

# Relatório de Execução Anual

## Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

2018



---

# **Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão**

2018

# Índice

ÍNDICE.....	3
ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS.....	3
RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	4
FICHA TÉCNICA .....	5
ENQUADRAMENTO .....	6
SUMÁRIO EXECUTIVO .....	7
RECOMENDAÇÕES.....	8
METODOLOGIA.....	9
ESTRUTURA ORGÂNICA.....	10
AValiação DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO .....	14
CONFLITO DE INTERESSES E ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES.....	18
MONITORIZAÇÃO DO PLANO .....	19

## Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 - Lista de recomendações, por criticidade e responsável pela implementação .....	8
Tabela 2 - Evolução dos dirigentes intermédios durante o ano 2018 .....	13
Tabela 3 - Modelo de gestão de riscos .....	14
Tabela 4 - Matriz de avaliação do sistema de controlo interno .....	14
Tabela 5 - Lista das ações de auditoria e controlo desenvolvidas em 2018 .....	16
Tabela 6 - Ponto da Situação das medidas propostas, por nível de risco.....	19
Figura 1 – Gráfico com a taxa de execução do plano, por unidade.....	7
Figura 2 - Organograma ACSS.....	12

## Relação de siglas e abreviaturas

<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
<b>CCP</b>	Código dos Contratos Públicos
<b>CD</b>	Conselho Diretivo
<b>CPC</b>	Conselho de Prevenção da Corrupção
<b>DAG</b>	Departamento de Gestão e Administração Geral
<b>DFI</b>	Departamento de Gestão Financeira
<b>DPS</b>	Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde
<b>DR</b>	Diário da República
<b>DRH</b>	Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos
<b>DRS</b>	Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde
<b>GAI</b>	Gabinete de Auditoria Interna
<b>GJU</b>	Gabinete Jurídico
<b>IP</b>	Instituto Público
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAEGF</b>	Núcleo de Assuntos Estrangeiros e Gestão de Fundos
<b>PPRG</b>	Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
<b>PREMAC</b>	Plano de Redução e Melhoria da Administração Pública
<b>RGPD</b>	Regulamento geral de Proteção de Dados
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>SCI</b>	Sistema de Controlo Interno
<b>SES</b>	Secretário de Estado da Saúde
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>UAG</b>	Unidade de Apoio à Gestão
<b>UAH</b>	Unidade de Acompanhamento dos Hospitais
<b>UCF</b>	Unidade de Gestão do Centro de Conferência de Faturas
<b>UCGC</b>	Unidade de Compras e Gestão de Contratos
<b>UCL</b>	Unidade de Compras e Logística
<b>UCM</b>	Unidade de Gestão de Contratos e Monitorização da Conta do Medicamento e Dispositivos Médicos
<b>UCT</b>	Unidade de Contabilidade
<b>UGA</b>	Unidade de Gestão Operacional do Acesso
<b>UGCM</b>	Unidade de Gestão da Conta do Medicamento e dos Dispositivos Médicos
<b>UGEF</b>	Unidade de Gestão Económico-Financeira
<b>UGR</b>	Unidade de Gestão de Risco
<b>UIE</b>	Unidade de Instalação e Equipamentos
<b>UOC</b>	Unidade de Orçamento e Controlo

## Ficha Técnica

### FICHA TÉCNICA

<b>Identificação do responsável pela sua elaboração</b>	Gabinete de Auditoria Interna (GAI)
<b>Âmbito</b>	Elaboração do Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de gestão e infrações conexas.
<b>Ciclo de realização</b>	5 de fevereiro a 3 de abril de 2019
<b>Objetivos</b>	<p>A elaboração do presente Relatório encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna de 2019 e decorre das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), tendo como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar o grau de cumprimento das medidas propostas, por cada uma das áreas;</li> <li>• Avaliar os procedimentos instituídos e o Sistema de Controlo Interno instituído;</li> <li>• Propor recomendações de melhoria;</li> <li>• Identificar eventuais situações de conflito de interesses e as acumulações de funções existentes;</li> </ul>
<b>Aprovado pelo Conselho Diretivo:</b>	Reunião de CD de 11-04-2019

## Enquadramento

O presente Relatório tem como objetivo a monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2018 (doravante Plano), que teve a sua origem na Recomendação de 1 de julho do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC).

Esta Recomendação indicava que os serviços identificassem, relativamente a cada área, processo e/ ou departamento:

- ✓ Os riscos de corrupção e infrações conexas;
- ✓ As medidas adotadas para mitigar a ocorrência dos mesmos;
- ✓ Os responsáveis envolvidos na gestão, responsáveis pela implementação das medidas previstas;
- ✓ E, por último, o responsável pela monitorização e avaliação anual da execução do Plano.

Em 01 de Julho de 2015, o CPC emitiu nova Recomendação, no sentido de alargar o âmbito dos Planos, identificando os riscos de Gestão relativos às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades orgânicas, incluído gabinetes, funções e cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos.

