


RELATÓRIO DE EXECUÇÃO - 2021

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado I - Braga

ACES CÁVADO I - BRAGA

Validado

ACeS do Braga
Domingos Sousa
Diretor Executivo
17/12/2021

Ed.	Rev.	Data	Descrição	Elaboração	Aprovação
02	00	Dez/2019	→ Relatório / Gestão do PPRCIC de 2019	Natália Amaral	
03	01	Jan/2021	Relatório / Gestão do PPRCIC de 2020	Natália Amaral	
04	02	Dez/2021	→ Relatório / Gestão do PPRCIC relativo ao ano de 2021	Natália Amaral	

Índice

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	3
INTRODUÇÃO	3
1. ÂMBITO E OBJETIVOS	4
2. METODOLOGIA E CONDICIONANTES	4
3. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO	5
4. MONITORIZAÇÃO DOS PROCESSOS	7
5. ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS	11
6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	12
7. RECOMENDAÇÕES:	14
8. CONCLUSÕES	15

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, o ACES do Cávado I – Braga, elabora o presente Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos e Infrações Conexas, referente ao ano de 2021, dando assim cumprimento à Recomendação n.º1/2009, do CPC, de 1 de Julho de 2009.

Dando cumprimento ao estabelecido, este Relatório para além de descrever os métodos utilizados, apresenta análise descritiva da avaliação das medidas de prevenção apresentadas no Plano de Gestão de Riscos e Infrações Conexas, definindo a fase de implementação em que se encontram, e caso não estejam implementadas, a necessidade da sua atualização.

Este Relatório, será submetido para aprovação do Exmo. Senhor Diretor Executivo do ACES de Braga, e posteriormente remetido à Unidade de Auditoria e Controlo Interno (UACI) da ARSN, I.P., para aprovação do Conselho Diretivo (CD).

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.

1. ÂMBITO E OBJETIVOS

O presente Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas tem como objetivo apresentar a implementação das medidas de mitigação para cada um dos riscos identificados, relativamente à Unidade de Apoio à Gestão e Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado I – Braga.

A metodologia utilizada para elaboração deste Relatório, teve em conta, objetivos de integralidade e de segregação de funções e contemplou auscultação interna da responsável da UAG para recolha de contributos das diversas áreas (Serviço de Aprovisionamento e Logística, Serviço de Gestão de Recursos Humanos/Formação, Serviços Gestão Financeira, Serviço de Gestão de Utentes/Gestão e Unidades de Saúde Familiares, URAP e USP), distinguindo-se as medidas preventivas das corretivas aplicáveis a cada área de risco.

Foram também observadas as conclusões e recomendações resultantes das auditorias internas realizadas.

2. METODOLOGIA E CONDICIONANTES

A estrutura do PGRIC distingue dois tipos de medidas, as medidas preventivas com vista a evitar a ocorrência de situações de corrupção ou infrações conexas, e as medidas corretivas, que visam repor a regularidade das operações e evitar a sua prática.

O mapa de controlo do Plano e gestão de risco permite, quantificar com maior rigor o grau da execução das ações. No mapa está explanado com detalhe os procedimentos necessários para cumprimento dos objetivos, cuja avaliação está contemplada anualmente nos relatórios de execução do PGRIC.

De forma a dar cumprimento ao estipulado no plano e de forma a acompanhar a sua execução, vão ser realizadas sessões de trabalho com os serviços intervenientes de forma a analisar metodicamente os riscos inerentes às respetivas atividades, com o objetivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada atividade individual e no conjunto de todas as atividades.”

O ponto central da gestão de riscos é a identificação e tratamento dos riscos, com o objetivo de acrescentar valor de forma sustentada a todas as atividades da organização. Isto permite melhorar a governação, ao estabelecer uma base confiável para a tomada de

decisões, melhorar a eficiência e eficácia operacional, através de prevenção de perdas e gestão de incidentes, e, assim, melhorar a aprendizagem organizacional e aumentar a resiliência da organização.

A gestão de riscos deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento, e deve traduzir a atribuição de responsabilidades na gestão dos riscos a todos os profissionais, inerentes às funções desempenhadas, promovendo uma cultura de responsabilidade e de eficiência operacional em todos os níveis de organização.

