



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
NORDESTE

Reunida 30.04.2025

Shirado

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ANUAL

-

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, INCLUINDO OS DE
CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2024

Do C.A.

Paulo Rogão
Vogal Executivo do
Conselho de Administração

29 DE ABRIL DE 2025,

DATA E APROVAÇÃO DO ÓRGÃO DE GESTÃO:

1. ÍNDICE

1.	Índice	2
2.	Índice de tabelas	3
3.	Introdução	4
4.	Enquadramento	4
5.	Metodologia	6
6.	Monitorização do Plano	7
6.1	Dirigentes e Chefias	8
6.2	Comunicação e Imagem	10
6.3	Jurídico e Contencioso	11
6.4	Planeamento e Controlo	12
6.5	Apoio Geral e Transportes	13
6.6	Auditoria Interna	14
6.7	Compras e Logística	16
6.8	Farmácia	19
6.9	Formação e Desenvolvimento	21
6.10	Contabilidade e Gestão Financeira	22
6.11	Gestão de Utentes	24
6.12	Informática e Comunicação	25
6.13	Instalações e Equipamentos	26
6.14	Recursos Humanos	28
7.	Riscos Identificados e Controlos Necessários	30
8.	Resultados da Avaliação	31
8.1	Riscos de “Grau Elevado”	33
8.2	Ações não implementadas	34
9.	Conclusões	48
10.	Recomendações	50

2. ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dirigentes e chefias - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	9
Tabela 2 – Comunicação e Imagem - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	10
Tabela 3 – Jurídico e Contencioso - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	11
Tabela 4 – Planeamento e Controlo - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	12
Tabela 5 – Apoio Geral e Transportes - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	14
Tabela 6 – Auditoria Interna - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	15
Tabela 7 – Compras e Logística - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	18
Tabela 8 – Farmácia - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	20
Tabela 9 – Formação e Desenvolvimento - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	21
Tabela 10 – Contabilidade e Gestão Financeira - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	23
Tabela 11 – Gestão de Utentes - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	25
Tabela 12 – Informática e Comunicação - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	26
Tabela 13 – Instalações e Equipamentos - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	27
Tabela 14 – Recursos Humanos - grau de implementação das ações de prevenção e controlo	29
Tabela 15 – Total de riscos por unidade orgânica/área de risco	30
Tabela 16 – Total de ações de prevenção e controlo por unidade orgânica/área de risco e por grau de risco	30
Tabela 17 - Grau de implementação das ações de prevenção e controlo e respetiva variação, por unidade orgânica/área de risco	31
Tabela 18 – Grau de implementação das ações de prevenção e controlo por grau de risco	32
Tabela 19 – Grau de implementação das ações de prevenção e controlo de riscos de “ <i>grau elevado</i> ” ...	33
Tabela 20 – Ações não implementadas: Dirigentes e Chefias	35
Tabela 21 – Ações não implementadas: Comunicação e Imagem	35
Tabela 22 – Ações não implementadas: Planeamento e Controlo	36
Tabela 23 – Ações não implementadas: Apoio Geral e Transportes	36
Tabela 24 – Ações não implementadas: Auditoria Interna	38
Tabela 25 – Ações não implementadas: Compras e Logística	39
Tabela 26 – Ações não implementadas: Farmácia	40
Tabela 27 – Ações não implementadas: Formação e Desenvolvimento	41
Tabela 28 – Ações não implementadas: Contabilidade e Gestão Financeira	41
Tabela 29 – Ações não implementadas: Informática e Comunicação	44
Tabela 30 – Ações não implementadas: Instalações e Equipamentos	45
Tabela 31 – Ações não implementadas: Recursos Humanos	45

3. INTRODUÇÃO

O Serviço de Auditoria Interna encontra-se consagrado no Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. (ULSNE), nos termos do estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), revogado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, designadamente pelo artigo 86.º, onde se encontra presente a respetiva composição, natureza e regime de exercício de funções.

Enquanto instrumento de apoio à gestão, o Serviço de Auditoria Interna apresenta uma função fundamental no auxílio às tomadas de decisão, assumindo um papel vital na avaliação e melhoria da eficácia dos processos de governação, de controlo interno e de gestão de riscos, assegurando ainda o alinhamento da sua atividade com os objetivos estratégicos e operacionais da Organização.

De acordo com o previsto no Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado através do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, as empresas públicas devem cumprir com a legislação e regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, elaborando anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos de corrupção ativa ou passiva, de criminalidade económica e financeira, tráfico de influência, entre outros.

Por sua vez, nos termos da alínea e), do n.º 2, do artigo 86.º, do estatuto do SNS, é da competência do Serviço de Auditoria Interna a elaboração do plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, assim como, o respetivo relatório anual de execução.

4. ENQUADRAMENTO

O programa do XXII Governo Constitucional determinou, entre os objetivos considerados elementares, o combate ao fenómeno da corrupção, tornando a ação do Estado mais transparente e justa, promovendo a igualdade de tratamento entre os cidadãos e fomentando o crescimento económico.

Nesse sentido, considerou-se fundamental, para uma boa estratégia de combate à corrupção, atuar a montante do fenómeno, prevenindo a existência de contextos geradores de práticas corruptivas.

Assim, para a concretização dos objetivos e a satisfação dos compromissos assumidos pelo Governo, foi elaborada, pelo Ministério da Justiça, a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, aprovada posteriormente pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 6 de abril.

Na concretização das medidas a implementar previstas na Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024, foi criado, através do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e, conjuntamente, estabelecido o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), sendo identificado o plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas como um dos principais instrumentos de prevenção.

Por sua vez, no sentido de garantir o cumprimento do referido disposto Legal e, sobretudo, cientes da importância do referido Plano, onde se constitui como um instrumento basilar no processo da Gestão, procedeu-se no decorrer do ano de 2022 à reformulação do anterior Plano de Gestão de Riscos da ULSNE, datado de 2015, alargando o âmbito a novas funções e áreas de atuação.

Decorrente da referida reformulação, cuja denominação foi alterada para *“Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e Infrações Conexas”* (PPRGCIC), o Plano foi estruturado da seguinte forma:

- Caracterização da ULS do Nordeste;
- Identificação dos Riscos e Medidas de Prevenção;
- Matriz de Risco.

O referido Plano serve o propósito de constituir uma ação sistematizada e abrangente de identificação, avaliação, mitigação, monitorização e prevenção de riscos, que assegura o desenvolvimento, a implementação e a manutenção de procedimentos, organizacionais e de controlo, necessários à gestão prudente dos riscos materiais que a ULSNE se encontra exposta, quer no domínio interno quer no externo, assegurando que os mesmos permaneçam num nível que não comprometa a prossecução da sua missão, das atribuições e competências que lhe estão cometidas.

O Plano de Prevenção de Riscos, conforme previsto no RGPC, deverá ser revisto a cada três (3) anos ou sempre que se opere uma alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica da

Entidade que justifique a revisão (no final do ano de 2024 foi proposto, e por sua vez aprovada, a revisão do PPRGCIC da ULSNE para o próximo triénio 2025/27).

Por sua vez, ainda no âmbito do referido diploma, encontra-se ainda previsto a obrigatoriedade de elaboração e submissão de um relatório anual, a apresentar em abril de cada ano, que avalie a execução do PPRGCIC e a eficácia das medidas preventivas previstas por associação a cada função e risco.

É assim, neste contexto, que se apresenta o presente Relatório de Avaliação Anual do PPRGCIC de 2024 da ULSNE.

5. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no presente Relatório de Avaliação consistiu na recolha, agregação e sistematização de toda a informação, através da promoção de diversas ações de trabalho realizadas conjuntamente com todos os diretores, coordenadores e responsáveis das várias áreas envolvidas no âmbito da implementação do PPRGCIC, no sentido de:

- Apuramento do grau de implementação das ações de prevenção e controlo identificadas no PPRGCIC;
- Previsão da plena execução das ações que se encontram *“em fase de implementação”*;
- Levantamento das justificações para a eventual não implementação das ações de prevenção e controlo;
- Identificação de outras ações adotadas ou a adotar e que não se encontrem previstas no PPRGCIC;
- A existência de propostas ou contributos para a próxima revisão do PPRGCIC.

Os contributos rececionados dos diretores, coordenadores e responsáveis das unidades orgânicas foram compilados e o resultado da avaliação encontra-se espelhado nos quadros que constituem o próximo ponto 5. *“Monitorização do Plano”*.

Importa ainda referir que a informação presente neste Relatório foi obtida a partir de diretores, coordenadores e/ou responsáveis das unidades orgânicas, a quem compete, em especial a organização, a aplicação e o acompanhamento do PPRGCIC, sendo que, a mesma informação beneficia da presunção de veracidade.

6. MONITORIZAÇÃO DO PLANO

Conforme referido no ponto anterior, o presente relatório de avaliação anual do PPRGCIC baseou-se num processo participativo, onde foram envolvidos todos os diretores, coordenadores e responsáveis das áreas onde se encontram identificadas situações de risco de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas, tendo sido efetuado um ponto de situação quanto à implementação das ações de prevenção e controlo sob a sua responsabilidade e, ainda, quanto à consideração de ações de prevenção e controlo adicionais, no sentido de mitigar/controllar a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto.

Nesse seguimento, é apresentada a matriz de gestão de riscos da ULSNE, atualizada à data da realização do presente relatório, onde se encontram detalhados todos os riscos e ações de prevenção e controlo identificados, distribuídos por Unidade Orgânica / Área de Risco, assim como, o respetivo grau de implementação, refletido da seguinte forma:

	Grau do Risco	Grau de Implementação
• Cor Verde	Baixo	Totalmente implementado
• Cor-de-Laranja	Moderado	Em fase de implementação
• Cor Vermelho	Elevado	Não implementado

6.1 Dirigentes e Chefias

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Delegação de competências	Exercício de autoridade delegada indevido	Baixo	Moderado	●	Publicação na página da internet da ULSNE as delegações e subdelegações de competências atribuídos	●
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação	●
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais	●
Acumulação de funções	Exercício de atividade não autorizada. Exercício de atividade privada durante o horário de trabalho. Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada.	Baixo	Moderado	●	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º, da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro	●
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação	●
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais	●
	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Baixo	Moderado	●	Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA), de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro *	●
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação	●
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais	●
Relações de hierarquia	Avaliações de desempenho irregulares	Baixo	Moderado	●	Existência de uma estrutura hierarquizada	●
					Definição legal das responsabilidades de dirigentes e chefias	●
					Existência de um conselho Coordenador da Avaliação, onde são validadas as avaliações, assim como de uma Comissão Paritária onde se encontram representados os vários grupos profissionais	●
	Assédio moral ou discriminação contra os colaboradores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades	●
					Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação	●
	Atos de retaliação contra colaboradores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Baixo	Moderado	●	Formação de dirigentes e chefias em gestão de pessoal e liderança	●
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades, considerando o disposto no art.º 21.º (Proibição de retaliação), da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro	●
					Garantia de impedimento de acesso às denúncias formuladas por pessoas não autorizadas para o efeito.	●
	Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores	Baixo	Moderado	●	Realização de ações de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, no âmbito de políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas	●
					Implementação/ revisão do Regulamento de Comunicação de Irregularidades	●
					Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE	●

Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de pessoas ou processos; Favorecimento/ Prejuízo de concorrentes, fornecedores ou pessoas (devido a conflitos de interesses) na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução de contratos	Baixo	Moderado	●	Existência de um canal independente e autónomo para comunicação de irregularidades, que assegurem a exaustividade, a integridade e a confidencialidade da denúncia, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas e permitindo a sua conservação	●
					Publicação na página da internet da ULSNE as declarações de inexistência de conflitos de interesses (dos membros do CA), de acordo com o art.º 52.º, Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro	●
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais	●
					Estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão	●
					Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis	●
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas	●
Sigilo	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros, com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	Baixo	Moderado	●	Sujeição de todos os dirigentes e colaboradores da ULSNE ao dever legal de sigilo	●
					Política de sanções em caso de violação dos normativos legais	●
					Acesso à informação presente nos sistemas informáticos através de um processo de autenticação individual	●
					Avaliação quanto aos níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos	●
Igualdade	Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão do Código de Ética e Conduta profissional da ULSNE	●
					Rotatividade do pessoal, mediante recursos humanos disponíveis	●
					Promover a tomada de decisão de grupo, composto por vários membros com representações diversas	●

* As declarações dos membros do CA encontram-se anexas ao Relatório do Governo Societário, divulgado no site da Instituição

Tabela 1 – Dirigentes e chefias - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Dirigentes e Chefias	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	10	33	32	97,0
Total	10	33	32	97,0

6.2 Comunicação e Imagem

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento relativo à divulgação interna e externa de informação	●
Comunicação Externa	Prestação de declarações ao exterior sem o conhecimento/ aprovação do CA	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento que enuncie as regras para a prestação de informação institucional à imprensa	●
Imagem	Elaboração aleatória de materiais informativos institucionais e não cumprimento das regras de imagem institucional (ex.: uso incorreto do logótipo, entre outros)	Moderado	Baixo	●	Criação e disponibilização de manual de identidade gráfica	●
					Elaboração de procedimento com normas para a elaboração de materiais informativos	●
	Sinalética interior e exterior que não cumpre os requisitos da imagem institucional	Baixo	Baixo	●	Criação e disponibilização de manual de identidade gráfica	●
	Recolha indevida, por colaboradores ou elementos externos, de imagens fotográficas e/ou vídeo nas instalações da ULSNE	Baixo	Moderado	●	Criação de procedimento normativo e de formulário para recolha interna autorizada de imagens	●
Gestão de crise	Ocorrência de facto interno causador de dano/ prejudicial à imagem externa e interna da instituição	Moderado	Elevado	●	Elaboração de estratégia de gestão de crise reputacional	●

Tabela 2 – Comunicação e Imagem - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Comunicação e Imagem	1	1	0	0,0
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	5	6	3	50,0
Total	6	7	3	42,9

6.3 Jurídico e Contencioso

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Contencioso	Incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos	●
	Incumprimento da tramitação processual	Baixo	Moderado	●	Todos os departamentos, serviços e unidades colaboram com o Gabinete Jurídico e Contencioso, através de envio de toda a documentação solicitada dentro do prazo	●
Jurídico - Processos de inquérito e/ou disciplinares	Parcialidade/ favorecimento nos pareceres jurídicos	Baixo	Baixo	●	Controlo e monitorização dos pareceres e informações	●
					Apreciação e validação conjunta, potenciando o espírito de equipa e partilha de informação e experiência	●
					Estrutura hierarquizada de decisão, com consequente análise em diferentes níveis	●
	Informação não fidedigna	Baixo	Baixo	●	Acesso a informação científica atualizada	●
	Não comparência	Baixo	Baixo	●	Convocação atempada dos visados	●
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	●
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna para o arquivo documental	●
					Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	●
Processos em tribunal	Incumprimento de prazos	Baixo	Baixo	●	Implementação de um controlo efetivo de prazos	●
	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Sensibilização interna quanto aos princípios base da atividade	●

Tabela 3 – Jurídico e Contencioso - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Jurídico e Contencioso	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	9	12	12	100,0
Total	9	12	12	100,0

6.4 Planeamento e Controlo

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Planeamento e Controlo	Produção incorretamente registada	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente análises ao registo de produção	●
	Produção não registada em tempo útil	Baixo	Baixo	●	Promover, regularmente, análises ao registo de produção	●
					Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção	●
					Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre os diversos aplicativos	●
	Efetuar registos que permitam que se gerem GDH economicamente mais vantajosos	Baixo	Moderado	●	Definição de limites nas verbas para remuneração da atividade adicional por serviço	●
					Realização de Auditorias Clínicas	●
Projetos de investimento	Produção realizada sem qualquer registo informático	Baixo	Moderado	●	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações	●
	Informação não fidedigna extraída das várias aplicações informáticas de registo de atividade	Baixo	Moderado	●	Alargar o âmbito de cruzamento de informação entre aplicativos	●
	Não cumprimento das normas estabelecidas pelas entidades financiadoras dos projetos de investimento (perda de financiamento)	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que garantam o cumprimento das normas associadas aos projetos de investimento	●
	Inexistência de um controlo rigoroso da execução financeira e temporal dos projetos de investimento	Baixo	Moderado	●	Identificação dos responsáveis pela execução de cada tarefa associada ao projeto	●
					Comunicação atempada dos projetos de investimento alvo de financiamento ao Serviço de Compras e Logística e Serviço de Gestão Financeira	●
					Implementação de procedimentos internos de acompanhamento do progresso dos investimentos, com reporte periódico ao CA	●
	Inconformidades com as regras de publicidade, relativamente aos projetos de investimento com financiamento comunitário	Baixo	Baixo	●	Implementação de procedimentos de controlo, com suporte nos sistemas de informação, com base em checklist's de verificação	●

Tabela 4 – Planeamento e Controlo - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Planeamento e Controlo	1	1	1	100,0
	7	12	8	66,7
Total	8	13	9	69,2

6.5 Apoio Geral e Transportes

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de Implem.
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação / Controlo de Pragas	Caderno de encargos sem as especificações técnicas necessárias para a prestação dos respetivos serviços	Baixo	Baixo	●	Definição de forma clara e precisa das cláusulas técnicas nos cadernos de encargos	●
	Alteração dos recursos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Moderado	Baixo	●	Definição de um contrato de prestação de serviços através da definição de um mapa de quantidades (p.ex. horas, consumíveis, kg/ peças de roupa, etc.)	●
	Desempenho insuficiente dos recursos, colocando em causa a qualidade do serviço prestado	Moderado	Baixo	●	Criação de grupos de supervisão multidisciplinares para verificação do desempenho dos serviços prestados	●
					Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias às áreas dos serviços prestados	●
	Aumento artificial do peso dos contentores de recolha de resíduos, com o objetivo de aumentar a faturação	Baixo	Baixo	●	Implementação de um sistema de controlo interno de forma a validar toda a faturação (a fatura só é emitida após validação do mapa de quantidades)	●
					Implementação de um sistema aleatório de controlo dos pesos	●
	Colocação de máquinas de vending por outros prestadores, sem contrato com a ULSNE	Baixo	Baixo	●	Todas as máquinas são colocadas após aprovação do CA. Caso contrário, as máquinas são retiradas, e dado um prazo aos donos das máquinas para a sua retirada	●
	Alteração do número de intervenções programadas de desinfestação e controlo de pragas, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato	Baixo	Baixo	●	Todas as intervenções são acompanhadas/ monitorizadas/ registadas pelo Serviço de Apoio Geral e Transportes	●
	A faturação pode aumentar em função do peso da roupa/ número de peças fardamento limpa	Baixo	Baixo	●	Em geral, a roupa limpa é pesada e conferida antes de ser disponibilizada aos serviços utilizadores	●
					Implementação de um sistema de controlo por radiofrequência (RFID)	●
	Roupa danificada pela ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Sempre que é verificada a situação, a roupa danificada é devolvida ao prestador de serviço	●
	Utilização de fardamento disponibilizado fora das instalações da ULS do Nordeste	Baixo	Baixo	●	Implementação da identificação do fardamento através de um RFID, que permita rastrear o circuito de todo o fardamento	●
Central Telefónica	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	Baixo	Baixo	●	Implementação de medidas de autoinspeção de todos os têxteis que saem das instalações da ULS do Nordeste (ex: RFID)	●
	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos e divulgados	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão e divulgação dos procedimentos de qualidade	●
	Inexistência de um manual de procedimentos aprovado pela hierarquia competente	Baixo	Moderado	●	Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULSNE	●
	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito	●
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade	●
					Realização periódica de ações de "cliente mistério"	●
					Implementação de sistema de registo biométrico/ login individual para as telefonistas, nas consolas de atendimento	●

	Impossibilidade de resolução do pedido do utente	Baixo	Moderado	●	Identificação, em cada contacto telefónico, o âmbito da chamada e documentar de forma precisa e detalhada a questão	●
					Criação / atualização de um documento "Perguntas Mais Frequentes" (FAQ's) e publicar no site da instituição	●
					Fornecer outro meio de resolução do pedido, através do correio eletrónico consultas@ulsne.min-saude.pt	●
	Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas	Elevado	Baixo	●	Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas	●
					Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais	●
	Gestão da frota automóvel	Moderado	Elevado	●	Implementação de sistema de controlo de gestão da frota por GPS, com opção de rastreamento dos percursos	●
					Controlar os quilómetros percorridos das viaturas e os consumos Via Verde/ Combustíveis/Parqueamento	●
		Baixo	Elevado	●	Sistema de monitorização com alertas das inspeções obrigatórias, seguros, manutenções, reparações, pneumáticos, etc.	●
					Realização de serviços de manutenção, inspeção e reparações das viaturas fora do âmbito dos planos programados de manutenção, sem adequada aprovação	●

Tabela 5 – Apoio Geral e Transportes - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Apoio Geral e Transportes	1	2	1	50,0
	3	4	2	50,0
	14	22	13	59,1
Total	18	28	16	57,1

6.6 Auditoria Interna

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Sistema de Controlo Interno	Inexistência de normas ou procedimentos interno escritos	Moderado	Moderado	●	Promover a elaboração e atualização de Manuais de procedimentos nas diferentes áreas da ULSNE	●
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos	Moderado	Moderado	●	Apoiar o CA na consolidação da implementação/ revisão de instrumentos de prevenção e gestão de riscos, tais como: Códigos de ética e conduta, manuais de procedimentos, normas de controlo interno, PPRGCIC e canais de comunicação de irregularidades	●