O CPC efetuou ainda em 2017, um mapeamento das áreas e fatores de risco de corrupção e infrações conexas no Setor Público, cujos resultados publicados pelo relatório Prevenção da Corrupção na Gestão Pública - Mapeamento de áreas e fatores de risco, identificando um conjunto áreas de risco prioritárias na gestão pública, de entre as quais se destacam, a contratação pública, a administração pública eletrónica e a saúde e farmacêuticas, referindo que, assumia particular relevância a problemática dos conflitos de interesses, objeto da Recomendação de 7 de novembro de 2012, dada a reconhecida relação que apresenta com os riscos de corrupção e infrações conexas, e que a ACSS considera na execução do Plano, tendo aprovado em 10-12-2015 uma minuta Declaração de Existência de Conflito de Interesses.

Com relatório acima referido, o CPC pretendeu alertar as entidades para a necessidade de atualização constante dos seus Planos de Prevenção de Riscos de Gestão.

Neste sentido, em observância das Recomendações formuladas pelo CPC procede-se à monitorização da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão aprovado para pela Deliberação do CD em 10-05-2018, analisando a eficácia das medidas implementadas, os motivos para a não implementação de determinadas medidas e aferindo a necessidade de atualização / revisão dos riscos e dos controlos existentes, com vista à atualização do Plano, para 2019.

## Sumário Executivo

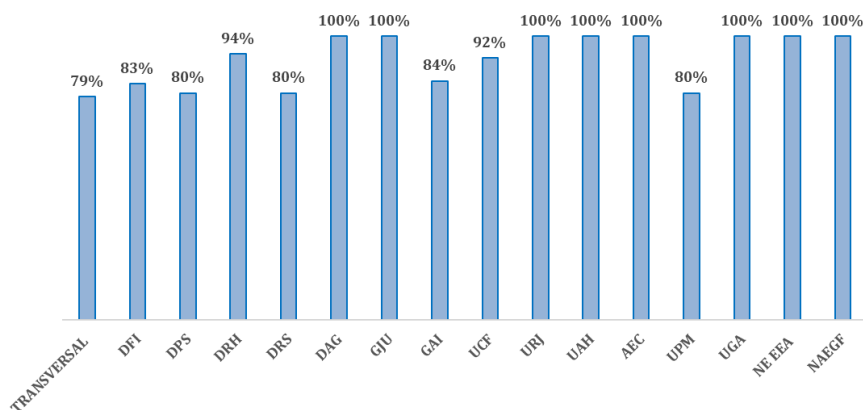
O presente Relatório agrupa e sistematiza toda a informação obtida, no âmbito da implementação e monitorização do Plano em 2018, avaliando o grau de execução das medidas previstas para a prevenção dos riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, por cada um dos Departamentos / Unidades Orgânicas, identificando as medidas adotadas, aquelas que ainda não foram implementadas, as que se encontram em fase de implementação e as que no decorrer do ano se julgaram inadequadas e / ou sem efeito.

Apresenta-se a perspetiva colocada pelo dirigentes da ACSS, na identificação dos riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e na implementação de controlos e os procedimentos adotados com vista à prevenção, deteção, sancionamento e erradicação de comportamentos que não se coadunem com a ética profissional e os valores da Carta Ética da Administração Pública e Código de Conduta Ética da ACSS.

No âmbito das auditorias internas realizadas em 2018 foram considerados os riscos enunciados, na fase de planeamento das auditorias e no decorrer das mesmas, sendo auditadas a efetividade das medidas propostas em sede de Plano, monitorizando-se ao longo do ano o Plano. De referir que não chegou ao nosso conhecimento a ocorrência de qualquer facto que indicie eventual responsabilidade criminal ou financeira, nos termos das Instruções do GCCI.

Conclui-se que foram implementadas 234 das medidas propostas, resultando numa **taxa de execução de 89,0%** (excluindo as medidas que ficaram sem efeito), valor em linha com o valor registado no ano anterior, variando a taxa de execução entre um mínimo de 79% e um máximo de 100%, conforme gráfico infra, constatando-se que um número significativo de Unidades implementou a totalidade das medidas propostas.

Figura 1 – Gráfico com a taxa de execução do plano, por unidade



## Recomendações

O presente relatório concretiza o processo de monitorização do PPRG de 2018, verificando-se a necessidade de avaliar a adequação das medidas preventivas aos riscos e processos adotados pelo que se propõe intensificar os esforços na execução de algumas medidas e a aprovação de alguns ajustamentos, designadamente:

**Tabela 1 - Lista de recomendações, por criticidade e responsável pela implementação**

#	Recomendação	Prioridade	Responsável pela Implementação
I	Rever o Plano em vigor, aprofundando e verificando a adequabilidade das medidas preventivas e dos controlos propostos por cada Departamento/Unidade Orgânica, que depois de aprovado, deverá ser divulgado, a todos os níveis junto dos colaboradores, promovendo o seu envolvimento e sensibilização para a necessidade de mitigar e/ou eliminar os riscos de gestão da ACSS.	Curto Prazo	GAI / Todas as unidades da ACSS
II	Promover o desenvolvimento de auditorias internas, às áreas e processos em que se reconheceu maior probabilidade de materialização de riscos de corrupção e conflitos de interesses.	A todo o tempo	GAI
	Equacionar a criação efetiva um sistema de denúncia de casos ou situações de corrupção ou de má administração interna, que se possível deverá permitir o anonimato do delator, devendo ainda ser criado o procedimento interno de tratamento de denúncias de irregularidades.	Médio prazo	CD / GAI



## Metodologia

A metodologia adotada para elaboração do presente Relatório, idêntica à de anos anteriores teve em consideração, objetivos de integralidade e de segregação de funções e contemplou:

- ✓ A reavaliação das atividades, função e / ou processos;
- ✓ Discriminação dos riscos potenciais;
- ✓ Avaliação dos controlos instituídos, pelas diferentes áreas da ACSS;
- ✓ Auscultação interna das diferentes áreas em diferentes momentos;
- ✓ Recolha de contributos e informações relativas aos riscos de corrupção e aos conflitos de interesses;
- ✓ Inclusão dos elementos obtidos, no âmbito nas auditorias internas;
- ✓ Averiguação das eventuais participações de irregularidades de entidades internas ou externas.

Tendo sido avaliadas as medidas propostas, com base na definição de quatro níveis de implementação:

- ✓ **“Implementada”** – significa que o procedimento foi completamente executado;
- ✓ **“Parcialmente Implementada”** – significa que o procedimento foi executado apenas parcialmente / ou em parte das situações aplicáveis;
- ✓ **“Não implementada”** – significa que o procedimento não foi executado;
- ✓ **“Sem Efeito”** - significa que o procedimento não foi executado, porque se verificou que o mesmo estaria desadequado e / ou já não era exigido.

## Estrutura orgânica

**A** ACSS prossegue as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro, tendo jurisdição todo o território continental, sem prejuízo das atribuições de âmbito nacional que lhe sejam conferidas por diplomas próprios.

A ACSS tem por missão, assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde (MS) e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) bem como, das instalações e equipamentos do SNS, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP., no domínio da contratação da prestação de cuidados.

A ACSS é nos termos da lei, um Instituto Público de regime especial, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, com uma organização interna constituída por cinco Departamentos e dois Gabinetes, sendo que, por Deliberação do CD podem ser criadas, modificadas ou extintas até nove Unidades Orgânicas flexíveis, integradas ou não em Departamentos.

Na sequência da publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 203/2017, na 2.ª Série, do Diário da República, de 28 de dezembro, com efeitos a 1 de janeiro de 2018, iniciou funções um novo Conselho Diretivo, tendo este delegado e subdelegado competências nos seus membros através da Deliberação n.º 305/2018, publicada na 2.ª Série do DR de 13 de março.

No decorrer de 2018, ao nível da estrutura orgânica da ACSS, registaram-se conjunto de alterações ao nível das unidades flexíveis que se passam a elencar cronologicamente, com referência às publicações na 2.ª Série do Diário da República:

- Deliberação n.º 498/2018 - Criação da Unidade de Compras e Gestão de Contratos (UCGC) e extinção da Unidade de Gestão da Conta do Medicamento e dos Dispositivos Médicos (UGCM);
- Deliberação n.º 943/2018 - Criação da Unidade de Gestão de Contratos e Monitorização da Conta do Medicamento e Dispositivos Médicos (UCM);
- Deliberação n.º 901/2018 - Criação da Unidade de Compras e Logística (UCL);
- Deliberação n.º 1282/2018 - Criação da Unidade de Gestão Económico-Financeira (UGEF) e extinção da Unidade de Gestão de Risco (UGR);

- Deliberação n.º1283/2018 - Redistribuição das competências cometidas à Unidade de Gestão Económico-Financeira (UGEFE) e à Unidade de Orçamento e Controlo (UOC);

Bem como, as seguintes nomeações em regime de substituição:

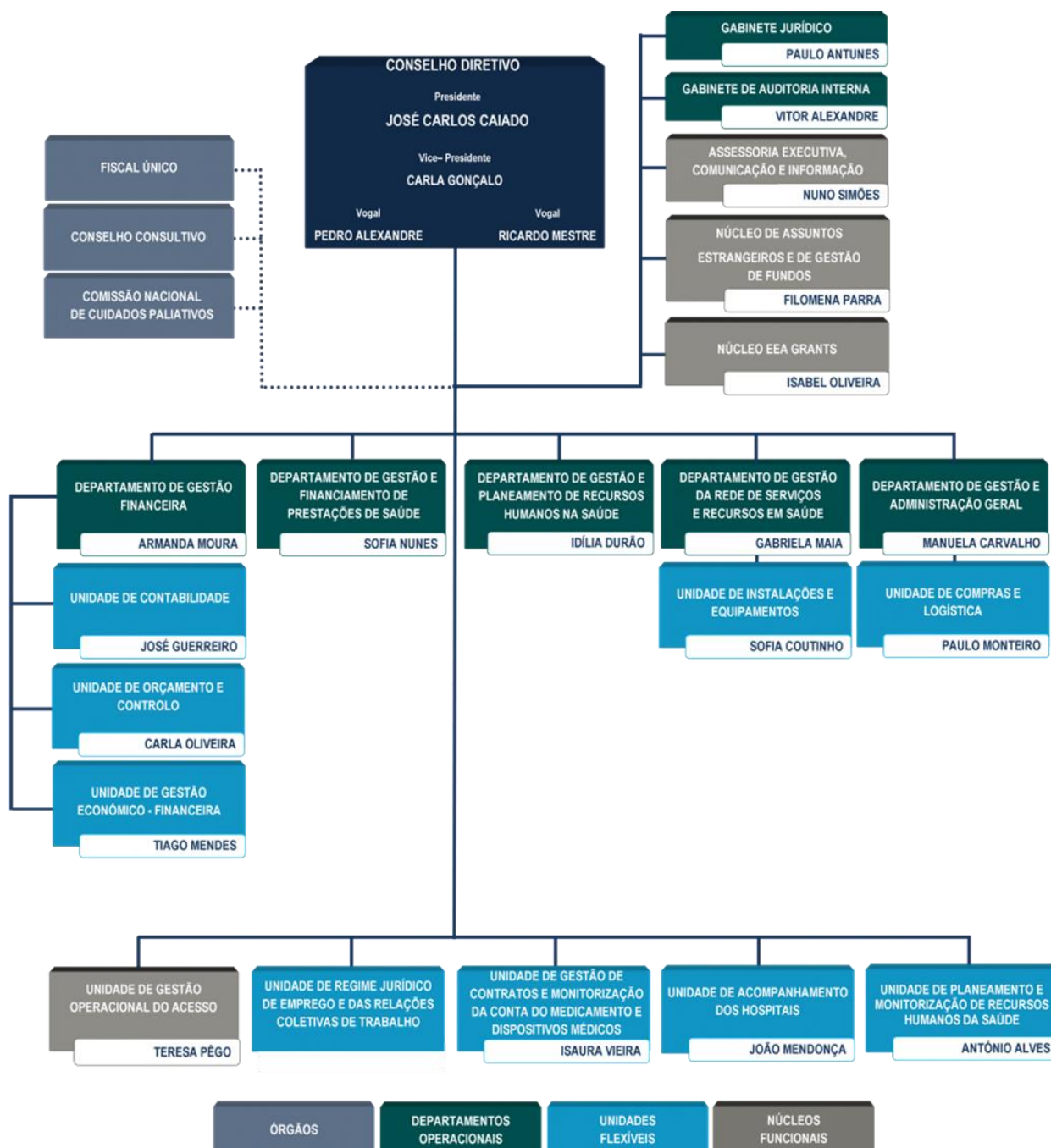
- Deliberação n.º 444/2018 - Nomeação da Dra. Carla Oliveira como Coordenadora da Unidade de Orçamento e Controlo (UOC);
- Deliberação n.º 602/2018 - Nomeação do Dr. Tiago Mendes como Coordenador da Unidade de Gestão do Risco (UGR);
- Deliberação n.º 499/2018 - Nomeação do Dr. Paulo Monteiro como Coordenador da Unidade de Compras e Gestão de Contratos (UCGC);
- Deliberação n.º 900/2018 - Nomeação da Dra. Isaura Vieira como Coordenadora da Unidade de Gestão de Contratos e Monitorização da Conta do Medicamento e Dispositivos Médicos (UCM);
- Deliberação n.º 902/2018 - Nomeação do Dr. Paulo Monteiro como Coordenador da Unidade de Compras e Logística (UCL);
- Deliberação n.º 958/2018 - Nomeação do Dr. João Mendonça como Coordenador da Unidade de Acompanhamento dos Hospitais (UAH);
- Deliberação n.º 1081/2018 - Nomeação da Eng. Ana Sofia Nunes como Diretora do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde (DPS).

Decorrente da entrada em vigor do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), foi nomeado o Dr. Pedro Felizes, Encarregado de Proteção de Dados, com publicação em Diário da República, através da Deliberação n.º 1071/2018.

Relativamente ao Fiscal Único da ACSS, nomeado por Despacho Conjunto da Ministra de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde n.º 15296/2014, publicado na 2.ª Série do Diário da República de 17 de dezembro, a empresa ABC – Azevedo Rodrigues, Batalha, Costa & Associado, SROC, Lda, manteve o seu mandato, tendo desenvolvido, durante o ano de 2018, procedimentos de auditorias para a verificação e validação os procedimentos e mecanismos de controlo implementados na ACSS e conformidade com os normativos em vigor, com vista à Certificação Legal de Contas, apesar de não conhecermos o teor do (s) Relatório (s) da ação fiscalizadora do Fiscal Único da ACSS, IP conforme previsto na al. h) do n.º 1 do art.º 28.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de janeiro, na atual redação, onde poderão existir questões que importariam acautelar na ACSS.