Por conseguinte, foram elencados os riscos existentes que podem levar ou facilitar a prática de atos de corrupção ou análogos a estes, primeiramente a um nível geral, focalizando-se, depois, em áreas chave de atuação, por área de intervenção, identificando medidas e ações concretas de prevenção da corrupção e infrações conexas.

A metodologia seguida na elaboração/revisão do Plano de Gestão de Risco de Corrupção e Infrações Conexas, consistiu na obtenção de contributos da UAG do ACeS de Braga e unidades funcionais para o mapeamento dos processos com maior probabilidade de ocorrência de riscos de corrupção e infrações conexas, a identificação de novas atividades e riscos associados e quais as medidas de controlo ou prevenção dos riscos de cada serviço ou unidades.

A metodologia adotada para elaboração do presente relatório, seguiu as recomendações supracitadas, estando de acordo com o Plano e no que diz respeito à verificação do grau de execução, tendo por base a definição de três níveis de implementação:

- **“Implementada”** – significa que o procedimento foi executado;
- **“Em fase de Implementação”** – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente ou não terá sido aplicado na totalidade dos casos;
- **“Não implementada”** – significa que o procedimento não foi executado;

3. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO

A gestão de risco é o processo utilizado para definir um conjunto de estratégias de forma a permitir que as organizações analisem e atuem de forma preventiva, com o objetivo de

atingirem uma vantagem sustentada em cada atividade individual e no conjunto de todas as atividades.

Assim, na avaliação das áreas de risco pretende-se identificar, analisar e gerir os riscos que afetam os objetivos e interesses do ACES de Braga.

Esta gestão permite identificar os fatores de risco e a implementação das medidas mais adequadas à eliminação dos riscos potenciais de promoção de comportamentos desviantes ou contrários às boas práticas.

Todos sabemos que os atos marginais subvertem as regras do sistema corrompendo definitivamente o tecido social, com a introdução dos equilíbrios que interferem diretamente no normal funcionamento das instituições.

Aliás, de acordo com a Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, que cria o CPC, “são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão territorial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares.”

Por outro lado, de acordo com o preâmbulo da Recomendação 1/2009, de 1 de Julho, “as áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos contêm riscos elevados de corrupção que importa prevenir através de planos adequados de prevenção.”

Na definição e avaliação do risco, a presente revisão do Plano toma como referência o guião do CPC, em que os riscos devem ser classificados em concordância com uma escala de risco elevado, moderado e fraco. O grau de risco é definido em função de duas variáveis, a probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco e a gravidade das consequências das infrações que pode suscitar.

Assim a escala do risco é a seguinte:

GRADUAÇÃO DO RISCO

Gravidade (GR)	Probabilidade (PO)		
	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Fraco	Fraco	Moderado

4. MONITORIZAÇÃO DOS PROCESSOS

A monitorização do Plano permitiu avaliar a evolução dos fatores de risco, dos processos, da implementação e da eficácia das medidas preventivas instituídas.

O Agrupamento de Centros de Saúde do Cávado I – Braga propôs no seu Plano a implementação de diversas medidas preventivas, que conseguiu ao longo dos meses implementar, se não na sua totalidade, pelos menos de forma parcial.

Efetuada a atualização de todas as áreas do Regulamento dos Recursos Humanos em consonância com a Lei Geral do Trabalho em funções Públicas (Lei n.º 35/2014 de 20 de Junho). Relativamente à acumulação de funções este deve ser do conhecimento de todos os colaboradores e a fixação de uma periodicidade anual para análise das situações autorizadas.

No que concerne à área da Logística, gestão de stocks, foram efetuadas as seguintes auditorias internas:

- Auditorias mensais à validade dos artigos de consumo clínico/farmacêutico.

Foram identificadas algumas incongruências entre o que constava nas listagens retiradas do iBéria Logística relativamente aos artigos de consumo clínico, farmacêutico, administrativo e hoteleiro, e as existências nas unidades. Foram lembrados os procedimentos, os profissionais foram alertados para a importância de realizar monitorizações periódicas, aos artigos com prazos de validade, aos artigos que não são

utilizados, tendo sido prestados todos os esclarecimentos julgados pertinentes. A plataforma iBéria Logística permite controlar os consumos de todas as unidades, bem como todos os stocks e que configura um instrumento facilitador de controlo interno designado de Ibéria Logística.

