagem atenta e eficiente da correspondência. - Acompanhamento diário do trabalho desenvolvido pelos profissionais que executam estas funções.		X				
			- Fuga de informação por acesso a documentos confidenciais	<i>Moderado</i>	<i>Elevado</i>	- Sensibilização e acompanhamento diário do trabalho desenvolvido pelos profissionais que executam estas funções. - Cumprimento das condutas éticas.		X				
		Gestão de Fundo de Maneio (Sede e CIMMGF ZN)	- Engano na conferência; - Engano na identificação ou esquecimento do centro de custo associado.	<i>Moderado</i>	<i>Moderado</i>	- Aquando a aposição dos centros de custo nos talões de despesa, consultar a lista disponibilizada pela UGF. - Manter informação atualizada da lista supra mencionada.		X				
			- Extravio de talões de despesa.	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	- Agrafar os talões de despesa aos pedidos feitos por e-mail e arquivar em pasta própria, devidamente organizada e identificada.		X (1)				
			- Pagamentos efetuados indevidamente, por não se enquadrarem no Regulamento de Fundo de Maneio.	<i>Fraco</i>	<i>Elevado</i>	- Consulta do Regulamento de Fundo de Maneio, com maior frequência. - Nas situações que suscitem dúvidas, o Regulamento deve ser sempre consultado, bem como, solicitar uma avaliação ao superior hierárquico.		X (1)				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 54 de 80

		Gestão de Consumíveis	- Desvio de material.	Fraco	Elevado	- Sugerir ao superior hierárquico que, através da AFSI se elabore uma base de dados, onde conste todo o material existente em armazém (Stª Catarina), bem como o que sai, para um maior controle.	X (2)				
			- Receção de material danificado ou impróprio para utilização.	Elevado	Moderado	- Através de email reportar-se à U.A. - Logística Vila Real.	X (2)				
		Gestão da Frota (Viaturas CD e Substituição - Stª Catarina)	- Mapas de Utilização de Viaturas indevidamente preenchidos. - Desencontro na informação, relativamente à marcação de saídas de viaturas - Mapa de Viaturas.	Moderado	Elevado	- Envio dos Mapas para a UA somente após verificação do seu correto preenchimento e do cumprimento do Regulamento Interno de Uso de Veículos da ARSN,I.P.. - A verificação dos dados inseridos nos Mapas, será efetuada através da comparação do documento, “Pedido de Autorização para Condução de Viatura – ARS Norte, I.P.”. - Melhor e maior articulação dos profissionais incumbidos deste serviço. - Agendamento atempado por parte dos interessados.	X				

- (1) O FM da secretaria- geral não integra quaisquer despesas relativas ao internato médico; todas as despesas apresentadas no FM possuem anexada a respetiva autorização superior.
- (2) Relativamente à Gestão de consumíveis já se encontra implementado o modelo de gestão de stocks integrado com a UA/Logística, sendo as reposições efetuadas em conformidade com os consumos registados e com os níveis de stocks atribuídos.

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 55 de 80

5.15. DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)

5.15.1. ÁREA FUNCIONAL PLANEAMENTO E GESTÃO (AFPG)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DRH	AF – PG (Área Funcional - Planeamento e Gestão)	Considerar, indevidamente, que se encontram cumpridos os requisitos aquando da análise de requerimentos de: - Acumulação de Funções; - Licenças sem Vencimento.	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	Utilização, de carácter obrigatório, por todos os serviços que integram a ARSN, do modelo de requerimento para a acumulação de funções, que terá que estar correta e totalmente preenchido; Os pedidos de licença sem remuneração deverão ser acompanhados de parecer fundamentado por parte do superior hierárquico;	X				
		Favorecimento a trabalhadores aquando da aplicação das regras de Mobilidade e/ou Cedência de Interesse Público	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	Distribuição aleatória pela equipa dos processos de mobilidade	X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 56 de 80

5.15.2. ÁREA FUNCIONAL FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (AFFD)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DRH	AF- FD (Área Funcional – Formação e Desenvolvimento)	Favoritismo por determinado fornecedor de formação.	Moderado	Moderado	Emissão de Declaração de Interesse pelos técnicos que decidem a aquisição de serviços de formação.	X				
					Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada área de formação.			X		
		Alteração de políticas dos Fundos Comunitários, mudanças na elaboração das candidaturas verificando-se pouca informação disponível sobre os elementos necessários para submissão da mesma.	Elevado	Moderado	Enquadrar os projetos nas prioridades formativas definidas pela Entidade Responsável da gestão dos programas operacionais.		X			
		Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários).	Fraco	Fraco	Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos.		X			
					Monitorização periódica para que se possam a proceder a ajustes que não desvirtuem os requisitos pré-definidos.	X				

☒ Foram implementadas duas das cinco Medidas Preventivas: Grau de implementação = 40%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 57 de 80

5.15.3. ÁREA FUNCIONAL ADMINISTRAÇÃO PESSOAL (AFAP)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DRH	AF-AP (Área Funcional - Administração de Pessoal)	Processamentos indevidos de: - Remunerações; - Abonos/ Ajudas de Custo/ Subsídios/...; - Trabalho Extraordinário/ Trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados. - Descontos CGA/ ADSE/ SS/ IRS/. Controlo indevido da assiduidade (processamento de faltas como justificadas indevidamente). Atribuição de dias de férias em número superior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de Férias.	Fraco	Moderado	Verificação periódica do cumprimento dos procedimentos instituídos.		X (1)			
					Segregação de funções dos trabalhadores.	X (2)				
					Rotatividade dos trabalhadores.		X (3)			