Apresenta-se em seguida a organização interna da ACSS, **em 31/12/2018**, mapeada no seguinte organograma.

Figura 2 - Organograma ACSS



A estrutura orgânica existente assenta nas disposições constantes do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, na sua atual redação, no quadro determinado pelas linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC), consagrado no Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, na atual redação, que aprovou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e na Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, que aprovou os Estatutos da ACSS e nas Deliberações do CD que procederam à criação e / ou extinção de unidades flexíveis.

Os responsáveis pela Direção e os Dirigentes intermédios da ACSS responsáveis por cada uma das unidades Orgânicas, ao longo de 2018, são os que abaixo se apresentam:

**Tabela 2 - Evolução dos dirigentes intermédios durante o ano 2018**

Orgão / Unidade	Cargo	Período	Titular
CD	Presidente	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. José Carlos Caiado
	Vice-Presidente	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Carla Gonçalves
	Vogal	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. Pedro Alexandre
	Vogal	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. Ricardo Mestre
GJU	Coordenador	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. Aquilino Paulo Antunes
GAI	Coordenador	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. Vitor Alexandre
DFI	Diretor	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Armanda Moura
UCT	Coordenador	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr. José Guerreiro
UOC	Coordenador	01/01/2018 a 18/02/2018	Dr.ª Anabela Mendonça
UOC	Coordenador	22/03/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Carla Oliveira
UGR b)	Coordenador	01/01/2018 a 21/03/2018	Dr.ª Carla Oliveira
UGR b)	Coordenador	22/03/2018 a 24/10/2018	Dr. Tiago Mendes
UGEF	Coordenador	25/10/2018 a 31/12/2018	Dr. Tiago Mendes
DPS	Responsável a)	01/01/2018 a 30/08/2018	Dra. Sofia Mariz
DPS	Diretora	01/09/2018 a 31/12/2018	Eng. Sofia Nunes
DRS	Diretor	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Gabriela Maia
UIE	Coordenador	01/01/2018 a 31/12/2018	Arqt.ª Sofia Coutinho
DRH	Diretor	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Idília Durão
UPM	Coordenador	01/01/2018 a 31/12/2018	Eng. António Alves
URJ	Coordenador	01/01/2018 a 24/10/2018	Dr.ª Sandra Parreira
DAG	Diretor	01/01/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Manuela Carvalho
UCGC b)	Coordenador	01/04/2018 a 30/06/2018	Dr. Paulo Monteiro
UCL	Coordenador	01/07/2018 a 31/12/2018	Dr. Paulo Monteiro
UCF b)	Coordenador	01/01/2018 a 30/06/2018	Dr.ª Isaura Vieira
UCM	Coordenador	01/07/2018 a 31/12/2018	Dr.ª Isaura Vieira
UAH	Coordenador	01/01/2018 a 31/06/2018	Eng. Gustavo Ferreira
UAH	Coordenador	12/07/2018 a 31/12/2018	Dr. João Mendonça
UGCM b)	Coordenador	01/01/2018 a 28/02/2018	Dr. João Paulo da Cruz

a) Nomeada Responsável pelo DPS por Deliberação do CD de 23/11/2016

b) Unidade extinta durante o ano de 2018

## Avaliação do Sistema de Controlo Interno

A responsabilidade da Gestão de Risco na ACSS, assenta no modelo das três linhas de defesa de gestão eficaz de riscos e controlos, repartindo-se as competências de cada um dos níveis, do seguinte modo:

Tabela 3 - Modelo de gestão de riscos

Conselho Diretivo	Diretores / Coordenadores Departamentos e Unidades	Gabinete de Auditoria Interna
Criar e manter um Sistema de Controlo Interno adequado que abarque todos os riscos relevantes da ACSS	Responsabilidade pela implementação das medidas preventivas e de controlo e controlo dos riscos identificados nas suas áreas.	Elaborar o relatório anual de execução do Plano e a avaliar o seu grau de cumprimento através de auditorias aos processos neles mencionados.

Apresenta-se de seguida a avaliação do sistema de controlo interno, de acordo com a metodologia proposta pelo Grupo Técnico do Conselho Coordenador da Avaliação dos Serviços, com um conjunto sumário das medidas adotadas, para mitigar os riscos identificados pela gestão da própria ACSS.