Foram realizadas as ações de formação/sensibilização na área do iBéria/Logística, Aprovisionamento, Recursos Humanos, Gestão de Utentes, RNU e Migrantes, nas seguintes unidades de saúde:

Formação Interna – USF Salutis			
Dia	Hora	Designação	Formador
16-11-2021	13h30	iBéria Logística/Aprovisionamento	Natália Amaral
18-11-2021	14h00	Recursos Humanos/SINUS	José Azevedo
24-11-2021	14h00	Gestão de utentes, RNU, Migrantes	Vânia Oliveira
Formação Interna - USF Esporões			
Dia	Hora	Designação	Formador
24-11-2021	14h00	iBéria Logística/Aprovisionamento	Natália Amaral
25-11-2021	14h00	Recursos Humanos/SINUS	José Azevedo
26-11-2021	14h00	Gestão de utentes, RNU, Migrantes	Vânia Oliveira

No quadro seguinte, apresenta-se a monitorização das medidas preventivas definidas para cada atividade nos serviços onde foram identificados os maiores riscos:

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
ACES	Unidade Orgânica/ Funcional/ Apoio	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas
ACES Cávado I - Braga	Unidade de Apoio à Gestão (UAG)	Gestão Recursos Humanos	Registo no RHV de trabalho suplementar não realizado ou erro no seu registo.	Moderado	Moderado	Conferência mensal dos dados por pessoa diferente da que introduziu no RHV -Segregação de Funções
			Ausência de registo no RHV de faltas.	Moderado	Baixo	Confrontação do registo em papel com o registo no RHV, por pessoas diferentes.

	Gestão de Aprovisionamento	Adulteração dos registos de assiduidade.	Elevado	Elevado	Operacionalização do Sistema de registo biométrico
		Aquisição de produtos não previstos no Regulamento do Fundo de Maneio.	Moderado	Moderado	Identificar nos processos de compra o artigo do Fundo de Maneio que sustenta a sua aquisição.
		Divergências na receção/conferência nos materiais/reparações efetuadas, face ao previamente autorizado.	Moderado	Moderado	Evidência da conferência nos processos de despesa por profissional com competências adequada e diferente da que instruiu o processo de aquisição.
		Falta de imparcialidade e favorecimento de fornecedores.	Moderado	Moderado	Evidência de pedidos de orçamentos a mais do que uma entidade.
		Divergências nos stocks das Unidades que compõe o ACES.	Elevado	Elevado	Realização de Auditorias para verificação dos stocks no local com os registos no programa de gestão de stocks ibéria.
	Gestão do Património	Falhas na gestão de ativos, transferências e abates.	Elevado	Moderado	Existência de Manual de procedimentos para inventário do Imobilizado. Existência de um programa de inventário que preveja que os dados sejam validados periodicamente através de contagens físicas.
	SGTD	Aprovação de transportes a utentes que não reúnem as condições exigidas na lei.	Moderado	Moderado	Parametrização da aplicação informática SGTD, de modo a permitir o bloqueio imediato das situações que não reúnem as condições legais.
		Aprovação indevida de "Situações de Exceção" de transporte de doentes.	Moderado	Moderado	Implementação de uma monitorização mensal da prescrição de transportes de doentes nas "Situações de Execução".
	Reembolsos/ BAS	Pagamento indevido de valores de reembolsos (pagamento mediante cópia de documentos em vez de originais, falsificação de documentos, pagamento por valores diferentes dos constantes nos documentos, etc).	Moderado	Moderado	Existência de Manual de procedimentos para estas duas áreas. Existência de validadores diferentes no decurso do processo.
	Gestão da Frota	Utilização de viaturas do Estado para fins diferentes das que se destinam.	Elevado	Elevado	Realização de verificações aleatórias dos percursos descritos nos registos da ANCP, com os km efetivos inerentes à deslocação.