- (1) Com regularidade, têm-se revisto internamente alguns procedimentos e emitido orientações para ambas as equipas quase sempre por escrito (correio eletrónico) para consulta simples e rápida sempre que necessário (ex.s: minutas de respostas aos trabalhadores em certas temáticas, novos procedimentos como o relativo ao registo do abono de família dos trabalhadores dos ACES, ao controlo do cumprimento do período normal de trabalho diário mínimo para efeitos de subsídio de refeição, etc.). Por outro lado, dada a intervenção de fiscalização externa, nomeadamente provida da ACSS, atividade esta que se intensificou no último ano com pedidos frequentes de revisão de registos no RHV, tem sido possível melhorar a intervenção das equipas no âmbito das respetivas atividades/tarefas.
- (2) A gestão jurídico-funcional dos trabalhadores é sempre gerida entre duas equipas, a de pessoal e a de vencimentos, encontrando-se devidamente identificadas as tarefas de cada uma, sendo que ainda recentemente se procedeu a uma alteração das mesmas para melhor se assegurar/acautealar o rigor e controlo dos processamentos. Salientamos que os profissionais pertencentes à equipa de pessoal partilham serviços/trabalhadores com diferentes colegas da equipa de vencimentos e vice-versa, o que permite maior interação e contacto com diferentes formas de trabalho;
- (3) Dada a escassez de recursos humanos desta área funcional, ainda não foi possível implementar por completo a referida rotatividade. Contudo, face à aposentação e ausência prolongada de trabalhadores, foram redistribuídos os serviços/profissionais/funções afetos a estes, podendo considerar-se, assim, ter-se operado uma implementação parcial da rotatividade.

☒ Foi implementada uma das três Medidas Preventivas: Grau de implementação = 33%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 58 de 80

5.15.4. ÁREA FUNCIONAL AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO (AFAD)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Departamento/ Unidade Orgânica	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DRH	AF- AD (Área Funcional – Avaliação do Desempenho)	Falta de Uniformização da implementação do SIADAP – Carreiras gerais, de enfermagem e especial médica	Moderado	Moderado	Monitorização de forma a garantir a uniformidade de aplicação do processo em toda a região.		X			
					Realização de visitas de acompanhamento/ auditoria aos ACES para verificação e controlo do SIADAP da carreira especial Médica.			X		
					Prestação de esclarecimentos por parte da AF-AD aos ACES.	X				
		Não aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública.	Moderado	Elevado	Utilização de plataforma eletrónica e subsequente elaboração de relatórios referentes às diversas fases do processo de avaliação.		X			
		Definição de objetivos insuficientemente claros e/ou pouco rigorosos, potencialmente geradores de elevados e indesejáveis níveis de discricionariedade dos avaliadores.	Elevado	Moderado	Acompanhamento dos elementos (avaliadores e avaliados) nas diferentes áreas de atuação.				X	
					Formação aos avaliadores.			X		

☒ Foi implementada uma das seis Medidas Preventivas: Grau de implementação = 17%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 59 de 80

5.16. GABINETE DE INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS (GIE)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO					
Unidade Orgânica	Área/ Serviço		Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública / Planeamento da contratação	Inexistência, ou existência deficiente, de um sistema estruturado de avaliação das necessidades.	Moderado	Moderado	- Implementação de sistema estruturado de avaliação das necessidades, com elementos externos dos serviços (Diretores dos ACES, elementos das USF, ERA, etc.); - Definição prévia das responsabilidades de cada um dos intervenientes, nos processos de empreitadas; - Rotatividade dos elementos nas diferentes áreas de atuação; - Consagração de critérios internos que determinem e delimitem a realização e dimensão dos estudos necessários; - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei de Acesso aos Documentos Administrativos.	X				
			Tratamento deficiente das estimativas de custos.								
			Planeamento deficiente dos procedimentos, obstando a que sejam assegurados prazos razoáveis.								
			Indefinição das responsabilidades de cada um dos intervenientes no processo, nas diversas fases.								
			Inexistência ou existência deficiente de estudos adequados para efeitos de elaboração dos projetos.								
			Inexistência de cabimentação prévia da despesa.								

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 60 de 80

GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública / Procedimentos pré- contratuais	Inexistência ou existência deficiente de um sistema de controlo interno, destinado a verificar e a certificar os procedimentos pré- contratuais.	Moderado	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Não designação dos mesmos elementos, para os júris, ou seja os profissionais que avaliam e propõem a empreitada, não fazem parte do Júri nem tem mais interferência na decisão de adjudicação. Integração de elementos dos ACES nos júris de concursos, nomeadamente o DE e Responsável pela UAG. - Disponibilização, através das novas tecnologias de informação, de toda a informação de carácter administrativo, nos termos do estabelecido na Lei da Acesso aos Documentos Administrativos; - Que a entidade que autorizou a abertura do procedimento dispõe de competência para o efeito; - Que no caso em que se adote o ajuste direto com base em critérios materiais os mesmos são rigorosamente justificados baseando-se em dados objetivos e devidamente documentados; - Que caso o procedimento esteja sujeito a publicação de anúncio, este é publicado nos termos da lei e com as menções indispensáveis constantes dos modelos aplicáveis; - Que o conteúdo do programa de procedimento ou do convite à apresentação de propostas está em consonância com os preceitos legais; - Que as especificações técnicas fixadas no caderno de encargos se adequam à natureza das prestações objeto do contrato a celebrar; - Que os requisitos fixados não determinam o afastamento de grande parte dos potenciais concorrentes, mediante a 	X				
			Não fixação, no caderno de encargos, das especificações técnicas, tendo em conta a natureza das prestações objeto do contrato a celebrar.								