Tabela 4 - Matriz de avaliação do sistema de controlo interno

Questões	Aplicado			Fundamentação
	S	N	NA	
<b>1 – Ambiente e Controlo</b>				
1.1 Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?	√			Durante o ano de 2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foi aprovado e implementado um novo Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas;</li> <li>▪ Foi atualizado o Manual de Procedimentos para a Gestão de Aquisições e foram aprovados novos Plano de Segurança física das Instalações, procedimento de férias e faltas e regulamento de uso de veículos</li> <li>▪ Para além das auditorias internas desenvolvidas pelo GAI, a ACSS foi objeto de auditorias externas, de diversas entidades, nomeadamente pelo Fiscal Único;</li> <li>▪ Apesar de não ter sido aprovado um plano de formação, foi realizada formação in house subordinada ao tema da Proteção de dados e divulgada informação referente à segurança informática.</li> </ul>
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	√			
1.3 Os elementos da equipa de controlo e auditoria possuem a habilitação necessária para o exercício da função?	√			
1.4 Estão claramente definidos valores éticos e de integridade que regem o serviço (ex. códigos de ética e de conduta, carta do utente, princípios de bom governo)?	√			
1.5 Existe uma política de formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?		X		
1.6 Estão claramente definidos e estabelecidos contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas?	√			
1.7 O serviço foi objeto de ações de auditoria e controlo externo?	√			

Questões	Aplicado			Fundamentação
	S	N	NA	
<b>2 – Estrutura Organizacional</b>				
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às regras definidas legalmente?	√			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A estrutura organizacional da ACSS encontra-se estabelecida na Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio, existindo um conjunto de unidades flexíveis criadas por Deliberação do CD da ACSS.</li> <li>▪ A avaliação de desempenho, no âmbito do SIADAP foi efetuada com recurso à plataforma do GeADAP, disponível em <a href="http://www.siadap.gov.pt">www.siadap.gov.pt</a>.</li> </ul>
2.2 Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?	SIADAP 2: <b>100%</b> SIADAP 3: <b>100%</b>			
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?	<b>55%</b>			
<b>3 – Atividade e Procedimentos de Controlo Administrativo Implementados no Serviço</b>				
3.1 Existem manuais de procedimentos internos?	√			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Despacho n.º 1458/2018, publicado na 2.ª Série do DR de 06 de fevereiro, delegando competências da SES no CD da ACSS;</li> <li>▪ Deliberação n.º 305/2018, publicada na 2.ª Série do DR de 13 de março, delegando competências nos membros do CD e autorização para a realização de Despesas.</li> <li>▪ Despacho n.º 330/2018, publicado na 2.ª Série do DR de 04 de abril, delegando competências na Diretora do DAG, nas matérias de autorização de despesa, CCP, RH e assinatura de mero expediente.</li> <li>▪ Despacho n.º 6144/2018, publicado na 2.ª Série do DR de 22 de junho, delegando competências no Dr. Paulo Monteiro, nas matérias de autorização de despesa, CCP, RH e assinatura de mero expediente.</li> <li>▪ Despacho n.º 8966/2018, publicado na 2.ª Série do DR de 24 de setembro, delegando competências no Dr. Paulo Monteiro, nas matérias de autorização de despesa, CCP, RH e assinatura de mero expediente.</li> <li>▪ Despacho n.º 1354/2019, publicado na 2.ª Série do DR de 07 de fevereiro, delegando competências da MS no CD da ACSS, com efeitos a 17 de outubro.</li> <li>▪ É promovida a tomada de decisões colegiais (reunião de CD).</li> <li>▪ Foi elaborado o Orç. de Compras para 2018</li> <li>▪ Existem Manuais de Procedimentos para diversas áreas e processos onde se encontram definidos as etapas, os controlos e os outputs esperados.</li> <li>▪ O Sistema de Gestão Documental – Smartdocs encontra-se implementado em todas as áreas da ACSS, tendo a ACSS adotado a versão V4 do Smartdoc.</li> <li>▪ Foi monitorizado o Plano de Gestão de Riscos de Gestão ao longo de 2018.</li> </ul>
3.2 A competência para autorização da despesa está claramente definida e formalizada?	√			
3.3 É elaborado anualmente um plano de compras?	√			
3.4 Está implementado um sistema de rotação de funções entre trabalhadores?	√			
3.5 As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão claramente definidas e formalizadas?	√			
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?	√			
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	√			
3.8 Existe um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas?	√			
3.9 O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é executado e monitorizado?	√			



Questões	Aplicado			Fundamentação
	S	N	NA	
<b>4 - Fiabilidade dos Sistemas de Informação</b>				
4.1 Existem aplicações informáticas de suporte ao processamento de dados, nomeadamente, nas áreas de contabilidade, gestão documental e tesouraria?	√			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A ACSS utiliza as aplicações informáticas disponibilizadas pela SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para diferentes áreas operacionais.</li> <li>▪ A Gestão Documental é assegurada pelo Smartdocs que se encontra implementado em todas as áreas da ACSS.</li> <li>▪ O acesso à informação constante das bases de dados informáticas depende de um processo de autenticação.</li> <li>▪ A segurança da informação e a existência de Backups está salvaguardada nos servidores da SPMS.</li> <li>▪ Procedeu-se à divulgação da informação da SPMS relativa à segurança informática.</li> </ul>
4.2 As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?	√			
4.3 Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?	√			
4.4 A informação extraída dos sistemas de informação é utilizada nos processos de decisão?	√			
4.5 Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?	√			
4.6 A informação dos computadores de rede está devidamente salvaguardada (existência de backups)?	√			
4.7 A segurança na troca de informações e software está garantida?	√			