PARTE II IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS					PARTE III MEDIDAS PREVENTIVAS DOS RISCOS	
ACES	Unidade Orgânica/ Funcional/ Apoio	Área/ Serviço	Risco	Grau de Probabilidade de Ocorrência	Escala de Risco	Medidas Preventivas

ACES Cávado I - Braga	Unidade de Apoio à Gestão (UAG)	Gestão Financeira	Adulteração de dados introduzidos nos ficheiros do FM.	Fraco	Moderado	Conferência em suporte em papel, efetuado por pessoa diferente da que introduziu os dados no FM, devendo ser dada especial importância à conferência/validação dos valores em numerário/cofre.
			Pagamento de valores sem existência de fatura/faturas fictícias ou pagamento de despesa sem cabimento e/ou autorização.	Fraco	Moderado	Validação dos processos de compra/pagamento por profissional diferente do que instruiu estes processos. Existência de procedimento para a execução da despesa.
			Pagamento para um NIB diferente do indicado pelo fornecedor.	Fraco	Moderado	Validação do NIB mediante comprovativo bancário por profissional diferente do que executou o pagamento na CGD
	URAP	Referenciação	Adulteração das referenciações para as consultas.	Moderado	Moderado	Definição de critérios de referenciação. Auditorias de verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.
	Unidade de Saúde Pública (USP)	Taxas Moderadoras	Falha na cobrança de taxas sanitárias (Pareceres, vistoria, atestados) e outras receitas.	Moderado	Moderado	Informatização de todas as cobranças de taxas/serviços no aplicativo MARTA. Implementação de um Registo Administrativo de Contacto de todas as atividades de Saúde Pública
	Unidade de Saúde Familiar (USF/UCSP)	Taxas Moderadoras	Atribuição de isenções/atestado multiusos a utentes que não têm direito legalmente.	Moderado	Moderado	Realização de Auditorias internas periódicas
			Acesso e/ou favorecimento no encaminhamento de utentes a unidades convencionadas	Elevado	Elevado	Divulgação de lista de unidades convencionadas com o SNS em todas as UF (prestadoras de cuidados assistenciais), de livre acesso e consulta pelos utentes. Auditoria semestral a essa disponibilidade por parte das UF.
			Desnatação/ seleção adversa dos utentes.	Elevado	Elevado	Definição de regras de prioridade para inscrição dos utentes.
	Unidade de Saúde Familiar (USF) – Modelo B	Gestão de Stock e Logística	Receção de mercadorias – incorreção das entradas de material nas Unidades.	Fraco	Fraco	Existência de Procedimento para a Conferência das entradas de produtos. Realização de contagens físicas periódicas às matérias, por pessoal diferente do que regista os consumos. Monitorização mensal dos consumos
			Desvio de existências.	Elevado	Elevado	
		Registos	Registos clínicos fictícios que possibilitem o cumprimento das metas contratualizadas e a passagem a modelo organizativo mais favorável e com o recebimento de incentivos.	Elevado	Elevado	Realização de auditorias aos registos administrativos e clínicos através da UAG e CCS
		Registos Clínicos	Existência de registos fictícios com o objetivo de recebimento dos incentivos financeiros.	Elevado	Elevado	Realização de auditorias clínicas pelo CCS.

			Recebimento pelos médicos de comparticipações financeira pela realização de domicílios que não se efetivaram.	Elevado	Elevado	Realização de auditorias clínicas pelo CCS.
--	--	--	---	---------	---------	---

5. ESTRATÉGIAS DE AFERIÇÃO DA EFETIVIDADE, UTILIDADE, EFICÁCIA E EVENTUAL

CORREÇÃO DAS MEDIDAS PROPOSTAS

De acordo com o Guião publicado em setembro de 2009 pelo CPC a Parte IV do PPRCIC caracteriza-se por:

“Estratégias de aferição da efetividade, utilidade, eficácia e eventual correção das medidas propostas. Os Planos 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.”

O presente Relatório tem como objetivo avaliar os resultados decorrentes da monitorização do Plano relativo ao ano de 2021, permitindo avaliar a evolução dos fatores de risco, dos processos, da implementação e da eficácia das medidas preventivas instituídas.

No quadro que abaixo se apresenta, o ACES de Braga propôs no seu Plano a implementação de diversas medidas preventivas, que foram sendo executadas quase na sua totalidade, onde consta a monitorização das medidas preventivas definidas para cada serviço:

Com base na informação recolhida e de acordo com as áreas consideradas de risco, destaca-se em cada uma delas os processos suscetíveis de comportar maiores riscos de corrupção e infrações conexas:

- **Unidade de Apoio à Gestão (UAG)**
 - **Gestão Recursos Humanos**
 - **Gestão de Aprovisionamento**
 - **Gestão do Património**
 - **SGTD**

- **Reembolsos/ BAS**
- **Gestão da Frota**
- **Gestão Financeira**
- **Gabinete de Formação e Desenvolvimento Profissional**