					Reporte de situações de risco que decorrem da avaliação do sistema de controlo interno	●
					Promover o envolvimento e participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de potenciais riscos de gestão (p.ex. implementação de uma plataforma de comunicação de eventuais situações de risco)	●
					Implementação de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses	●
Planeamento das ações de Auditoria Interna	Não inclusão das potenciais áreas de maior risco no plano anual de auditoria	Baixo	Moderado	●	Revisão periódica do Sistema de Controlo Interno e do PPRGCIC da ULS do Nordeste	●
					Planear ações de auditoria e follow-up as áreas específicas/criticas, com base no PPRGCIC da ULSNE	●
	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna	Moderado	Baixo	●	Monitorização trimestral do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado	●
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Utilização indevida de informação confidencial	Baixo	Moderado	●	Aquisição de competências e formação dos elementos da equipa de Auditoria Interna	●
					Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria Interna	●
					Trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipa de auditores/técnicos de auditoria	●
					Sensibilização interna para o arquivo documental, inclusive dos papéis de trabalho	●
	Violação do dever de imparcialidade e isenção	Baixo	Moderado	●	Sensibilização quanto aos princípios base da atividade de Auditoria Interna	●
	Não recolha, extravio ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas	Baixo	Moderado	●	Planeamento das ações de modo exaustivo e rigoroso, no sentido de limitar o seu âmbito e identificar as situações com maior materialidade, relevância ou risco.	●
					Aquivo próprio para os processos de auditoria interna	●
					Limitação do acesso aos processos de auditoria interna	●
Recomendações e impactos resultantes das ações desenvolvidas	Não implementação das recomendações resultantes dos relatórios de auditoria	Baixo	Moderado	●	Realização de ações de follow-up a todas as ações de auditoria desenvolvidas	●
	As ações desenvolvidas sem impacto direto na melhoria contínua	Baixo	Moderado	●	Em conjunto com os serviços intervenientes, avaliar os impactos resultantes das recomendações propostas	●

Tabela 6 – Auditoria Interna - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Auditoria Interna	2	5	3	60,0
	7	13	9	69,2
Total	9	18	12	66,7

6.7 Compras e Logística

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de plano anual de compras devidamente aprovado	Moderado	Elevado	●	Implementação de um plano anual de compras previamente elaborado e aprovado	●
					Constituição de uma comissão de análise, em particular para materiais de consumo clínico e instrumental cirúrgico	●
	Estimativa de custos desajustadas	Moderado	Moderado	●	Projeções com base em histórico de aquisições anteriores	●
	Fragmentação da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	Elevado	Elevado	●	Plano Plurianual de Investimentos aprovado pelo CA atempadamente	●
					Agrupar os processos de aquisição para um ano	●
Compras	Ineficiente gestão do processo de compra	Moderado	Elevado	●	Implementação de um manual de compras e procedimentos de compra de acordo com CCP	●
					Pesquisa de mercado de produtos/fornecedores que satisfaçam as necessidades e ao melhor preço (eficiência da compra)	●
					Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores	●
					Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias, de modo a promover a realização de procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto	●
	Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos	Moderado	Elevado	●	Implementação de procedimentos internos que visem a obrigatoriedade de publicação de contratos celebrados no portal da internet dedicados aos contratos públicos	●
					Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para efetuar todas as tarefas inerentes ao procedimento	●
	Compras realizadas sem autorização	Baixo	Moderado	●	Definição e aprovação de perfis e limites de autorização de compras	●
					Todas as compras têm suporte documental adequado e autorizado	●
	O mesmo colaborador do SCL intervém em mais do que uma fase dos processos de aquisições	Moderado	Moderado	●	Definir e delimitar as funções e tarefas dos colaboradores do SCL, de modo a evitar a sua participação em mais do que uma fase do mesmo procedimento	●
	Os colaboradores que integram o SCL exercem as mesmas funções, por regra, em vários anos consecutivos	Elevado	Moderado	●	Proceder à rotação periódica do pessoal do SCL, procurando evitar a participação sistemática dos mesmos colaboradores nos procedimentos de contratação	●
	Ajuste direto sem devida justificação	Moderado	Moderado	●	Procedimento com definição das condições para adoção do ajuste direto	●
	Falta de transparência e independência no procedimento de compra	Baixo	Moderado	●	Segregação de funções nas diversas fases do procedimento de compra	●
					Rotatividade na constituição dos elementos do júri	●
					Assinatura da declaração de conflito de interesses e incompatibilidades por todos os intervenientes no procedimento de compra	●
					Divulgação do regime de impedimentos	●
	Elevada dependência de um determinado fornecedor	Moderado	Moderado	●	Monitorizar as adjudicações efetuadas por fornecedor e respetivos valores e tipo de procedimento.	●
	Especificação do produto dirigido a um determinado fornecedor	Moderado	Elevado	●	Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente no que refere à inclusão de cláusulas técnicas que limitem a concorrência, a marcas ou denominações comerciais.	●

	Fracionamento da despesa	Moderado	Moderado	●	Maior exigência na planificação das atividades com a adequada antecedência; melhoria do processo de gestão	●
	Rotura/falta no fornecimento pelo fornecedor	Elevado	Elevado	●	Base de dados de fornecedores inclui pelo menos três fornecedores para o mesmo tipo de produto/artigo	●
	Falta de convite a novos fornecedores	Moderado	Moderado	●	Constituição de uma base de dados de fornecedores, atuais e potenciais	●
	Intervenção em situações de impedimento	Baixo	Moderado	●	Divulgação do regime de impedimentos	●
	Insuficiência de informação na elaboração de cadernos de encargos	Moderado	Moderado	●	Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise e aposta na formação	●
	Flutuações/ Instabilidade do Mercado	Elevado	Elevado	●	Aquisição de competências necessárias para pesquisa constante de alternativas	●
Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	Inexistência de formalização de contratos de acordo com o CCP	Baixo	Moderado	●	Instituir a obrigatoriedade de celebração formal de contratos de acordo com o CCP, com inclusão de penalidades	●
	Contratos sem salvaguarda dos interesses Institucionais	Baixo	Moderado	●	Inclusão nos contratos de cláusula de salvaguarda da instituição (p.ex. penalizações)	●
	Modificações/alterações contratuais não conhecidas por todos os intervenientes no processo de compra	Baixo	Moderado	●	Nomeação de um gestor do contrato	●
	Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	Moderado	Moderado	●	Circuito de comunicação entre todos os intervenientes relativamente a modificações/alterações contratuais ocorridas	●
	Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	Moderado	Moderado	●	Garantir que todos os contratos têm nomeado um Gestor de Contrato de acordo com o CCP.	●
	Não gestão do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas	Moderado	Moderado	●	Definição de um procedimento de gestão de garantias	●
	Não execução das penalidades contratuais	Moderado	Moderado	●	Sensibilização dos requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos	●
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Subcontratação de serviços de fiscalização no caso de empreitadas	●
					Definição de um Manual de Procedimentos de Empreitadas	●
					Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona	●
					Efetiva evidência de quem rececionou os materiais e posterior verificação pelo serviço requisitante	●
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade por colaborador com competências específicas	●
Armazenagem (Existências)	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	Elevado	Moderado	●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●
					Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	●
					Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	●
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●
					Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	●
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	●
					Implementação de câmaras de segurança	●
					Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e as receciona	●
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas	●
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●

					Promover a rotatividade de Colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	●
					Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE	●
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicas, nomeadamente para fins privados; Desvios de bens	Elevado	Elevado	●	Verificações periódicas relativamente ao risco de desaparecimento de bens de elevado valor	●
					Reorganização da função de gestão de imobilizado	●
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	●
Abates (Imobilizados)	Abates indevidos ou sem autorização do CA	Baixo	Baixo	●	Verificações aleatórias se os bens abatidos continuam no local	●
					Promover verificações por elemento diferente do que propôs o abate	●
					Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE, o qual deve incluir procedimentos específicos relativos à sua aquisição, movimentação, abate	●
Transferências de bens (Imobilizados)	Transferências indevidas ou sem autorização do CA	Elevado	Moderado	●	Desenvolver mecanismos de melhor rastreabilidade dos bens do imobilizado	●
					Desenvolvimento de um manual de gestão do imobilizado da ULSNE	●

Tabela 7 – Compras e Logística - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Compras e Logística	11	25	13	52,0
	12	21	17	81,0
	7	14	14	100,0
Total	30	60	44	73,3

6.8 Farmácia

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Aquisição de Produtos Farmacêuticos	Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, grupos de trabalho, júris de procedimentos pré contratuais que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento	Baixo	Elevado	●	Assinatura de Declaração de Inexistência de Incompatibilidades (artigo 4.º, do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro)	●
					Constituição de uma comissão de análise	●
Gestão de Existências	Receção não controlada física e qualitativamente	Moderado	Moderado	●	Assegurar a efetiva segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona	●
					Efetiva evidência de quem rececionou os medicamentos e posterior verificação pelo serviço requisitante	●
					Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade	●
					Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●
					Promover a rotatividade de colaboradores evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas	●
	Desvio de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado	●	Revisão dos procedimentos administrativos, com reavaliação do controlo interno existente	●
					Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	●
					Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	●
					Controlo de acesso nas áreas de armazenagem	●
					Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	●
					Implementação de câmaras de segurança	●
	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos	Baixo	Moderado	●	Armazenamento seguro (p.ex. cofres)	●
					Limitação de acesso	●
					Dupla conferência das dispensas	●
	Desperdício por não controlo dos prazos de validade dos medicamentos	Baixo	Moderado	●	Implementação de critérios de arrumação dos produtos na farmácia, tendo em conta, entre outros, o prazo de validade	●
					Implementação de sistemas de controlo de validade, com emissão de alertas mensais dos produtos prestes a expirar	●
	Risco de deterioração do produtos farmacêuticos, resultantes da temperatura ambiente e/ou humidade	Baixo	Moderado	●	Implementação de um sistema de monitorização da temperatura com sistemas de alerta sempre que a temperatura se desvie dos valores definidos	●
					Instrução de trabalho sobre o controlo e registo de temperaturas e humidade	●
					Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nas enfermarias	●
	Abatimento não controlado	Moderado	Moderado	●	Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	●
					Autorização do CA, para os abates resultantes do inventário final de ano	●
Dispensa de Produtos Farmacêuticos	Não cumprimento de regras/ ineficiente dispensa de produtos farmacêuticos	Moderado	Moderado	●	Implementação/ revisão de procedimentos e instruções de trabalho relativos à dispensa de produtos farmacêuticos	●
		Moderado	Moderado	●	Conferência dos produtos saídos	●

Imputação incorreta dos consumos no momento da dispensa				Realização de inventários periódicos	●
				Análise de registos de dispensa	●
Saída/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos	Moderado	Moderado	●	Alargamento da implementação do registo por PDA (quem entrega e quem recebe e a que horas), bem como as devoluções de medicamentos e de produtos farmacêuticos não administrados, com guia de transporte .	●
				Criação de armazéns avançados dos serviços clínicos e registo da administração ao doente pela aplicação dos enfermeiros	●

Tabela 8 – Farmácia - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Farmácia	7	21	18	85,7
	3	8	7	87,5
Total	10	29	25	86,2