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 62 de 80

GIE	AF-CSF (Área Funcional – Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados)	Contratação Pública - Celebração e execução do contrato	Existência de ambiguidades, lacunas e omissões no clausulado.	Moderado	Elevado	- Declaração, por escrito que os profissionais integrantes no processo, não têm quaisquer interesses ou relações profissionais com as adjudicatárias ou empresas do mesmo consórcio ou grupo económico.	X (2)				
			Não verificação ou verificação deficiente das cláusulas contratuais que prevejam ou regulem os suprimientos dos erros e omissões.			- Verificação que as cláusulas contratuais são legais; - Que existe uma correspondência entre as cláusulas contratuais e o estabelecido nas peças do respetivo concurso; - Que o seu clausulado é claro e rigoroso, não existindo erros, ambiguidades, lacunas ou omissões que possam implicar, designadamente, o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução; - Que prevejam e regulem com rigor as situações de eventual falta de autorizações fundamentais para a execução do contrato; - Que prevejam e regulem com o devido rigor o eventual suprimimento de erros e omissões;					
			Fundamentação insuficiente ou incorreta para a “natureza imprevista” dos trabalhos.			a) No caso da existência de “trabalhos a mais”: - Verificação da circunstância de que tais trabalhos respeitam a “obras novas” e foram observados os pressupostos legalmente previstos para a sua existência, designadamente a “natureza imprevista”; - Que esses trabalhos não podem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra; - Exigência de comprovação da circunstância, juntando a respetiva documentação; - Verificação da garantia, no caso das empreitadas, de que a execução de trabalhos de suprimimento de erros e omissões não excede os limites quantitativos estabelecidos na lei;					
			Fundamentação insuficiente ou incorreta para a circunstância desses trabalhos não poderem ser técnica ou economicamente separáveis do objeto do contrato sem inconveniente grave para o dono da obra ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão da obra.								

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 65 de 80

5.17. GABINETE JURÍDICO E DO CIDADÃO (GJC)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
GJC	Apreciação jurídica de acordos / contratos	Falta de níveis de avaliação da conveniência e do interesse público do ponto de vista da gestão.	Fraco	Moderado	Emissão de pareceres de ponto de vista gestor por outras unidades orgânicas.	X				
	Emissão de pareceres jurídicos (genericamente)	Deficiente instrução dos processos entrados.	Fraco	Fraco	Melhoria da completude dos processos entrados. Pedido de elementos complementares.	X				

☒ Foram implementadas todas as Medidas Preventivas: Grau de implementação = 100%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 66 de 80

5.18. DIVISÃO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (DICAD)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
DICAD	:	Falhas na inserção de dados informáticos dos utentes nas Equipas Técnicas.	Moderado	Fraco	Sensibilização dos profissionais. Considerado em avaliação de desempenho.			X		
		Não aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública.	Fraco	Elevado	Utilização de plataforma eletrónica e consequente elaboração de relatórios por fases de avaliação.	X				
		Pareceres de Projetos Financiados não isentos.	Fraco	Moderado	Rotatividade dos profissionais que elaboram os pareceres.	X				
		Falhas ao nível do acompanhamento local dos projetos	Fraco	Moderado	Verificação regular do acompanhamento dos projetos, com elaboração de parecer. Sensibilização junto das Entidades Gestoras dos projetos para o estrito cumprimento do orçamento, ao cumprimento dos prazos de entrega dos relatórios financeiros bem como ao enquadramento da despesa, pela sua natureza.	X				

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 67 de 80

		Não dar seguimento ou não valorizar reclamações dos utentes, permitindo a persistência de mau funcionamento.	<i>Fraco</i>	<i>Moderado</i>	Sensibilização dos intervenientes para o cumprimento dos prazos legais.	X				
--	--	--	--------------	-----------------	---	---	--	--	--	--

Nota da DICAD: Descrição sobre a implementação das medidas preventivas identificadas dos riscos elencados:

Risco	Medida preventiva	Descrição sobre grau de implementação
Falhas na inserção de dados informáticos dos utentes nas Equipas Técnicas	Sensibilização dos profissionais Considerado em avaliação de desempenho.	Não há evidência da sensibilização realizada aos profissionais. Os registos do grupo profissional médico (nomeadamente resultados de marcadores analíticos) foram considerados em avaliação do desempenho, de forma que a presente medida foi parcialmente implementada. Necessidade de reformulação das presentes medidas, nomeadamente, inclusão de ação de formação no Plano de Formação 2019 referente à atualização de conhecimentos no que diz respeito ao sistema informático de registo de dados (SIM), e inclusão, no Plano de Atividades de 2019, de um objetivos referente à progressiva desmaterialização total do processo clínico.
Não aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública	Utilização de plataforma eletrónica e consequente elaboração de relatórios por fases de avaliação.	A plataforma GeADAP foi utilizada para os colaboradores da DICAD. Considera-se que no PGRIC este risco deve ser eliminado, por estar mitigado.
Pareceres não isentos de Projetos Financiados (PORI)	Rotatividade dos profissionais das áreas técnicas e financeiras que elaboram parecer, por ciclo de vigência de cada projeto.	Em finais de 2017 e 2018 terminou um ciclo de vigência de 39 projetos cofinanciados pelo SICAD, sendo que este ciclo durava desde 2013 (cada projeto pode ser financiado até 4 anos, de acordo com o Dec.-Lei 186/2006 de 12 Setembro e Portaria n.º 27/2013 de 24 de janeiro). Desde 2013 que se mantinham os mesmos técnicos na avaliação dos projetos, sendo que no novo ciclo de vigência (desde finais de 2017 e durante o ano de 2018), tentou-se garantir essa rotatividade e considera-se, portanto, a medida preventiva implementada. No entanto, há que salvaguardar as limitações face à implementação desta rotatividade, dada a especificidade dos projetos (por área de intervenção, que não é dominada pela totalidade dos técnicos), o elevado número de projetos (39 projetos) e o número de técnicos adstritos à avaliação dos projetos dentro da equipa (3 técnicos para a área financeira, 9 técnicos para as áreas de intervenção – 2 prevenção, 2 RRMD, 1 tratamento, 4 Reinserção – sendo que três destes não completam 1 ETC). Importa ressaltar que os técnicos que fazem avaliação de projetos não estão em exclusividade para o efeito, sendo que dividem o seu tempo com outras tarefas de carácter técnico.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 68 de 80