**5 – Outros**

A ACSS dispõe de um Código de Conduta Ética devidamente aprovado e divulgado pelos seus colaboradores e divulga internamente da sua Intranet, <http://pulsar.min-saude.pt/> informação relativa às políticas e procedimentos de Controlo Interno e externamente através no seu site institucional, em <http://www.acss.min-saude.pt/>, os seus Instrumentos de Planeamento e Gestão.

Contribuindo para a avaliação e monitorização do Sistema de Controlo Interno, independentemente das auditorias externas que a ACSS foi alvo, o Gabinete de Auditoria Interna, desenvolveu as seguintes ações de Auditoria e / ou controlo em 2018.

**Tabela 5 - Lista das ações de auditoria e controlo desenvolvidas em 2018**

Ação	Objetivos	Áreas	N.º Recom.	Status
Análise do processo de contagens anuais de existências finais da ACSS, IP 2017 e <i>Follow-up</i> Exercício económico de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompanhar as contagens anuais de existências finais em Armazém, efetuadas no final do exercício.</li> <li>▪ Analisar a informação extraída da aplicação de gestão de <i>stocks</i> Primavera e dos registos na contabilidade.</li> </ul>	DAG / UCT	<b>4</b>	Concluída
Análise da proposta de regularização - EUTIMIA - Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validar o apurado pelo NE EEA Grants no âmbito do projeto.</li> <li>▪ Follow-up das recomendações formuladas quando da visita aos projetos da EUTIMIA, apoiados pela ACSS</li> </ul>	NE EEA Grants	<b>1</b>	Concluída
Follow-Up das Recomendações da Auditoria ao Processo de Conferencia de Faturas da ACSS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar o grau de implementação/execução das recomendações formuladas no relatório de auditoria anterior.</li> <li>▪ Validar os procedimentos instituídos.</li> </ul>	DAG / UOC DPS / DFI	<b>4</b>	Concluído



Ação	Objetivos	Áreas	N.º Recom.	Status
Auditoria ao Processo de apuramento dos Créditos e Débitos no âmbito das Convenções Internacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar os procedimentos adotados.</li> <li>▪ Implementar mecanismos de controlo e validação do processo.</li> <li>▪ Garantir adequados registos contabilísticos.</li> <li>▪ Identificar eventuais áreas de melhoria.</li> </ul>	DPS / UCT AEC / DAG	<b>21</b>	Concluída
Relatório de Execução Anual do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão - Ano 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar o grau de execução das medidas propostas pelas diferentes áreas, no âmbito do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;</li> <li>▪ Propor propostas de melhoria.</li> </ul>	Todas as unidades da ACSS	<b>4</b>	Concluído
Follow-up do Plano de Ação para implementação das recomendações do TdC sobre o Acesso no Serviço Nacional de Saúde (Relatório n.º 15/2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar o grau de implementação/execução das ações previstas.</li> <li>▪ Validar os procedimentos instituídos no âmbito do Plano de Ação aprovado.</li> </ul>	UGA / DPS	-	Concluído
Relatório de análise das transferências realizadas para a ARSLVT, por inexistência de verbas para fazer face à construção de Unidades de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validar dos valores transferidos.</li> <li>▪ Verificar os procedimentos adotados.</li> </ul>	UOC / UCT	<b>4</b>	Concluído
Relatório de Execução Financeira – 4.º Trimestre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementar mecanismos de controlo e validação do processo.</li> </ul>	UCT	<b>2</b>	Concluído
Relatório de Execução Financeira – 1.º Trimestre 2018	Idênticos ao da ação anterior.	UCT	<b>1</b>	Concluído
Relatório de Execução Financeira – 2.º Trimestre 2018	Idênticos ao da ação anterior.	UCT	<b>2</b>	Concluído
Relatório de Execução Financeira – 3.º Trimestre 2018	Idênticos ao da ação anterior.	UCT	<b>2</b>	Concluído
Auditoria aos níveis de serviço e de execução do contrato de gestão do CCF (2.ª Fase)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar os procedimentos adotados.</li> <li>▪ Implementar mecanismos de controlo e validação do processo.</li> <li>▪ Garantir adequados registos contabilísticos.</li> <li>▪ Identificar eventuais áreas de melhoria.</li> </ul>	UCF / DAG / UCT	<b>7</b>	Concluída
Análise da situação dos Projetos apoiados pelo Portugal 2020 à ACSS, IP (Assistência Técnica e Organismo Intermédio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificação dos procedimentos adotados</li> <li>▪ Implementar mecanismos de controlo e validação do processo.</li> <li>▪ Garantir adequados registos contabilísticos.</li> <li>▪ Identificar eventuais áreas de melhoria.</li> </ul>	NAEGF / DAF / UCT / AEC	<b>7</b>	Concluída
Monitorização Intercalar - Plano de Prevenção de Riscos de Gestão - 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitorizar o ponto da situação da implementação das medidas propostas.</li> </ul>	Todas as unidades da ACSS	<b>3</b>	Concluída
Auditoria ao Inventário Patrimonial da ACSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verificar os procedimentos adotados.</li> <li>▪ Implementar mecanismos de controlo e validação do processo.</li> <li>▪ Garantir adequados registos contabilísticos.</li> <li>▪ Identificar eventuais áreas de melhoria.</li> </ul>	DAG / UCT / UCM	<b>16</b>	Concluída em 2019