6.9 Formação e Desenvolvimento

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Planeamento	Desconformidade das ações formativas candidatas e as reais necessidades da ULSNE	Moderado	Moderado	●	Envolvimento de todas as chefias no levantamento, planeamento e execução das necessidades de formação, tendo em consideração as prioridades pré-estabelecidas pela ACSS	●
	Dificuldade no acesso dos colaboradores para as ações de formação	Baixo	Moderado	●	Elaboração de programas formativos alinhados com as necessidades e em tempo oportuno	●
					Divulgação mensal das ações de formação	●
					Implementação e divulgação das normas internas referentes aos critérios de acesso a formação	●
					Sistema automático de alertas de marcação de formações	●
	Não cumprimento dos critérios de igualdade nas iniciativas de formação aos colaboradores	Baixo	Baixo	●	Rotatividade de formandos e formadores (se formação interna)	●
Contratação de serviços	Favorecimento na contratação de serviços de formação	Baixo	Moderado	●	Atuação em conformidade com o respetivo enquadramento legal, nomeadamente as circulares normativas do POISE	●
					Assinatura de declaração de Inexistência de Conflito de Interesses (quem decide a aquisição de serviços de formação)	●
					Implementação de uma bolsa de formadores	●
					Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada formação	●
	Não cumprimento dos requisitos pré-definidos aquando da candidatura ao financiamento da ação formativa (formador, formato da ação, destinatários)	Baixo	Moderado	●	Programação atempada das formações, permitindo garantir os pressupostos definidos	●
					Monitorização periódica para poder proceder a ajustes que não desvirtuem os requisitos pré-definidos	●

Tabela 9 – Formação e Desenvolvimento - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Formação e Desenvolvimento	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	1	1	1	100,0
	4	11	8	72,7
Total	5	12	9	75,0

6.10 Contabilidade e Gestão Financeira

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	Elevado	Baixo	●	Recurso a meios de recebimento via sistema de Multibanco	●
					Controlo diário do montante recebido por colaborador	●
					Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária	●
					Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	●
					Segregação de funções	●
					Reconciliação bancária mensal	●
	Desvio de fundos	Baixo	Moderado	●	Realização de reconciliações bancárias por colaborador não afeto à tesouraria	●
					Circularização periódica dos saldos de terceiros	●
					Autos de conferência periódicos aos Fundos de Maneio - CSP	●
					Segregação de funções	●
	Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Baixo	Elevado	●	O SGF reporta mensalmente ao CA a situação económico-financeira e a evolução das contas de receita e despesa	●
					Segregação de funções	●
	Utilização indevida do fundo de maneio	Moderado	Baixo	●	Conciliações e reconciliações bancárias mensais	●
					Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneio	●
					Segregação de funções entre os responsáveis pela gestão do fundo de maneio e os colaboradores com responsabilidades de registos contabilísticos e responsáveis de tesouraria	●
					Todas as despesas efetuadas por fundo de maneio são devidamente justificadas e documentadas	●
					Realização de reconciliação diária dos documentos de pagamento e recebimento	●
Rendimentos e Contas a Receber	Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou com valores incorretos	Baixo	Elevado	●	Assegurar a identificação da natureza da produção e respetiva classificação contabilística	●
					Conferência entre produção realizada e episódios faturados	●
					Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores	●
					Segregação de funções (coordenador)	●
					Circularização periódica de clientes e outros devedores	●
	Alteração e ou anulações a saldos de clientes não aprovados	Baixo	Elevado	●	Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de clientes	●
	Cobranças não efetuadas atempadamente e/ou fora de prazo	Moderado	Moderado	●	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	●
					Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo	●
	Atos clínicos não faturados/ faturados incorretamente	Moderado	Elevado	●	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	●
					Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação	●
					Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação	●
		Moderado	Moderado	●	Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)	●

	Incorreta faturação devido à incorreta/ inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento				Estabelecer a obrigatoriedade, no momento da admissão, da confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU. Na impossibilidade, recorrer a outras entidades do SNS, de modo a validar a totalidade da informação do doente	
Pagamentos e Contas a Pagar	Despesa não registada, mal classificada ou registada em períodos e/ou com valores incorretos	Moderado	Moderado		Assegurar a identificação da natureza da despesa e respetiva classificação contabilística	
					Conferência mensal de contas de fornecedores e outros credores	
					Sistema integrado de gestão empresarial	
					Segregação de funções (coordenador)	
					Circularização periódica de fornecedores e outros credores	
	Alteração/ anulação de saldos de fornecedores não aprovados	Baixo	Moderado		Gestão de Perfis/Utilizadores no sistema de Informação (SICC SNC-AP)	
					Segregação de funções com perfis de acesso para reclassificação e/ou ajustamento de saldos de fornecedores	
	Pagamento indevidos	Baixo	Moderado		Sistema integrado de gestão empresarial	
					Assegurar que todas as faturas a pagamento foram conferidas pelos serviços de conferência de faturas	
	Pagamento de despesa sem verificação da situação tributária e contributiva do fornecedor	Baixo	Baixo		Repositório digital das declarações (perfis consulta/edição)	
					Gestão e monitorização efetuada pelo Sistema de Informação (SICC SNC-AP)	
					Manter a base de dados de fornecedores atualizada. Solicitar periodicamente esta informação aos fornecedores	
	Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores ou em montante superior ao efetivamente faturado	Baixo	Moderado		Implementação/ revisão do Plano de Pagamentos a Fornecedores	
					Análise das antiguidades de saldos a fornecedores	
					Análise e reporte superiormente de todas as situações injustificadas	
					Segregação de funções	
	Incumprimento dos prazos de pagamento	Elevado	Moderado		Controlo da antiguidade de saldos	
					Cumprimento das cláusulas contratuais sobre condições de pagamento	
					Reforço da dotação orçamental, por parte da Tutela	

Tabela 10 – Contabilidade e Gestão Financeira - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Contabilidade e Gestão Financeira	2	6	1	16,7
	7	23	3	13,0
	6	20	12	60,0
Total	15	49	16	32,7

6.11 Gestão de Utentes

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Admissão de Utentes	Dados de identificação de utentes insuficientes, incorretos ou desatualizados	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para a importância da correta e completa identificação dos utentes na instituição	●
					Análise da adequação do normativo em vigor	●
					Ligação da atividade de admissão à de cobrança, aferindo se a causa da não cobrança de taxa moderadora está na deficiente recolha/atualização dos dados dos utentes	●
					Verificação periódica das fichas de utentes	●
	Abuso de poder no contacto com os utentes	Baixo	Moderado	●	Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito	●
					Adequar o perfil do colaborador ao posto de trabalho, promovendo a rotatividade	●
					Análises de satisfação do utente, de reclamações e resultados de auditorias à área da admissão de utentes	●
	Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	Baixo	Moderado	●	Sensibilização e desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais	●
	Ausência de alta administrativa	Baixo	Moderado	●	Sensibilização dos colaboradores para procedimentos administrativos de alta, nomeadamente as suas implicações: libertação de vagas para outros doentes, adequada gestão de agendas, deslocação indevida de doentes à instituição, otimização de recursos, minimização de custos com convocatórias indevidas e outros contactos associados (e-mail, telefone, sms, carta)	●
MCDT's	Recurso excessivo a MCDT no exterior com favorecimento/ indução de terceiros	Moderado	Moderado	●	Acompanhamento periódico dos MCDT's realizados na ULSNE e no exterior, com definição de sistema de alertas para eventuais desconformidades	●
					Providenciar informação sobre a necessidade de adquirir MCDT ao exterior (para efetuar consulta ao mercado)	●
Transporte de Doentes	Recurso excessivo a transportes de doentes	Moderado	Moderado	●	Implementação/revisão de procedimento interno/ sistema de verificação e controlo de transportes de doentes	●
Cobrança de Taxas Moderadoras	Falhas na cobrança de taxas moderadoras / Indevida apropriação de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Revisão do procedimento de cobrança de taxas moderadoras	●
					Privilegiar o pagamento por multibanco	●
					Rotatividade do pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras	●
	Anulação indevida de recibos	Baixo	Moderado	●	Existência de segregação entre a emissão e a anulação de recibos e respetiva supervisão	●
					Todos os recibos anulados devem ser entregues, com registo do motivo da anulação, e devem constar da listagem diária extraída do SONHO enviada aos Serviços Financeiros	●
	Isenção ou dispensa indevida de taxas moderadoras	Moderado	Moderado	●	Confirmar a existência de isenção ativa no Web RNU ou atribuição de dispensa mediante apresentação de documento comprovativo	●
					Existência e monitorização de procedimento de cobrança de taxas moderadoras e análise da antiguidade da dívida	●

Tabela 11 – Gestão de Utentes - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Gestão de Utentes	4	8	8	100,0
	5	11	11	100,0
Total	9	19	19	100,0

6.12 Informática e Comunicação

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Serviços de Informação	Falta de alinhamento entre os investimentos informáticos e os objetivos da Instituição	Baixo	Moderado	●	Todas as aquisições de âmbito informático devem ter um parecer do serviço de informática	●
	Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento de avaliação do desempenho do fornecedor do serviço	●
	Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de Informação	Baixo	Elevado	●	Implementação de procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação e plano de contingência	●
	Falhas no controlo dos ativos	Baixo	Moderado	●	Realização de um inventário que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações e/ou licenças	●
Segurança e Gestão de Dados	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados	Baixo	Elevado	●	Desenvolvimento de medidas para gestão adequada de acessos e privacidade dos dados	●
	Fuga de informação, violação de segredo, quebra de confidencialidade ou utilização indevida de informação sigilosa	Baixo	Moderado	●	Definição do processo interno para cedência de informação (universidades, instituições do MS, instituições de natureza inspetiva)	●
	Acesso a informação indevidamente	Baixo	Moderado	●	Perfis de acesso criados em função do conteúdo funcional do posto de trabalho, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados	●
					Alteração periódica das senhas de acesso	●
	Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	Baixo	Moderado	●	Implementação de um procedimento interno de segurança e sensibilização dos colaboradores sobre as suas responsabilidades	●
					Bloquear automaticamente todas as sessões de trabalho após determinado tempo de inatividade	●
	Partilha de senhas entre utilizadores	Baixo	Moderado	●	Responsabilização dos titulares das senhas de acesso pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno	●
	Falhas dos sistemas informáticos, devido a ciberataques, vírus ou falhas de segurança por conduta negligente ou má conduta intencional de colaboradores, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e o funcionamento dos serviços	Baixo	Elevado	●	Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de backups e recuperação de dados perdidos	●
					Sessões de formação/sensibilização e alertas para consciencializar os utilizadores para o problema e informá-los sobre as Boas Práticas a adotar com este tipo de situações	●
					Implementação/ revisão periódica da Política de Segurança e Gestão de Dados da ULSNE	●