	Elaboração de auditorias por amostragem aos pareceres efetuados	Foram realizadas pela UACI duas auditorias a projetos cofinanciados, que contaram com elementos da equipa técnica da DICAD, projetos esses escolhidos pela UACI por amostragem – Processo refº PAI-DICAD-PORI-SCMSJM 92/2017 e Processo refº PAI-DICAD-PORI-CVN 106/17. Dessas auditorias resultaram dois relatórios despachados pelo Conselho Diretivo em reunião de 03/04/2018.
Falhas ao nível do acompanhamento local dos projetos (PORI)	Verificação regular do acompanhamento dos projetos	Garantiu-se uma estreita articulação com os CRI para o acompanhamento regular dos projetos através de visitas e reuniões regulares aos projetos cofinanciados,
	Sensibilização junto das Entidades Gestoras dos projetos para o estrito cumprimento do orçamento, ao cumprimento dos prazos de entrega dos relatórios financeiros bem como ao enquadramento da despesa, pela sua natureza.	Para a aferição do cumprimento dos prazos legais por parte das entidades foram enviados emails para os coordenadores técnicos dos CRI com a informação em falta. No caso de estarem em falta relatórios das entidades, e após todas as diligências realizadas pelos CRI junto das mesmas, saía um email (com conhecimento à coordenação regional, assim como ao CRI e ao SICAD) do pedido da informação em falta. Este procedimento verificou-se como suficiente para garantir o cumprimento do envio da informação por parte da entidade.
Não dar seguimento ou não valorizar reclamações dos utentes, permitindo a persistência de mau funcionamento.	Sensibilização dos intervenientes para o cumprimento dos prazos legais.	Criação de fluxograma de informação desde a entrega da reclamação do utente na unidade de tratamento da DICAD até ao envio da mesma, em conjunto com esclarecimentos por parte do responsável da unidade, ao Conselho Diretivo da ARSN, validado pela Coordenação da DICAD. Este fluxograma foi divulgado por todas as unidades da DICAD e resultou no cumprimento dos prazos legais de resposta ao utente. Este risco considera-se mitigado, de forma que se propõe, para 2019, a identificação de novos riscos e respetivas medidas preventivas.

☒ Foram implementadas quatro das cinco Medidas Preventivas: Grau de implementação = 80%

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 69 de 80

5.19. UNIDADE DE AUDITORIA E CONTROLO INTERNO (UACI)

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO				
Unidade Orgânica	Área/Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas	Implementada	Em fase de Implementação	Parcialmente Implementada	Não Implementada	Impossível aferir grau de Implementação
UACI	:	Parcialidade na emissão de Pareceres e/ou Conclusões.	Fraco	Fraco	Emissão de <i>Declarações de Inexistência de Conflitos de Interesses</i> pelos trabalhadores envolvidos na Equipa de Trabalho em como não detêm interesses privados. Estas Declarações serão parte integrante do <i>dossier</i> do processo.	X				

☒ Foi implementada a Medida Preventiva: Grau de implementação = 100%

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 70 de 80

6. TAXA DE EXECUÇÃO DO PGRIC 2018 DA ARSN,I.P.

O presente Relatório tem como objetivo avaliar os resultados apresentados pelos Responsáveis das áreas intervenientes no PGRIC desta ARSN,I.P., relativo ao ano de 2018, no sentido de ser possível aferir sobre a eficácia e adequação das medidas implementadas, bem como a Taxa de Execução, ou Grau de Implementação, das mesmas, de forma a coadjuvar o CD na boa gestão do risco.

Assim, após a devida análise, conforme exposto a seguir no quadro resumo e respetivos gráficos, a **Taxa de Execução do PGRIC na ARSN,I.P. durante o ano de 2018, em geral, situa-se nos 84%** (182 Medidas Preventivas propostas e 152 Medidas Preventivas implementadas), com as respetivas oscilações, identificadas por área.

Serviço – ARSN,I.P.	Medidas Preventivas propostas	Medidas Preventivas implementadas	Grau de Implementação
→ Conselho Diretivo	3	3	100%
→ Secretariado Conselho Diretivo	1	1	100%
→ Gabinete de Relações Públicas e Assessoria de Imprensa	2	2	100%
→ Gestor da Parceria Público-Privada Hospital Braga	6	6	100%
→ Comissão Regional de Farmácia e Terapêutica	1	1	100%
→ Comissão de Ética para a Saúde	4	3	75%
→ Unidade de Investigação Clínica	5	4	80%
→ Grupo Coordenador Regional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos	3	2	67%
→ Assessoria para os Cuidados de Saúde Primários	1	1	100%
→ Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento	1	1	100%

.../...

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 71 de 80

.../...

Serviço – ARSN, I.P.	Medidas Preventivas propostas	Medidas Preventivas implementadas	Grau de Implementação
→ DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA	5	5	100%
⇒ Área Funcional Planeamento de Saúde	0	0	---
⇒ Área Funcional Vigilância Epidemiológica	1	1	100%
⇒ Área Funcional Promoção e Proteção da Saúde	1	1	100%
⇒ Área Funcional Autoridade de Saúde	1	1	100%
⇒ Área Funcional Observatório Regional de Saúde Pública	0	0	---
⇒ Área Funcional Laboratório Regional de Saúde Pública	2	2	100%
→ DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO	5	5	100%
⇒ Área Funcional Planeamento	2	2	100%
⇒ Monitorização de Programas de Saúde	3	3	100%
→ DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO	28	25	89%
⇒ Área Funcional Cuidados Saúde Hospitalares	8	7	88%
⇒ Área Funcional Cuidados Saúde Primários	1	1	100%
⇒ Área Funcional Convenções	8	7	88%
⇒ Área Funcional Cuidados Continuados Integrados	11	10	91%
→ DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL	55	42	76%
⇒ Unidade Gestão Financeira	11	11	100%
▪ Contas a Pagar	3	3	100%
▪ Tesouraria e Pagamentos	3	3	100%
▪ Gestão Orçamental	1	1	100%
▪ Prestações Indiretas	3	3	100%
▪ Contas a Receber	1	1	100%

.../...