## Conflito de interesses e acumulação de funções

**A** minuta de Declaração de Existência de Conflito de Interesses, aprovada por Deliberação do CD, de 10-12-2015, a ser utilizada por todos os colaboradores da ACSS, encontra-se disponível na página da Intranet da ACSS.

Na página da Intranet da ACSS foi ainda divulgado o Despacho do SES n.º 7709-C/2016, de 9 de junho, relativo ao recebimento de ofertas que possam constituir um comportamento conflituante com a transparência necessária ao exercício de funções públicas em geral e nos serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo Ministério da Saúde, em especial, vertendo nele o procedimento a ser instituído de modo a garantir a imparcialidade destes.

No período a que se refere a monitorização do presente Plano não chegou ao nosso conhecimento que, qualquer colaborador da ACSS tenha apresentação esta Declaração, alegando a existência de conflito de interesse e/ou pedindo dispensa de intervenção em qualquer procedimento.

No que concerne à acumulação de funções, cujo procedimento foi divulgado por correio eletrónico, foram, no ano de 2018, apresentados e autorizados 5 pedidos de acumulação de funções (- 4, face ao período homologado) que não concorrentes, similares ou conflitantes com a função pública desempenhada.

## Monitorização do Plano

Conforme enunciado verifica-se que a maioria das medidas encontram-se implementada ou em fase de implementação e reconhecendo-se que, sempre que tal se mostre adequado, deve ser assegurada a continuidade e em determinados casos a sua atualização. apresentando-se em seguida o ponto da situação das medidas propostas, por Departamento e Unidade, por nível de risco.

Tabela 6 - Ponto da Situação das medidas propostas, por nível de risco

Áreas e estadios de implementação	N.º de medidas propostas por nível de risco				% implementação
	Baixo	Médio	Alto	Total	
<b>Total Geral</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>80</b>	<b>268</b>	
Implementada	82	82	70	234	89,0%
Parcialmente implementada	5	10	4	19	
Não implementada	6	1	3	10	
s/ efeito	1	1	3	5	
<b>Transversal</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	
Implementada	27	17	0	44	78,6%
Parcialmente implementada	4	4	0	8	
Não implementada	3	1	0	4	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>DFI</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	
Implementada	3	8	4	15	83,3%
Parcialmente implementada	0	1	1	2	
Não implementada	0	0	1	1	
s/ efeito	1	0	0	1	
<b>DPS</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	
Implementada	0	1	15	16	80,0%
Parcialmente implementada	0	0	2	2	
Não implementada	0	0	2	2	
s/ efeito	0	1	3	4	
<b>DRH</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	
Implementada	0	2	13	15	93,8%
Parcialmente implementada	0	0	1	1	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>DRS</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	
Implementada	11	5	0	16	80,0%
Parcialmente implementada	0	4	0	4	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>DAG</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	
Implementada	0	10	26	36	100,0%
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>GJU</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
Implementada	8	0	0	8	100,0%
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	

Áreas e estadios de implementação	N.º de medidas propostas por nível de risco				% implementação
	Baixo	Médio	Alto	Total	
<b>GAI</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	
Implementada	3	13	0	16	<b>84,2%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	3	0	0	3	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>UCF a)</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	
Implementada	1	11	0	12	<b>92,3%</b>
Parcialmente implementada	0	1	0	1	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>URJ</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	
Implementada	2	0	0	2	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>UAH</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	
Implementada	6	5	0	11	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>AEC</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	
Implementada	5	0	0	5	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>UPM</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	
Implementada	0	4	0	4	<b>80,0%</b>
Parcialmente implementada	1	0	0	1	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>UGA</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	
Implementada	8	0	8	16	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>NE EEA Grants</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	
Implementada	0	3	2	5	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	
<b>NAEGF</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	
Implementada	8	0	0	8	<b>100,0%</b>
Parcialmente implementada	0	0	0	0	
Não implementada	0	0	0	0	
s/ efeito	0	0	0	0	

a) Unidade extinta durante o ano de 2018