Arquivamento de Informação	Perda de informação devido ao fato do arquivo não garantir a salvaguarda da totalidade dos dados dos processos	Baixo	Elevado		Garantir o arquivamento informático de todos documentos que acompanham o processo, independentemente da sua dimensão	
					Efetuar o arquivo dos processos em locais restritos e com efetivo controlo de acesso	
Integração de Dados	Falta de integração entre sistemas informáticos	Baixo	Moderado		Levantamento regular de falhas de integração, no sentido de corrigir e introduzir melhorias de interface por via da cooperação entre os diversos serviços	
Fiabilidade dos registos administrativos	Prestação de informação incompleta, desatualizada, desadequada ou mesma falsa	Moderado	Moderado		Relativamente aos dados dos utentes, desenvolvimento de um mecanismo informático que não permita avançar para os passos seguintes sem os dados dos campos anteriores estarem devidamente preenchidos, com controlo sobre se a informação é fidedigna	

Tabela 12 – Informática e Comunicação - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Informática e Comunicação	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	5	8	4	50,0
	8	10	6	60,0
Total	13	18	10	55,6

6.13 Instalações e Equipamentos

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Planeamento e organização	Informação dispersa e não sistematizada sobre a rede de serviços e recursos existente nos cuidados primários e hospitalares	Moderado	Moderado		Implementação/ revisão de um sistema estruturado de avaliação das necessidades da ULSNE	
					Implementação de um Plano de Gestão de Recursos Energéticos previamente elaborado e aprovado	
Execução dos contratos	Realização de contratos desajustados da utilização das instalações quanto á criticidade da sua falha	Baixo	Moderado		Revisão dos cadernos de encargos antes do seu envio para o Serviço de Gestão de Compras	
	Inexistência de um controlo rigoroso dos custos do contrato, da calendarização dos trabalhos e do acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante	Moderado	Moderado		Implementação de normas internas que garantam a boa e atempada execução dos contratos por parte dos fornecedores, prestadores de serviços e/ou empreiteiros, mediante fiscalização regular do desempenho do contratante, controlo rigoroso dos custos do contrato e calendarização sistemática	
					Implementação de planos de monitorização interna, posteriormente entregues ao Conselho de Administração para conhecimento do seu cumprimento	
					Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como respetivas causas	
					Monitorização dos custos adicionais	

	Inexistência de advertências logo que são detetadas situações irregulares ou derrapagens nos custos e nos prazos	Moderado	Moderado	●	Comunicação, em devido tempo, ao fornecedor, prestador de serviços ou empreiteiro, sempre que se verifiquem situações irregulares e/ou derrapagem de custos ou prazos contratuais	●
	Fiscalização e receção de trabalhos com execução defeituosa, por executar ou em incumprimento relativamente ao caderno de encargos	Moderado	Moderado	●	Autos de medição assinados pelo técnico e coordenador	●
Instalações e Equipamentos	Falhas na avaliação dos serviços prestados, com receção de ordens de serviço de manutenção não efetuadas ou efetuadas deficientemente	Baixo	Moderado	●	Implementação/ revisão de um manual de procedimentos que visem a distribuição de funções e composição das equipas de trabalho	●
					Pré-avaliação realizada por equipa técnica, mediante ordem de serviço, privilegiando, sempre que possível, a disponibilidade operacional	●
	Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Baixo	Moderado	●	Controlo da permanência dos prestadores de serviço nas instalações da ULSNE	●
					Monitorização das acções de manutenção preventiva por um interlocutor claramente definido ao nível de cada Serviço	●
	Ocorrência de desvios/ roubo/ furtos de equipamentos	Moderado	Moderado	●	Aleatoriamente, realização de um controlo periódico (anual) dos equipamentos afetos a determinados centros de custo	●
					Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	●
	Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	Baixo	Moderado	●	Parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem	●
					Aprovação do CA pelos abates	●
					Remoção física dos bens que aguardam formalização de abate	●

Tabela 13 – Instalações e Equipamentos - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Instalações e Equipamentos	5	10	9	90,0
	4	8	8	100,0
Total	9	18	17	94,4

6.14 Recursos Humanos

Atividade/ Função/ Processo	Descrição do Risco	Probabil.	Impacto	Grau do Risco	Ações de Prevenção e Controlo	Grau de implem.
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais).	Baixo	Baixo	●	Implementação de um Regulamento de Recrutamento	●
					Revisão regular do procedimento relativo a recrutamento definido no Manual de Procedimentos Administrativos, que deve respeitar o princípio de igualdade constante do estatuto das EPE	●
					Constituição de júri com número mínimo de 5 elementos (1 presidente, 2 vogais efetivos e 2 vogais suplentes) para avaliação dos candidatos	●
					Rotatividade dos elementos que compõem os júris de concursos	●
					Preenchimento da declaração de inexistência de conflito de interesses por parte dos membros do júri	●
	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação	Baixo	Moderado	●	Plano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades com identificação das necessidades de recursos humanos	●
	Contratos irregulares, com erros ou lacunas	Baixo	Baixo	●	Revisão do contrato por pessoa diferente da pessoa que elaborou	●
					Apoio do Gabinete Jurídico e Contencioso (incluindo na elaboração da minuta)	●
Processamento de Salários, abonos e descontos	Processamentos indevidos: - Remunerações; - Abonos variáveis, ajudas de custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, prevenções, etc.; - Descontos (CGA, ADSE, SS, IRS,...); - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos encontram-se segregados dos elementos que efetuam a sua verificação, pagamento e contabilização	●
					Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos efetuam a análise da conta de remunerações a pagar pertencentes às funções Tesouraria e Contabilidade geral	●
					Os elementos que analisam os registos de assiduidade, encontram-se segregados dos que: autorizam faltas, autorizam horas extraordinárias/ complementares, processam vencimentos, registam descontos, efetuam pagamentos, etc.	●
					Rotatividade dos colaboradores do SRH	●
					Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)	●
	Processamento de vencimentos após o termo da relação jurídico de trabalho	Baixo	Baixo	●	Revisão periódica (mensal) das cessações de trabalho	●
					Bloqueio de processamento de salários após termo de relação jurídico de trabalho	●
Assiduidade/ Absentismo	Inadequado controlo de assiduidade e de tempo de trabalho	Baixo	Baixo	●	Implementação de registo biométrico	●
					Integração entre as aplicações de controlo de assiduidade e processamento de vencimentos	●
					Conferência de relatórios de assiduidade	●
					Sensibilização dos gestores de escala para a importância da validação dos horários	●
Análise de pedidos de justificação de faltas	Considerar uma falta justificada indevidamente	Baixo	Baixo	●	A justificação de faltas é autorizada pelas hierarquias e, quando tal é exigível, suportada por documento comprovativo	●
Análise dos requerimentos de acumulação de funções	Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos para acumulação de funções. Acumulação de funções sem prévia autorização ou com incompatibilidades.	Moderado	Baixo	●	Divulgação do regime de acumulações	●
					Verificações aleatórias das declarações de Colaboradores para verificação da não acumulação	●
					Verificar declarações de IRS de médicos em regime de dedicação exclusiva, a realizar anualmente pelo Serviço de Recursos Humanos	●

Análise de requerimentos de licença sem vencimento	Considerar indevidamente que se encontram preenchidos os requisitos para autorização da licença sem vencimento.	Baixo	Baixo	●	Os pedidos de licença sem vencimento são remetidos para apreciação em reunião de CA	●
Deslocações em serviço	Deslocações em serviços processadas sem autorização	Baixo	Baixo	●	As deslocações em serviço são processadas após autorização das hierarquias, inclusive, vogal responsável pelo pelouro	●
Marcação de férias	Atribuição de dias de férias superior ao de direito.	Baixo	Baixo	●	O direito aos dias de férias é revisto anualmente e verificado em função da legislação aplicável e carregado na aplicação de assiduidade, não sendo possível a marcação de férias por períodos superiores ao direito adquirido	●
Renovação do contrato sem prévia autorização do CA	Favorecimento de colaborador com desempenho inadequado ou sem efetiva necessidade de renovação do ULSNE;	Baixo	Baixo	●	Obrigatoriedade de verificação dos elementos por mais de uma pessoa	●
					Elaboração de uma lista mensal de colaboradores contratados a prazo, para que o contrato possa ser analisado antecipadamente com um prazo superior a 60 dias	●
Manutenção de dados mestres de Colaboradores	Alteração não autorizada de dados mestres de Colaboradores com impacto em processamentos.	Baixo	Baixo	●	Os elementos que alteram os dados mestres de colaboradores, para efeitos de processamento, encontram-se segregados dos que processam de facto	●
Cadastro	Violação do sigilo	Baixo	Baixo	●	Criação de regras para consulta dos processos individuais exclusiva a pessoas autorizadas	●
					Implementação de arquivo digital, protegido e objeto de backups periódicos	●
					Sensibilização dos trabalhadores da área de RH sobre a obrigatoriedade de guardar reservar/ sigilo. (Código de Ética)	●
	Fuga de informação	Baixo	Baixo	●	Realização de ações de sensibilização sobre o tema. Segregação de funções devidamente documentadas.	●
	Cadastro do pessoal desatualizado / incompleto	Moderado	Baixo	●	Solicitação periódica (anual ou bianual) para atualização dos dados aos colaboradores	●
					Implementação de um check-list de controlo relativamente aos documentos dos processos individuais	●
Avaliação de desempenho	Ausência ou deficiente fundamentação dos resultados das decisões de avaliação	Baixo	Moderado	●	Verificar a existência de uma definição clara, objetiva e quantificável de objetivos	●
	Utilização excessiva de mecanismos excecionais de promoção na carreira	Baixo	Baixo	●	Cumprimento da legislação aplicável, das normas instituídas e SIADAP	●
Gestão de Carreiras	Inexistência de progressão de carreiras	Baixo	Moderado	●	Verificação anual das progressões existentes	●

Tabela 14 – Recursos Humanos - grau de implementação das ações de prevenção e controlo

Área de risco / UO	Riscos / Grau risco	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Recursos Humanos	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	19	38	29	76,3
Total	19	38	27	76,3

7. RISCOS IDENTIFICADOS E CONTROLOS NECESSÁRIOS

Tendo por base o PPRGCIC 2022/24 da ULSNE, nomeadamente os quadros relativos à matriz de risco evidenciados no ponto anterior, encontram-se identificados no total 170 situações de risco referentes a atividades / funções / processos desenvolvidos no seio da Instituição, distribuídos da seguinte forma por Unidade Orgânica / Área de Risco:

Áreas de risco / UO	Total de Riscos	Grau Baixo	Grau Moder.	Grau Elevado	Distribuição Riscos (%)
Dirigentes e Chefias	10	10			5,9
Comunicação e Imagem	6	5		1	3,5
Jurídico e Contencioso	9	9			5,3
Planeamento e Controlo	8	7	1		4,7
Apoio Geral e Transportes	18	14	3	1	10,6
Auditoria Interna	9	7	2		5,3
Compras e Logística	30	7	12	11	17,6
Farmácia	10	3	7		5,9
Formação e Desenvolvimento	5	4	1		2,9
Contabilidade e Gestão Financeira	15	6	7	2	8,8
Gestão de Utentes	9	5	4		5,3
Informática e Comunicações	13	8	5		7,6
Instalações e Equipamentos	9	4	5		5,3
Recursos Humanos	19	19			11,2
Total	170	108	47	15	100,0

Tabela 15 – Total de riscos por unidade orgânica/área de risco

No sentido de mitigar a ocorrência e/ou o impacto gerado pelas situações de risco identificadas, foi efetuado um levantamento das ações de prevenção e controlo necessárias, as quais, à data da elaboração do presente relatório, encontram-se distribuídas da seguinte forma:

Áreas de risco / UO	Total ações prev./ctrl.	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado	Média de Ações p/ Risco
		Nº Ações	- Nº Ações	Nº Ações	
Dirigentes e Chefias	33	33			3,3
Comunicação e Imagem	7	6		1	1,2
Jurídico e Contencioso	12	12			1,3
Planeamento e Controlo	13	12	1		1,6
Apoio Geral e Transportes	28	22	4	2	1,6
Auditoria Interna	18	13	5		2,0
Compras e Logística	60	14	21	25	2,0
Farmácia	29	8	21		2,9
Formação e Desenvolvimento	12	11	1		2,4
Contabilidade e Gestão Financeira	49	20	23	6	3,3
Gestão de Utentes	19	11	8		2,1
Informática e Comunicações	18	10	8		1,4
Instalações e Equipamentos	18	8	10		2,0
Recursos Humanos	38	38			2,0
Total	354	218	102	34	2,1

Tabela 16 – Total de ações de prevenção e controlo por unidade orgânica/área de risco e por grau de risco

No total encontram-se identificadas 354 ações de prevenção e controlo no sentido de fazer face às 170 situações de risco identificadas, correspondendo, em média, a 2,1 ações por cada risco.

8. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

No sentido de analisar o resultado da execução do PPRGCIC, foi efetuada uma compilação da informação recolhida, conforme se verifica na seguinte tabela, e analisado o respetivo ponto de situação, nomeadamente, quanto ao grau de implementação das ações de prevenção e controlo necessárias, a respetiva variação de acordo com o executado no respetivo período homólogo, a previsão da plena implementação e, ainda, a razão/justificação para a não implementação.

Áreas de risco / UO	Total ações prv./ctrl.	Totalm. Implem.	Em fase Implem.	Não Implem.	Grau de Implem. (%)	Δ grau Implem. 2023/24 (p.p.)
Dirigentes e Chefias	33	32	1	0	97,0	▲ 3,0
Comunicação e Imagem	7	3	4	0	42,9	— 0,0
Jurídico e Contencioso	12	12	0	0	100,0	— 0,0
Planeamento e Controlo	13	9	2	2	69,2	▲ 7,7
Apoio Geral e Transportes	28	16	5	7	57,1	▲ 3,6
Auditoria Interna	18	12	5	1	66,7	— 0,0
Compras e Logística	60	44	13	3	73,3	▲ 15,0
Farmácia	29	25	4	0	86,2	— 0,0
Formação e Desenvolvimento	12	9	3	0	75,0	▲ 25,0
Contabilidade e Gestão Financeira	49	16	22	11	32,7	— 0,0
Gestão de Utentes	19	19	0	0	100,0	▲ 15,8
Informática e Comunicações	18	10	4	4	55,6	▼ -5,6
Instalações e Equipamentos	18	17	1	0	94,4	▲ 22,2
Recursos Humanos	38	29	3	6	76,3	▲ 5,3
Total	354	253	67	34	71,5	▲ 6,5

Tabela 17 - Grau de implementação das ações de prevenção e controlo e respetiva variação, por unidade orgânica/área de risco

No total, o grau de implementação das ações de prevenção e controlo ascendeu aos 71,5%, mais 6,5 pontos percentuais (p.p.) comparativamente ao realizado no período homólogo (dezembro de 2023). Por sua vez, a percentagem de ações que se encontram em fase implementação (67 ações) diminuiu 2,5 p.p. e a percentagem de ações não implementadas (34 ações) diminuiu 4,0 p.p..

No sentido de obter uma visão mais particulariza sobre o grau de implementação das ações de prevenção e controlo, foi ainda elaborada uma tabela síntese onde contem o número de

situações de risco identificadas no PPRGCIC, o número das ações de prevenção e controlo necessárias, o número das ações totalmente implementadas e o respetivo grau de implementação, por grau de risco (Grau baixo a sombreado cor verde; Grau moderado a sombreado cor amarelo; Grau elevado a sombreado cor vermelho).

Área de risco / UO	Grau do risco	Riscos	Ações prev./ctrl.	Ações implem.	Grau Implem. (%)
Dirigentes e Chefias	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Baixo	10	33	32	97,0
Comunicação e Imagem	Elevado	1	1	0	0,0
	Moderado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Baixo	5	6	3	50,0
Jurídico e Contencioso	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Baixo	9	12	12	100,0
Planeamento e Controlo	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	1	1	1	100,0
	Baixo	7	12	8	66,7
Apoio Geral e Transportes	Elevado	1	2	1	50,0
	Moderado	3	4	2	50,0
	Baixo	14	22	13	59,1
Auditoria Interna	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	2	5	3	60,0
	Baixo	7	13	9	69,2
Compras e Logística	Elevado	11	25	13	52,0
	Moderado	12	21	17	81,0
	Baixo	7	14	14	100,0
Farmácia	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	7	21	18	85,7
	Baixo	3	8	7	87,5
Formação e Desenvolvimento	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	1	1	1	100,0
	Baixo	4	11	8	72,7
Contabilidade e Gestão Financeira	Elevado	2	6	1	16,7
	Moderado	7	23	3	13,0
	Baixo	6	20	12	60,0
Gestão de Utentes	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	4	8	8	100,0
	Baixo	5	11	11	100,0
Informática e Comunicação	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	5	8	4	50,0
	Baixo	8	10	6	60,0
Instalações e Equipamentos	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	5	10	9	90,0
	Baixo	4	8	8	100,0
Recursos Humanos	Elevado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Moderado	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Baixo	19	38	29	76,3
Total	Elevado	15	34	15	44,1
	Moderado	47	102	66	64,7
	Baixo	108	218	172	78,9

Tabela 18 – Grau de implementação das ações de prevenção e controlo por grau de risco

No global, das 253 ações de prevenção e controlo totalmente implementadas, verifica-se que 172 dizem respeito a atividades, funções ou processos de risco classificados de “*grau baixo*”, apresentando um grau de implementação de 78,9%.

Quanto aos riscos classificados “*grau moderado*”, o grau de implementação das ações de prevenção e controlo previstas situa-se nos 64,7% e, por sua vez, o grau de implementação das ações de prevenção e controlo relativas a situações de risco de “*grau elevado*”, situa-se nos 44,1%.

8.1 Riscos de “*Grau Elevado*”

Relativamente aos riscos de “*grau elevado*”, foi realizado, nos termos do previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, um relatório de avaliação intercalar no passado mês de outubro de 2024 pelo Serviço de Auditoria Interna, tendo sido concluído, concisamente, o seguinte:

“(…) No total de situações de risco elevado identificados no Plano, verifica-se que 35,3% das ações encontram-se totalmente implementadas (12 ações), 52,9% encontram-se em fase de implementação (18 ações) e 11,8% ainda se encontram por implementar (4 ações)”.

Na presente ação de avaliação anual, foi efetuada uma análise a todos os riscos, inclusivamente, aos riscos de “*grau elevado*”, tendo sido verificado, um aumento de ações totalmente implementadas (+8,8%).

Riscos grau elevado - Áreas / UO	Riscos de Grau Elevado	Total ações prv./ctrl.	Totalm. Implem.	Em fase Implem.	Não Implem.	Grau de Implem. (%)	Δ grau Implem. Out24 (p.p.)
Comunicação e Imagem	1	1	-	1	-	0,0	0,0
Apoio Geral e Transportes	1	2	1	-	1	50,0	0,0
Compras e Logística	11	25	13	12	-	52,0	12,0
Contabilidade e Gestão Financeira	2	6	1	2	3	16,7	0,0
Total	15	34	15	15	4	44,1	8,8

Tabela 19 – Grau de implementação das ações de prevenção e controlo de riscos de “*grau elevado*”

Assim, no global, em resultado da avaliação realizada às ações de prevenção e controlo identificadas relativas aos riscos de grau elevado ou máximo, constata-se que:

- 44,1% das ações encontram-se totalmente implementadas (15 ações);
- 44,1% das ações encontram-se em fase de implementação (15 ações);
- 11,8% das ações encontram-se por implementar e sem previsão de implementação (4 ações).

8.2 Ações não implementadas

No sentido de promover uma análise mais aprofundada, o Serviço de Auditoria Interna articulou-se junto dos diretores, coordenadores e responsáveis das áreas onde as situações de risco de grau elevado se encontram identificadas, no sentido de compreender o estado das ações de prevenção e controlo não implementadas, designadamente, a data prevista para implementação das ações “*em fase de implementação*” e, por sua vez, a justificação para não implementação das ações com o estado “*não implementadas*”.

O Serviço de Auditoria Interna procurou ainda analisar os constrangimentos que influenciam o incumprimento da plena implementação das ações de prevenção e controlo necessárias para a mitigação/prevenção das situações de risco identificadas.

Os resultados da presente análise encontram-se refletidos nas seguintes tabelas:

Tabela 20 – Ações não implementadas: Dirigentes e Chefias

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Relações de hierarquia	Não deteção ou dissimulação de condutas corruptas de colaboradores		Realização de ações de formação interna a todos os dirigentes e trabalhadores, no âmbito de políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas		31-12-2025	Previsão de realização de ações no decorrer do ano de 2025, conforme previsto no Plano de Formações específico para efeitos de RGPC

Tabela 21 – Ações não implementadas: Comunicação e Imagem

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Comunicação Interna	Divulgação de informação não validada pelo CA		Criação de procedimento relativo à divulgação interna e externa de informação		n.d.	n.a.
Comunicação Externa	Prestação de declarações ao exterior sem o conhecimento/ aprovação do CA		Criação de procedimento que enuncie as regras para a prestação de informação institucional à Imprensa		n.d.	n.a.
Imagem	Recolha indevida, por colaboradores ou elementos externos, de imagens fotográficas e/ou vídeo nas instalações da ULSNE		Criação de procedimento normativo e de formulário para recolha interna autorizada de imagens		n.d.	n.a.
Gestão de crise	Ocorrência de facto interno causador de dano/ prejudicial à imagem externa e interna da instituição		Elaboração de estratégia de gestão de crise reputacional		n.a.	n.d.

Tabela 22 – Ações não implementadas: Planeamento e Controlo

Atividade/função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento e Controlo	Produção não registada em tempo útil	●	Manutenção de procedimentos que garantam o estabelecimento e cumprimento de prazos para registo de atividade/produção	●	31-12-2025	n.a.
	Efetuar registos que permitam que se gerem GDH economicamente mais vantajosos	●	Realização de Auditorias Clínicas	●	n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros
	Produção realizada sem qualquer registo informático	●	Implementação de mecanismos de controlo para rastrear e mitigar a eventualidade destas situações	●	n.a.	Necessidade de articulação junto do Departamento de Gestão de Utentes
Projetos de investimento	Inexistência de um controlo rigoroso da execução financeira e temporal dos projetos de investimento	●	Implementação de procedimentos internos de acompanhamento do progresso dos investimentos, com reporte periódico ao CA	●	31-12-2025	n.a.