Relativamente ao Gabinete de Formação e Desenvolvimento Profissional, foram consideradas no PGRIC as seguintes áreas de risco:

- Ausência de formador
- Envio dos selecionados fora de tempo
- Existência do Manual do Gabinete de Formação
 - **Medidas Preventivas**
 - Elaboração do Regulamento Interno do Gabinete de Formação
- **URAP**
 - Referenciação
- **Unidade de Saúde Pública**
 - Taxas Moderadoras
- **Unidade de Saúde Familiar**
 - (USF/UCSP) Gestão de stocks
- **Unidade de Saúde Familiar (USF) – Modelo B**
 - Gestão de Stock e Logística
 - Registos
 - Registos Clínicos

6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

PARTE II

IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

ACES	Unidade Orgânica/	Área/ Serviço	Risco	Medidas Preventivas	
------	-------------------	---------------	-------	---------------------	--

	Funcional/ Apoio			Grau de Implementação	
ACES Cávado I - Braga	Unidade de Apoio à Gestão (UAG)	Gestão Recursos Humanos	Registo no RHV de trabalho suplementar não realizado ou erro no seu registo.	Conferência mensal dos dados por pessoa diferente da que introduziu no RHV -Segregação de Funções	Implementado
			Ausência de registo no RHV de faltas.	Confrontação do registo em papel com o registo no RHV, por pessoas diferentes.	Implementado
			Adulteração dos registos de assiduidade.	Verificação por profissional diferente	Implementado
		Gestão de Aprovisionamento	Aquisição de produtos não previstos no Regulamento do Fundo de Maneio.	Identificar nos processos de compra o artigo do Fundo de Maneio que sustenta a sua aquisição.	Implementado
			Divergências na receção/conferência nos materiais/reparações efetuadas, face ao previamente autorizado.	Evidência da conferência nos processos de despesa por profissional com competências adequada e diferente da que instruiu o processo de aquisição.	Implementado
			Falta de imparcialidade e favorecimento de fornecedores.	Evidência de pedidos de orçamentos a mais do que uma entidade.	Implementado
			Divergências nos stocks das Unidades que compõe o ACES.	Realização de Auditorias para verificação dos stocks no local com os registos no programa de gestão de stocks ibérica.	Implementado
		Gestão do Património	Falhas na gestão de ativos, transferências e abates.	Existência de Manual de procedimentos para inventário do Imobilizado. Existência de um programa de inventário que preveja que os dados sejam validados periodicamente através de contagens físicas.	Implementado
		SGTD	Aprovação de transportes a utentes que não reúnem as condições exigidas na lei.	Parametrização da aplicação informática SGTD, de modo a permitir o bloqueio imediato das situações que não reúnem as condições legais.	Não Implementado
			Aprovação indevida de "Situações de Exceção" de transporte de doentes.	Implementação de uma monitorização mensal da prescrição de transportes de doentes nas "Situações de Execução".	Em fase de Implementação
		Reembolsos/ BAS	Pagamento indevido de valores de reembolsos (pagamento mediante cópia de documentos em vez de originais, falsificação de documentos, pagamento por valores diferentes dos constantes nos documentos, etc).	Existência de Manual de procedimentos para estas duas áreas. Existência de validadores diferentes no decurso do processo.	Implementado
		Gestão da Frota	Utilização de viaturas do Estado para fins diferentes das que se destinam.	Realização de verificações aleatórias dos percursos descritos nos registos da ANCP, com os km efetivos inerentes à deslocação.	Implementado