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 72 de 80

.../...

Serviço – ARSN, I.P.	Medidas Preventivas propostas	Medidas Preventivas implementadas	Grau de Implementação
⇒ Unidade de Aprovisionamento	29	16	55%
▪ Compras	14	10	71%
▪ Logística	10	4	40%
▪ Património	5	2	40%
⇒ Área Funcional Sistemas de Informação	5	5	100%
⇒ Área Funcional Transporte Não Urgente de Doentes	2	2	100%
⇒ Secretaria Geral	8	8	100%
→ DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	16	6	38%
⇒ Área Funcional Planeamento e Gestão	2	2	100%
⇒ Área Funcional de Formação e Desenvolvimento	5	2	40%
⇒ Área Funcional de Administração de Pessoal	3	1	33%
⇒ Área Funcional de Avaliação de Desempenho	6	1	17%
→ Gabinete de Instalações e Equipamentos	38	38	100%
→ Gabinete Jurídico e do Cidadão	2	2	100%
→ Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	5	4	80%
→ Unidade de Auditoria e Controlo Interno	1	1	100%
TOTAL:	182	152	84%

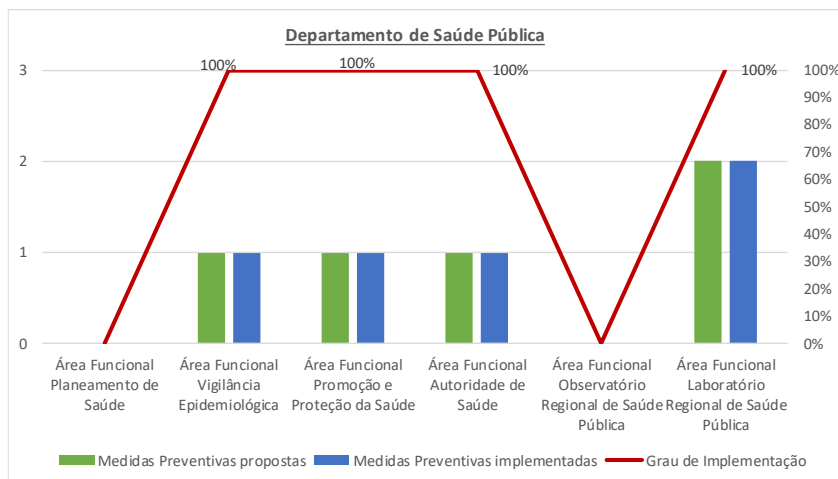
**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

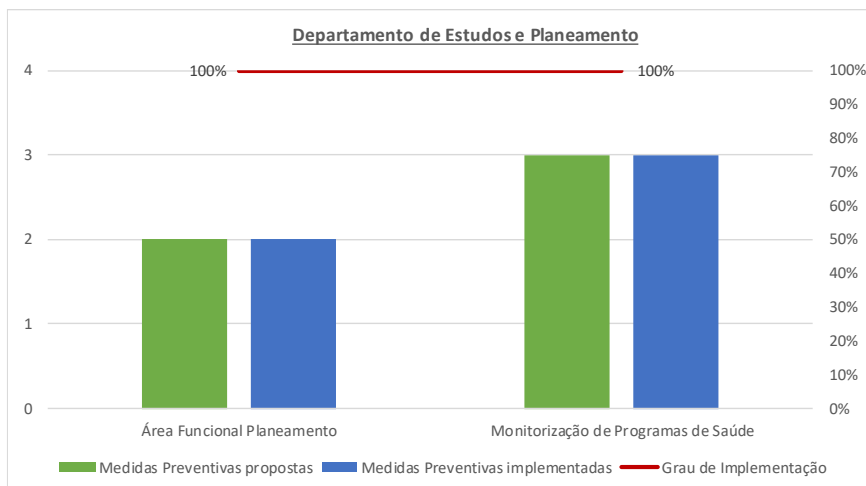
Edição: 01
Revisão: 00
Página 73 de 80

6.1. TAXA DE EXECUÇÃO POR DEPARTAMENTO / UNIDADE FLEXÍVEL

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA – 100%:



DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO – 100%:

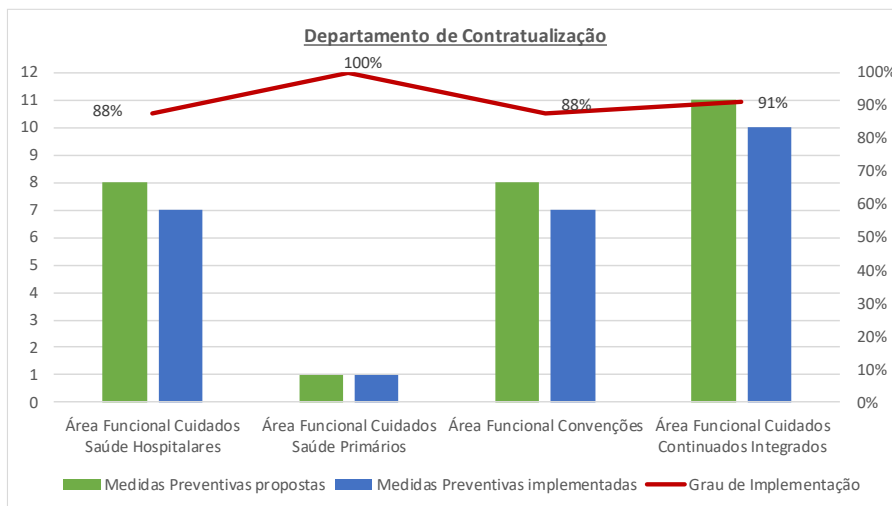


**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

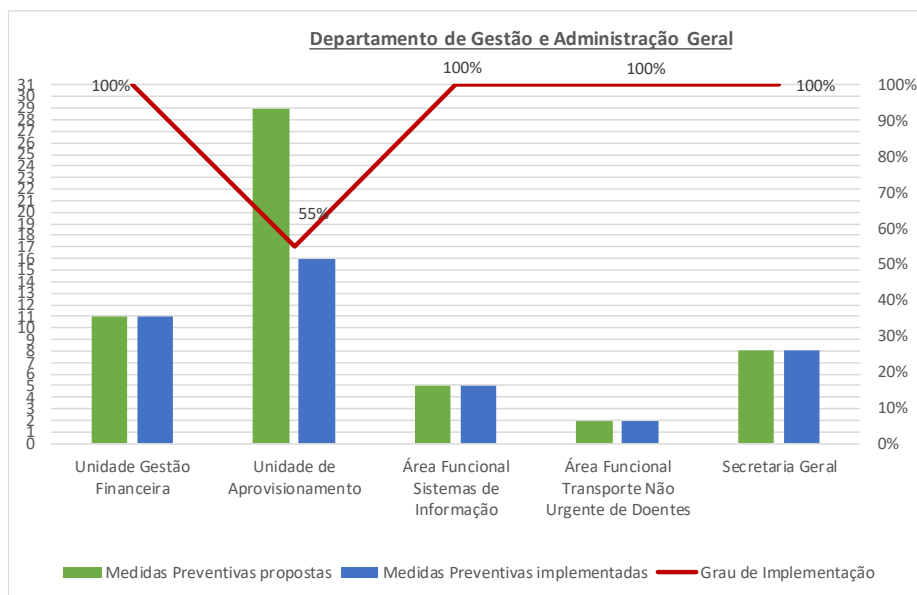
SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 74 de 80

DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO – 89%:



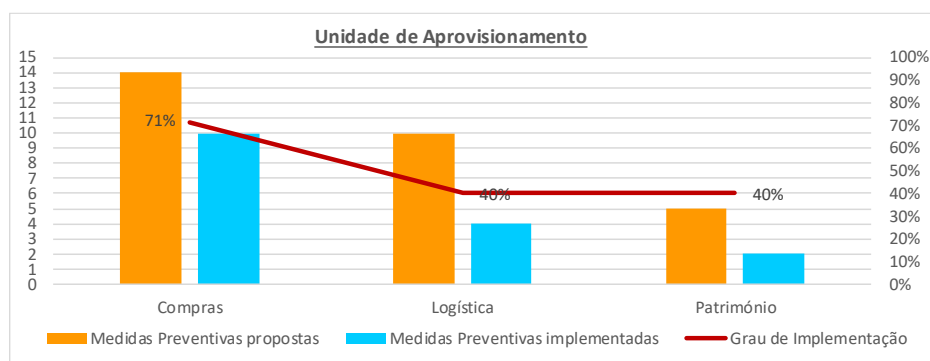
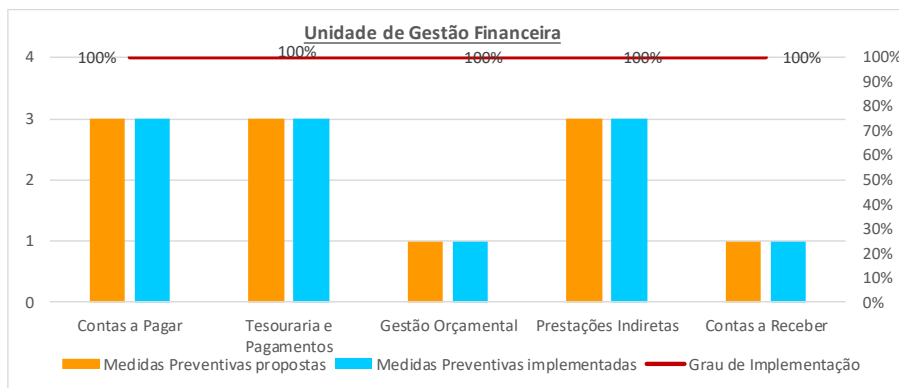
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO GERAL - 76%:



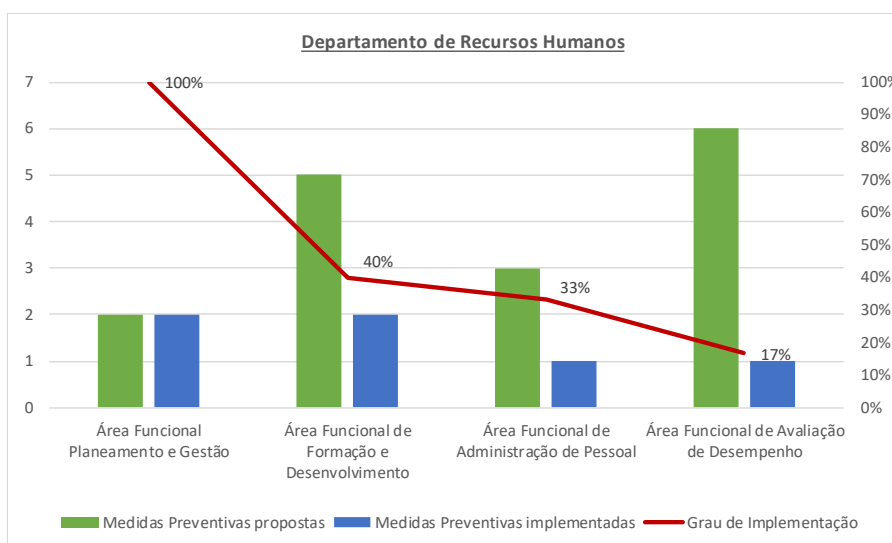
RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS - 2018

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 75 de 80



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS – 37,50%:



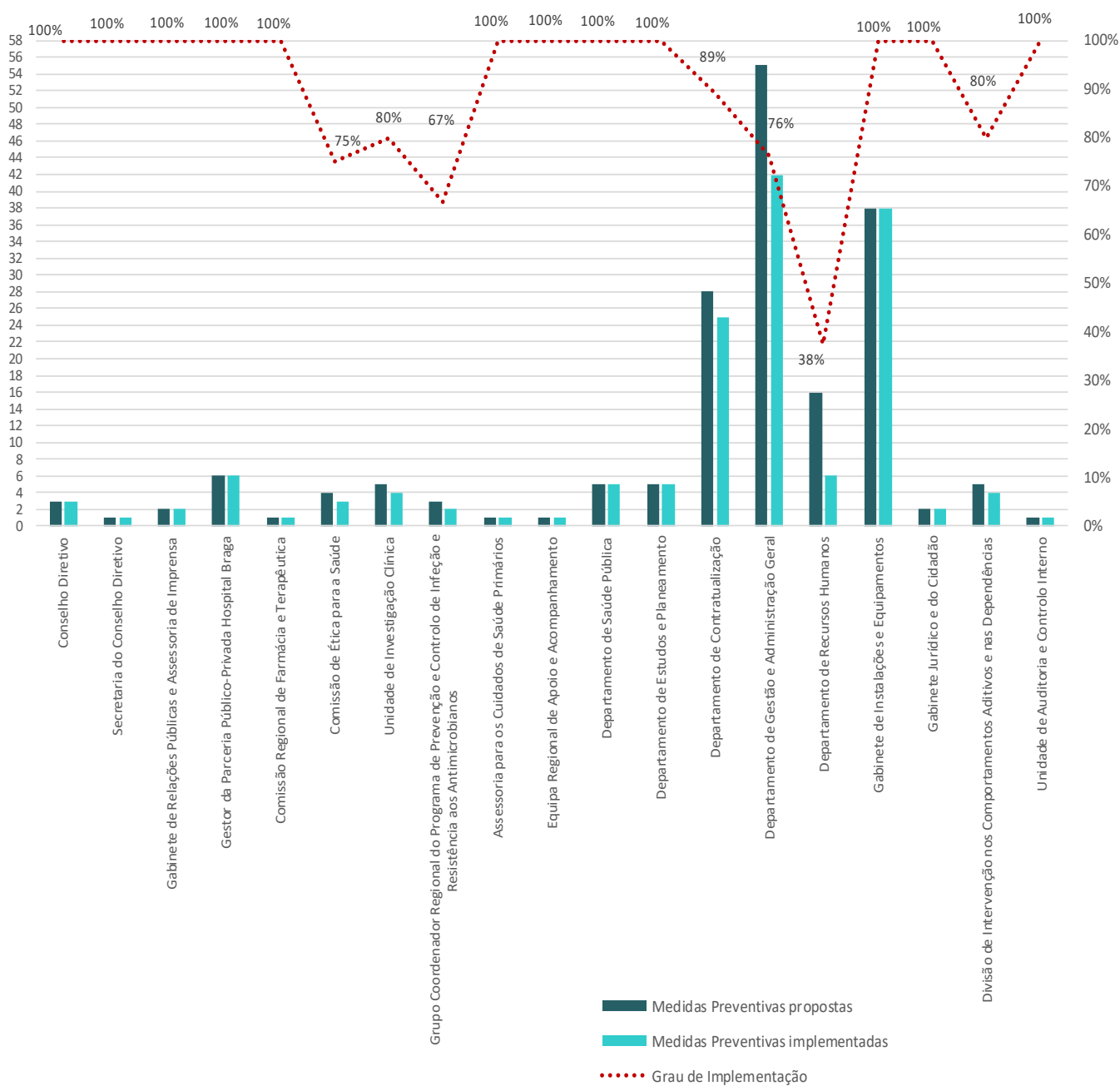
**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 76 de 80

6.2. TAXA DE EXECUÇÃO GERAL 2018 – ARSN, I.P. POR SERVIÇO

Taxa Execução Geral / Grau Implementação das Medidas 2018 - ARSN, I.P. = 84%



**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 77 de 80

7. AÇÃO DE FORMAÇÃO SOBRE PGRIC

Por proposta da UACI da ARSN,I.P., no ano de 2018 foram realizadas duas ações de formação relacionadas com o tema do presente Relatório, cujos programas se apresentam a seguir:

➤ **Título: *Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas***

Destinatários: Dirigentes da ARSN,I.P.

Nº de Horas: 32 horas

Data: 19, 20, 26, 27 e 28 de fevereiro de 2018

Local: ARSN,IP

Formador: Quadros & Metas

Programa:

1. O que é a corrupção?
 - Enquadramento e principais definições do termo:
 - Os conceitos tradicionais de corrupção. A corrupção como problema ético e moral. O ambiente e as causas que propiciam a existência de corrupção.
 - Apresentação de dilemas éticos e conflitos de interesse, com vista a desenvolver pensamento crítico.
 - Poder e corrupção.
 - Os custos da corrupção.
2. Mecanismos e Promoção de Combate à corrupção:
 - Auditorias Internas.
 - O Código de Ética da ARSN,IP.
 - Controlo Interno e Gestão de Riscos.
3. O Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) e as Recomendações emanadas (breve enquadramento).
4. Programa de Combate à Corrupção ARSN,IP /ACeS:
 - Identificação dos processos de maior risco ao nível da ARSN,IP e ACeS.
 - Os elementos chave do programa de combate à corrupção e ferramentas de implementação.
 - Casos práticos, com vista à identificação de fatores de risco.
5. Análise, reflexão e esclarecimentos sobre o PPRCIC da ARSN,IP.
6. A importância do Relatório de Execução Anual.