Tabela 23 – Ações não implementadas: Apoio Geral e Transportes

Atividade/função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Limpeza e higienização; Segurança e Vigilância; Gestão de Resíduos; Gestão de Roupa; Desinfestação/ Controlo de Pragas	A faturação pode aumentar em função do peso da roupa/ número de peças fardamento limpa	●	Implementação de um sistema de controlo por radiofrequência (RFID)	●	31-12-2025	n.a.
	Utilização de fardamento disponibilizado fora das instalações da ULS do Nordeste	●	Implementação da identificação do fardamento através de RFID, que permita rastrear o circuito de todo o fardamento	●	31-12-2025	n.a.
	Desaparecimento de roupa/ fardamento hospitalar	●	Implementação de medidas de autoinspeção de todos os têxteis que saem das instalações da ULS do Nordeste (ex: RFID)	●	31-12-2025	n.a.
	Inexistência de um manual de procedimentos aprovado pela hierarquia competente	●	Elaboração/revisão de um procedimento interno destinado ao atendimento telefónico da ULSNE	●	31-12-2025	n.a.

Gestão da frota automóvel	Abuso de poder no contacto com os utentes		Promover formação alargada aos profissionais sobre questões éticas e códigos de conduta aplicáveis, qualidade no atendimento ao utente nos serviços de saúde e gestão de emoções em situações de conflito		31-12-2025	n.a.
			Realização periódica de ações de "cliente mistério"		n.a.	Necessidade de articulação junto do Serviço de Auditoria Interna
	Impossibilidade de resolução do pedido do utente		Identificação, em cada contacto telefónico, o âmbito da chamada e documentar de forma precisa e detalhada a questão		n.a.	Necessidade de articulação junto do Serviço de informática e Comunicações
			Criação / atualização de um documento "perguntas Mais Frequentes" (FAQ's) e publicar no site da instituição		n.a.	Necessidades de dotar e capacitar o Departamento
	Não atendimento, devido ao elevado volume de chamadas		Elaboração de um relatório anual composto por análises de satisfação do utente, dos colaboradores, reclamações e resultados de auditorias à área das telefonistas		n.a.	Necessidade de articulação junto do Gabinete do Cidadão e Serviço de Auditoria Interna
			Elaboração de procedimentos de monitorização, com indicadores globais e individuais		n.a.	Necessidade de articulação junto do Departamento de Planeamento e Controlo
	Utilização indevida das viaturas para fins privados		Implementação de sistema de controlo de gestão da frota por GPS, com opção de rastreamento dos percursos		n.a.	O Sistema de Gestão de Frota está identificado como uma das intensões de investimento assumidas pelo Órgão de Gestão, no âmbito do processo de modernização e transição digital, para o horizonte 2030

Tabela 24 – Ações não implementadas: Auditoria Interna

Atividade/junção/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Sistema de Controlo Interno	Inexistência de normas ou procedimentos interno escritos		Promover a elaboração e atualização de Manuais de procedimentos nas diferentes áreas da ULSNE		n.a.	O Sistema de Controlo interno é um conjunto de processos e procedimentos implementados na ULSNE no sentido de garantir a integridade das operações, a fiabilidade das informações financeiras e o cumprimento do respetivo enquadramento normativo/legal. Por sua vez, um dos principais objetivos do Serviço de Auditoria Interna incide na avaliação da eficácia do sistema de controlo interno, identificando situações de risco e propondo melhorias. Como tal, a respetiva ação é considerada primordial, devendo haver articulação e comprometimento de todos os responsáveis, coordenadores e chefias de unidades, serviços e departamentos para a plena implementação.
Sistema de Gestão de Riscos	Ineficaz/ desatualizado Sistema de Gestão de Riscos		Implementação de mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses		31-12-2025	Prevê-se até final do presente ano a criação de um espaço no portal da intranet dedicado ao tema Conflito de Interesses
Planeamento das ações de Auditoria Interna	Não cumprimento das ações previstas no plano anual de auditoria interna		Monitorização trimestral do Plano Anual de Auditoria Interna de acordo com o respetivo cronograma aprovado		30-06-2025	n.a.
	Utilização indevida de informação confidencial		Trabalho de campo realizado por mais de 1 elemento da equipa de auditores/técnicos de auditoria		n.a.	Atualmente o Serviço de Auditoria Interna é composto por 1 elemento (Auditor Interno)
Desenvolvimento da atividade de auditoria interna	Não recolha, extraviu ou inutilização de evidências de suporte às avaliações e análises efetuadas, comprometendo os resultados das mesmas		Aquivo próprio para os processos de auditoria interna		31-12-2025	Prevê-se até final do ano de 2025 a existência de um espaço exclusivo ao arquivo físico do Serviço de Auditoria Interna.
			Limitação do acesso aos processos de auditoria interna		31-12-2025	Mesma justificação que a ação anterior

Tabela 25 – Ações não implementadas: Compras e Logística

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento de Compras de Bens e Serviços	Inexistência de plano anual de compras devidamente aprovado	●	Implementação de um plano anual de compras previamente elaborado e aprovado	●	31-12-2025	O referido plano encontra-se elaborado, contudo, carece de implementação e respetiva aprovação do CA
	Fragmentação da despesa, nomeadamente de investimentos e obras	●	Constituição de uma comissão de análise, em particular para materiais de consumo clínico e instrumental cirúrgico	●	31-12-2025	n.a.
			Agrupar os processos de aquisição para um ano	●	31-12-2025	n.a.
Compras			Realização de avaliação regular do desempenho dos fornecedores	●	31-12-2025	n.a.
	Ineficiente gestão do processo de compra	●	Aquisição e desenvolvimento de competências necessárias, de modo a promover a realização de procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto	●	31-12-2026	n.a.
	O mesmo colaborador do DCL intervém em mais do que uma fase dos processos de aquisições	●	Definir e delimitar as funções e tarefas dos colaboradores do DCL, de modo a evitar a sua participação em mais do que uma fase do mesmo procedimento	●	n.a.	n.d.
Gestão de Contratos de Aquisição de Bens e Serviços	Não execução das penalidades contratuais	●	Definição de um Manual de Procedimentos de Empregadas	●	n.a.	n.d.
Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Existências)	Receção não controlada física e qualitativamente	●	Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidades e qualidade por colaborador com competências específicas	●	n.a.	n.d.
Armazenagem (Existências)			Realização de inventários periódicos aos armazéns, com justificação de diferenças significativas	●	31-12-2026	n.a.
	Acesso indevido aos armazéns e desvio de materiais ou retenção indevida	●	Dificultar acesso a bens "apetecíveis"	●	31-12-2025	n.a.
			Restrição do acesso aos armazéns a pessoal não autorizado	●	31-12-2025	n.a.
			Implementação de câmaras de segurança	●	31-12-2025	n.a.

Verificação do Material no ato da Receção de Encomendas (Imobilizados)	Receção não controlada fisicamente	Receção e	Assegurar que as encomendas são conferidas em quantidade e qualidade por Colaborador com competências específicas	31-12-2025	n.a.
Utilização de Bens Públicos (Imobilizados)	Apropriação e/ou utilização indevida de bens públicas, nomeadamente para fins privados; Desvios de bens		Verificações periódicas relativamente ao risco de desaparecimento de bens de elevado valor	31-12-2025	n.a.
			Reorganização da função de gestão de imobilizado	31-12-2025	n.a.
			Responsabilização dos serviços pela salvaguarda e utilização dos bens atribuídos	31-12-2025	n.a.

Tabela 26 – Ações não implementadas: Farmácia

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Gestão de Existências	Desvio de produtos farmacêuticos		Implementação de câmaras de segurança		31-12-2025	n.a.
	Desvio de estupefacientes e psicotrópicos		Dupla conferência das dispensas		31-12-2025	n.a.
Dispensa de Produtos Farmacêuticos			Alargamento da implementação do registo por PDA (quem entrega e quem recebe e a que horas), bem como as devoluções de medicamentos e de produtos farmacêuticos não administrados, com guia de transporte		31-12-2025	n.a.
	Sálida/retorno de medicamentos para/dos serviços clínicos		Criação de armazéns avançados dos serviços clínicos e registo da administração ao doente pela aplicação dos enfermeiros		31-12-2025	n.a.

Tabela 27 – Ações não implementadas: Formação e Desenvolvimento

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento	Dificuldade no acesso dos colaboradores para as ações de formação	●	Divulgação mensal das ações de formação	●	31-07-2025	n.a.
Contratação de serviços	Favorecimento na contratação de serviços de formação	●	Assinatura de declaração de Inexistência de Conflito de Interesses (quem decide a aquisição de serviços de formação) Rotatividade de funções nos elementos da equipa responsáveis por cada formação	●	31-07-2025 31-07-2025	n.a. n.a.

Tabela 28 – Ações não implementadas: Contabilidade e Gestão Financeira

Atividade/ função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Gestão de Contas e Tesouraria	Retenção de valores cobrados	●	Recurso a meios de recebimento via sistema de Multibanco	●	31-12-2025	n.a.
			Controlo diário do montante recebido por colaborador	●	31-12-2025	n.a.
			Emissão obrigatória de recibos informatizados que possibilitem a conferência de emissão por listagem diária	●	31-12-2025	n.a.
			Unificação/integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)	●	n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS, Serviço Informática e Comunicações)
			Segregação de funções	●	31-12-2025	n.a.
Desvio de fundos		●	Reconciliação bancária mensal	●	31-12-2025	n.a.
			Autos de conferência periódicos aos Fundos de Maneio - CSP	●	31-12-2025	n.a.