ACES Cávado I - Braga	Unidade de Apoio à Gestão (UAG)	Gestão Financeira	Adulteração de dados introduzidos nos ficheiros do FM.	Conferência em suporte em papel, efetuado por pessoa diferente da que introduziu os dados no FM, devendo ser dada especial importância à conferência/validação dos valores em numerário/cofre.	Implementado
			Pagamento de valores sem existência de fatura/faturas fictícias ou pagamento de despesa sem cabimento e/ou autorização.	Validação dos processos de compra/pagamento por profissional diferente do que instruiu estes processos. Existência de procedimento para a execução da despesa.	Implementado
			Pagamento para um NIB diferente do indicado pelo fornecedor.	Validação do NIB mediante comprovativo bancário por profissional diferente do que executou o pagamento na CGD	Implementado
	URAP	Referenciação	Adulteração das referenciações para as consultas.	Definição de critérios de referenciação. Auditorias de verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.	Em fase de implementação, já foi homologado critérios de referenciação
	Unidade de Saúde Pública (USP)	Taxas Moderadoras	Falha na cobrança de taxas sanitárias (Pareceres, vistoria, atestados) e outras receitas.	Informatização de todas as cobranças de taxas/serviços no aplicativo MARTA. Implementação de um Registo Administrativo de Contacto de todas as atividades de Saúde Pública	Em fase de implementação
	Unidade de Saúde Familiar (USF/UCSP)	Inscrição Utentes	Atribuição de isenções/atestado multiusos a utentes que não têm direito legalmente.	Dupla verificação pessoa diferente. realização de Auditorias internas periódicas.	Não Implementado
			Acesso e/ou favorecimento no encaminhamento de utentes a unidades convencionadas.	Divulgação de lista de unidades convencionadas com o SNS em todas as UF (prestadoras de cuidados assistenciais), de livre acesso e consulta pelos utentes. Auditoria semestral a essa disponibilidade por parte das UF.	Implementado
			Desnatação/ seleção adversa dos utentes.	Existência de Procedimentos Realização de auditorias regulares	Implementado
	Unidade de Saúde Familiar (USF) – Modelo B	Gestão de Stock e Logística	Receção de mercadorias – incorreção das entradas de material nas Unidades.	Existência de Procedimento para a Conferência das entradas de produtos. Realização de contagens físicas periódicas às matérias, por pessoal diferente do que regista os consumos. Monitorização mensal dos consumos	Implementado
			Desvio de existências.		Implementado
		Registos	Registos clínicos fictícios que possibilitem o cumprimento das metas contratualizadas e a passagem a modelo organizativo mais favorável e com o recebimento de incentivos.	Realização de auditorias aos registos administrativos e clínicos através da UAG e CCS	Implementado
		Registos Clínicos	Existência de registos fictícios com o objetivo de recebimento dos incentivos financeiros.	Realização de auditorias clínicas pelo CCS.	Implementado
	Recebimento pelos médicos de participações financeira pela realização de domicílios que não se efetivaram.		Realização de auditorias clínicas pelo CCS.	Implementado	

7. RECOMENDAÇÕES:

- Reforço de ações de sensibilização junto de todos os profissionais;

- Ampla divulgação do PGRCIC e respectivo Relatório de Execução junto de todos os profissionais, utentes e comunidade;
- Aposta no reforço de formação nesta área e matérias conexas;
- Reforço da missiva junto de todos os profissionais e comunidade, para a identificação de melhorias possíveis ou outros fatores de risco que devam ser prevenidos ou minorados.

8. CONCLUSÕES

O presente Relatório de Execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, apresenta a Taxa de Execução das medidas preventivas ao longo do ano de 2021, que se cifrou nos 76%, das medidas implementadas, o que permite concluir que existiu um esforço institucional no sentido de cumprir as medidas planeadas para mitigação dos riscos identificados nos diferentes serviços.

Face aos resultados apurados, quer relativamente aos riscos transversais, quer os inerentes a cada serviço, pode afirmar-se que o ACES de Braga conseguiu, em 2021, assegurar uma adequada execução PGRCIC.

No sentido de continuar a reforçar a eficácia operacional dos mecanismos existentes e procurar a introdução de outros que contribuam para prevenir ou mitigar os riscos associados à corrupção e infrações conexas, recomenda-se o empenho de todos, assim como a atribuição de recursos adequados para a formação e o desenvolvimento de uma sensibilização ao risco de todos os profissionais envolvidos, de forma a permitir dar continuidade à implementação das medidas identificadas. Para o efeito, é necessário que cada colaborador tenha autoconhecimento, quer das suas funções, quer da instituição que representa.

Considera-se ainda, que a inclusão de novas ações é uma demonstração do interesse e de preocupação do ACES de Braga na continuação deste objetivo, sendo que a ação neste domínio não visa apenas o mero cumprimento formal do plano de gestão do risco de corrupção e infrações conexas, mas também às áreas de atividade vulneráveis ao risco.

Por ser um instrumento de gestão dinâmico, o presente Relatório de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, será revisto anualmente, de acordo com a realidade atual e as exigências diárias com que nos deparamos.

Dezembro/2021