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 78 de 80

📌 **Título:** *Gestão e Prevenção dos Riscos de Conflito de Interesses (Workshop)*

Destinatários: Todos os trabalhadores da ARSN, I.P., incluindo ACES

Nº de Horas: 4 horas

Data: 23 de outubro de 2018

Local: Auditório do Hospital Magalhães Lemos

Formador: Quadros e Metas

Programa:

1. A Recomendação do CPC, de 07 de novembro de 2012
2. Enquadramento e Noções de Conflitos de Interesses
3. Quadro legal
4. A Prevenção de Conflitos de Interesses – Linhas Orientadoras de Gestão
 - Existência de Manuais de Boas Práticas
 - Existência do Códigos de Conduta
 - Identificação de potenciais situações de conflitos de interesses – Exercício prático
 - Identificação de situações que possam dar origem a um conflito real – Exercício prático
 - Promoção de medidas adequadas a prevenir e gerir conflitos de interesses
 - Identificação e caracterização de áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções – Exercício prático
 - Identificação das situações concretas de conflitos de interesses e respetiva sanção aplicável aos infratores – Exercício prático
 - Como promover uma cultura organizacional na qual impere forte intolerância relativamente às situações de conflitos de interesses
 - Como promover a responsabilidade individual de todos os trabalhadores
 - Declarações de inexistência de conflitos de interesses
 - Declarações atualizadas de todos os trabalhadores que acumulem funções, em como as funções acumuladas não colidem com as funções públicas que exercem
 - Declarações relativas a ofertas no exercício das funções
 - Mecanismos de monitorização.

**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN, I.P.

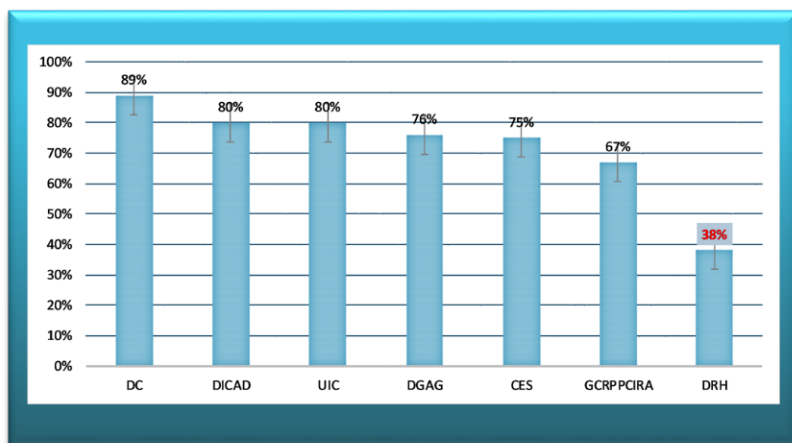
Edição: 01
Revisão: 00
Página 79 de 80

8. CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES

Este Relatório de Execução apresenta a Taxa de Execução das medidas preventivas ao longo de 2018 no sentido de prevenir e minorar os riscos de corrupção e infrações conexas ao nível dos Serviços Centrais da ARSN, I.P., apresentando um balanço sobre as medidas então adotadas por todos os Serviços que constam do PGRIC e respetivo Grau de Implementação, de forma a que este documento seja utilizado como um instrumento essencial para a gestão do risco, e fundamental ao nível do Sistema de Controlo Interno da ARSN, I.P.. Como tal, deverá ser considerado um documento dinâmico que está constante sujeito a melhoramentos, quer ao nível da sua estrutura, quer do seu conteúdo.

Assim, não obstante a Taxa de Execução das Medidas Preventivas durante 2018 ter alcançado 84%, o que vem evidenciar envolvimento dos profissionais da ARSN, I.P. nesta temática, analisando os dados recolhidos e apresentados no capítulo 6. do presente Relatório, durante o ano de 2019 importa dar especial atenção aos Serviços que ainda não implementaram na íntegra as medidas preventivas, pese embora se verifique um único Serviço que se destaca abaixo dos 50% - DRH -, com um valor de 38% de implementação, mantendo o esforço de implementação do ano anterior.

Serviços da ARSN, I.P. cujo Grau de Implementação requer atenção	Grau de Implementação
DC	89%
AFCSH	88%
AFC	88%
AFCCI	91%
DICAD	80%
UIC	80%
DGAG	76%
UA	55%
Compras	71%
Logística	40%
Património	40%
CES	75%
GCRPPCIRA	67%
DRH	38%
AFFD	40%
AFAP	33%
AFAD	17%



**RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS - 2018**

SERVIÇOS CENTRAIS DA ARSN,I.P.

Edição: 01
Revisão: 00
Página 80 de 80

Assim, mesmo reconhecendo que todos os profissionais da ARSN,I.P. envolvidos continuam plenamente empenhados em cumprir rigorosos padrões éticos, jurídicos e morais, de acordo com os Princípios da *Integridade, Objetividade e Honestidade*, com uma atitude oposicionista à fraude e à corrupção na forma como desempenham a sua atividade, considera-se fundamental que, para o ano de 2019, se continue a apostar no envolvimento de todos, mormente os responsáveis pelas várias áreas identificadas, com o objetivo de reconhecerem o Plano de Gestão de Riscos como uma ferramenta importante para a identificação e mitigação dos riscos inerentes às suas atividades.

Neste âmbito, recomenda-se ao CD da ARSN,I.P., enquanto responsável máximo pela execução e acompanhamento do Plano de Gestão de Riscos, à imagem do que sucedeu nos anos anteriores, que diligencie pela realização de mais ações de sensibilização junto de todos os profissionais da ARSN,I.P., bem como de divulgação do documento referido, com vista a ser intentado maior empenho na implementação das medidas que não foram adotadas na íntegra - ou que estão ainda em fase de implementação -, e ao acompanhamento contínuo da manutenção das medidas já implementadas. Pelo que, dever-se-á apostar cada vez mais na formação nesta área e em outras complementares, tais como sobre o *Conflito de Interesses*.

Também, tratando-se de um documento dinâmico, e tendo em conta a avaliação efetuada pelos vários Serviços, propõe-se que o PGRCIC da ARSN,I.P. seja revisto, atendendo às propostas profícuas apresentadas pelos seus responsáveis diretos, e tendo em consideração a Gestão dos Riscos de Gestão em geral, incluindo os *Conflitos de Interesses*, o qual deverá ser concretizado até final do primeiro semestre do presente ano.

abril de 2019