	Segregação de funções		31-12-2025	n.a.
Erros/ divergências em registos bancários e/ou contabilísticos	Segregação de funções		31-12-2025	n.a.
	Conciliações e reconciliações bancárias mensais		31-12-2025	n.a.
Utilização indevida do fundo de maneiolo	Implementação/revisão de manual de procedimentos relativo à atribuição e utilização de fundo de maneiolo		31-12-2025	n.a.
	Assegurar a identificação da natureza da produção e respetiva classificação contabilística		31-12-2025	n.a.
Rendimentos não registados, mal classificados ou registados em períodos e/ou com valores incorretos	Conferência entre produção realizada e episódios faturados		31-12-2025	n.a.
	Conferência mensal de contas de clientes e outros devedores		31-12-2025	n.a.
	Segregação de funções (coordenador)		31-12-2025	n.a.
	Circularização periódica de clientes e outros devedores		31-12-2025	n.a.
Rendimentos e Contas a Receber	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)		n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS, Serviço Informática e Comunicações)
	Implementação de procedimentos que garantam a cobrança da atividade realizada dentro do prazo		31-12-2025	n.a.
	Unificação/Integração do sistema de faturação dos CSP (14) e Saúde Pública (1) com os Hospitalares (1)		n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS, Serviço Informática e Comunicações)
	Relatórios Trimestrais da Unidade de Faturação		31-12-2025	n.a.
	Implementação de procedimentos que garantam a obtenção de erros limitativos à faturação		31-12-2025	n.a.
Incorreta faturação devido à incorreta/inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento	Gabinete de relações com exterior (Admissão <-> Faturação)		n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (DGU, DPC, CA)
	Estabelecer a obrigatoriedade, no momento da admissão, da confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU.		n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (DGU)

Tabela 29 – Ações não implementadas: Informática e Comunicação

Atividade/função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Serviços de Informação	Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	●	Implementação de um procedimento de avaliação do desempenho do fornecedor do serviço	●	31-12-2025	n.a.
	Falhas no controlo dos ativos	●	Realização de um inventário que identifique de forma clara e completa todos os ativos, localizações e/ou licenças	●	31-12-2025	Necessidade de articulação junto do Departamento de Compras e Logística
	Acesso a informação indevidamente	●	Alteração periódica das senhas de acesso	●	n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS)
Segurança e Gestão de Dados	Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	●	Bloquear automaticamente todas as sessões de trabalho após determinado tempo de inatividade	●	n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS)
	Falhas dos sistemas informáticos, devido a ciberataques, vírus ou falhas de segurança por conduta negligente ou má conduta intencional de colaboradores, podendo colocar em causa a privacidade da informação do utente e o funcionamento dos serviços	●	Monitorização contínua do sistema informático, realização de testes e desenvolvimento de processo de backups e recuperação de dados perdidos	●	n.a.	A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS)
Arquivamento de Informação	Perda de informação devido ao fato do arquivo não garantir a salvaguarda da totalidade dos dados dos processos	●	Garantir o arquivamento informático de todos documentos que acompanham o processo, independentemente da sua dimensão	●	31-12-2025	Necessidade de articulação junto do Departamento de Gestão de utentes
	Prestação de informação incompleta, desatualizada, desadequada ou mesma falsa	●	Efetuar o arquivo dos processos em locais restritos e com efetivo controlo de acesso Relativamente aos dados dos utentes, desenvolvimento de um mecanismo informático que não permita avançar para os passos seguintes sem os dados dos campos anteriores estarem devidamente preenchidos, com controlo sobre se a informação é fidedigna	●	31-12-2025	Necessidade de articulação junto do Departamento de Gestão de utentes A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS)
Fiabilidade dos registos administrativos				●	n.a.	

Tabela 30 – Ações não implementadas: Instalações e Equipamentos

Atividade/função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Planeamento e organização	Informação dispersa e não sistematizada sobre a rede de serviços e recursos existente nos cuidados primários e hospitalares		Implementação de um Plano de Gestão de Recursos Energéticos previamente elaborado e aprovado		31-03-2026	Atualmente encontram-se em curso obras de âmbito de eficiência energética nos Centros de Saúde da ULSNE, pelo que, só após o seu término, estará prevista a total implementação da presente ação.

Tabela 31 – Ações não implementadas: Recursos Humanos

Atividade/função/ processo	Descrição do risco	Grau do risco	Ações de prevenção e controlo	Grau de implem.	Data prevista de implementação	Justificação p/ não implementação
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato por parte do júri (quebra dos deveres de isenção, transparência e imparcialidade no decorrer de procedimentos concursais).		Implementação de um Regulamento de Recrutamento		31-12-2025	n.a.
	Ineficaz avaliação das necessidades de contratação		Revisão regular do procedimento relativo a recrutamento definido no Manual de Procedimentos Administrativos, que deve respeitar o princípio de igualdade constante do estatuto das EPE		n.a.	Necessidades de dotar e capacitar o Departamento
Processamento de Salários, abonos e descontos	Processamento de		Plano de atividades dos departamentos/ serviços/ unidades com identificação das necessidades de recursos humanos		01/09/2025	n.a.
	Processamentos indevidos: - Remunerações; - Abonos variáveis, ajudas de custo, subsídios, etc.; - Trabalho extraordinário, prevenções, etc.;		Os elementos que efetuam o processamento de vencimentos encontram-se segregados dos elementos que efetuam a sua verificação, pagamento e contabilização		n.a.	Necessidade de dotar o Departamento em termos de RH
			Rotatividade dos colaboradores do SRH		n.a.	Necessidade de dotar o Departamento em termos de RH

	- Descontos (CGA, ADSE, SS, IRS,...); - Despesas comparticipadas para a ADSE.	Revisão do Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos da Gestão de Recursos Humanos (ACSS)	01-09-2025	n.a.
<i>Análise das requerimentos de acumulação de funções</i>	Considerar indevidamente que se encontram cumpridos os requisitos para acumulação de funções. Acumulação de funções sem prévia autorização ou com incompatibilidades.	●	●	n.a.
<i>Manutenção de dados mestre de Colaboradores</i>	Alteração não autorizada de dados mestre de Colaboradores com impacto em processamentos.	●	●	n.a.
<i>Cadastro</i>	Violação do sigilo	●	●	n.a.

Questões legais sobre a apresentação de declarações de rendimentos

Necessidade de dotar o Departamento em termos de RH

A responsabilidade da total implementação desta ação está dependente de terceiros (Tutela, ACSS, SPMS, Serviço Informática e Comunicações)

A presente análise revela uma recorrência nos tipos de medidas mais desafiantes de serem implementadas.

Essas dificuldades estão especialmente relacionadas com a elaboração de documentos, tais como, procedimentos e normativos internos, planos e relatórios periódicos de execução/avaliação, monitorização e acompanhamento.

Além disso, destacam-se também as medidas cuja implementação exige a articulação e colaboração de múltiplas áreas ou unidades orgânicas, tais como, a constituição de equipas multidisciplinares.

Por fim, outra das dificuldades verificadas para a plena implementação das ações previstas está relacionada com o nível de autonomia associado à ULSNE, nomeadamente, na área financeira e, sobretudo, na área da informática e comunicações.

Para ambas as situações é maioritariamente invocada a necessidade capacitação e dotação dos Serviços com recursos, quer materiais, quer humanos, e, particularmente, a necessidade de investimento e modernização dos atuais sistemas de informação.

9. CONCLUSÕES

O PPRGCIC é considerado um dos instrumentos de suporte à gestão, onde assume elevada relevância nas várias áreas funcionais no âmbito do sistema de controlo interno da ULSNE.

Conforme previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, a presente avaliação anual reveste-se de maior importância para o controlo da implementação das medidas de prevenção e para a própria finalidade do PPRGCIC enquanto instrumento de prevenção de riscos de gestão e corrupção.

Decorrente da presente avaliação, conclui-se que foram implementadas na totalidade 253 ações de prevenção e controlo, de um universo de 354 ações previstas, apurando-se assim um grau de execução de 71,5%, ou seja, um aumento de 6,5 p.p., comparativamente ao realizado no respetivo período homólogo. No seguinte gráfico é apresentado o grau de execução por área de risco/ unidade orgânica:



Ainda no decorrer da presente avaliação de execução do PPRGCIC, e de acordo com os resultados obtidos na mesma, são apresentadas as seguintes conclusões:

- Do total das ações de prevenção e controlo previstas (354 ações) para mitigação das situações de risco identificadas no PPRGCIC da ULSNE (170 riscos), verifica-se que 71,5% das ações encontram-se totalmente implementadas (253 ações), 18,9% em fase de implementação (67 ações) e 9,6% por implementar (34 ações);
- Comparativamente ao período homólogo, verifica-se uma subida do grau de implementação das ações de prevenção e controlo, nomeadamente de 6,5 p.p.;

- c) Por sua vez, no que respeita às ações de prevenção e controlo associadas a riscos classificados de “*grau elevado*”, regista-se uma variação de 8,8 p.p. face ao período homólogo;
- d) Como justificação para a não implementação das ações de prevenção e controlo (101 ações no total), as chefias, dirigentes e demais responsáveis pelas áreas de risco/ unidades orgânicas invocam, maioritariamente, a falta de investimentos, nomeadamente na área dos sistemas de informação, e, sobretudo, de recursos humanos como causa principal;
- e) Relativamente à área dos riscos transversais de “Dirigentes e Chefias”, verifica-se um grau de implementação de 97,0%, o que representa um empenho generalizado das várias áreas, contribuindo essencialmente para um robustecimento do sistema de controlo interno da Instituição;
- f) Por fim, verificou-se ainda um enorme comprometimento por parte de todas as chefias, dirigentes e demais responsáveis pelas áreas de risco/ unidades orgânicas, no sentido de cooperação com o Serviço de Auditoria Interna no âmbito do desenvolvimento do presente Relatório.

Importa ainda referir que foi proposto e, por sua vez, aprovado em sede de reunião de Conselho de Administração do dia 20 de novembro de 2024 a revisão do PPRGCIC da ULSNE, para o triénio 2025/27.

O referido Plano foi revisto de acordo com as normas e padrões internacionais para a prática de auditoria interna, nomeadamente na área do risco e da gestão de riscos, num alinhamento com as diretrizes estratégicas definidas pelo Conselho de Administração, assumindo um papel elementar enquanto instrumento de gestão e de prevenção de riscos, no sentido de reforçar uma cultura organizacional promotora de boas práticas de gestão e de bom governo, pautada pelos princípios do rigor, do zelo e da transparência, promovendo a participação e comprometimento ético de todos os colaboradores e dirigentes.

10. RECOMENDAÇÕES

Devido à constante emergência de novos fatores de risco, o processo de Gestão de Riscos é um trabalho permanente e dinâmico, devendo ser periodicamente revisto e atualizado, contribuindo assim para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Atendendo ao exposto no presente Relatório de Avaliação, e tendo em vista a melhoria do Plano e do seu processo de monitorização, recomenda-se a aplicação das seguintes medidas:

- Os membros do Conselho de Administração e os demais responsáveis das diversas unidades orgânicas devem manter uma contribuição ativa no âmbito do Plano, designadamente na identificação de novos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, propor novas ações de prevenção e controlo e rever as atuais ações já identificadas;
- A promoção de ações de formação, divulgação, reflexão e esclarecimento do PPRGCIC junto de todos colaboradores, no sentido de contribuírem para uma cultura de prevenção de riscos;
- A divulgação do formulário “*Comunicação de Riscos de Gestão, Corrupção e Infrações Conexas da ULSNE, E.P.E.*” presente da *intranet* da Instituição, com o objetivo de participação de todos os colaboradores na identificação e comunicação de forma sistemática de potenciais situações de risco inerentes à atividade que desenvolvem;
- A prossecução na avaliação e monitorização das situações de risco identificadas com uma maior probabilidade de ocorrência e um maior impacto previsto;
- O reforço no sistema de gestão de conflitos de interesses da Instituição, no sentido de garantir a identificação, a prevenção, o acompanhamento e a gestão de potenciais conflitos de interesse, reforçando assim a cultura de integridade e transparência e, cumulativamente, promovendo a perseverança e confiança pública.

O Auditor Interno

