

EXTRATO DA ATA NÚMERO DEZ DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE

“Às nove horas e trinta minutos do dia catorze de março de dois mil e vinte e quatro, reuniu o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial, estando presentes: José Carlos Capucho Queimado (Presidente), que presidiu a reunião, Vanessa Pinto de Almeida Faria Almodôvar (Vogal Executiva), Vera Cláudia Raposo Guerreiro Balsinha (Diretora Clínica dos cuidados de saúde hospitalares), António Joaquim Inácio Páscoa (Enfermeiro Diretor) e Luís Carlos Paixão Coentro (Diretor Clínico dos cuidados de saúde primários)-----

Dentro da ordem do dia foram tratados os seguintes assuntos:-----

(...)-----

4. PLANO DE PREVENÇÃO DOS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS PARA 2024-2026-----

O Conselho de Administração tomou conhecimento do documento supramencionado, para o biénio 2024-2026 (dois mil e vinte e quatro – dois mil e vinte e seis), apresentado pelo Auditor Interno, Dr. Paulo Marques, e deliberou aprovar o mesmo, conforme proposto.-----

Ao Secretariado do Conselho de Administração para remessa às entidades competentes, em cumprimento do legislado.-----”(...)”

Beja, em 14 de março de 2024

O Conselho de Administração

**JOSÉ
CARLOS
CAPUCHO
QUEIMADO**

Assinado de forma
digital por JOSÉ
CARLOS CAPUCHO
QUEIMADO
Dados: 2024.03.14
16:23:43 Z

Ano 2024 - 2026

3ª Versão

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



Serviço de Auditoria Interna

ULSBA

Ano 2024 - 2026

ÍNDICE

Índice de Matrizes, Ilustrações e Quadros	4
Lista de siglas.....	6
FICHA TECNICA	9
I - Enquadramento do Plano de Prev. de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas .	10
1. Enquadramento e organização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	10
II – Caracterização da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	14
1. Apresentação e enquadramento regional da ULSBA.....	14
2. Missão, objetivos e valores.....	16
3. Organização interna da entidade.....	18
3.1 O Conselho de Administração.....	18
3.2 O Órgão de fiscalização - Fiscal Único.....	19
3.3 O Órgão Social – Conselho Consultivo	20
3.4 Serviço de Auditoria Interna	20
3.5 Estrutura organizacional da ULSBA	20
3.6 O Regime financeiro da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.....	23
3.7 Evolução dos indicadores financeiros	24
3.7.1 Evolução do balanço	25
3.8 Evolução dos indicadores de recursos humanos	25
3.8.1 Enquadramento legal do Serviço Geral dos Recursos Humanos	25
3.8.2 Evolução dos indicadores de recursos humanos da ULSBA	26
III – Metodologia utilizada na elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	27
1. Metodologia utilizada na avaliação do risco	27
1.1 Conceitos utilizados na elaboração do Plano.....	27
1.2 Controlo interno e gestão do risco	30
IV - Matrizes de risco e medidas de prevenção	35
1. Elaboração das matrizes de risco para as áreas de intervenção	35
1.1 Conselho de Administração e áreas comuns	35
1.2 Serviço de Auditoria Interna	36
1.3 Comissão de Abates	37
1.4. Regulamento Geral de Proteção de Dados	37
1.5 Departamento de Cuidados de Saúde Primários.....	38
1.6 Unidade de Saúde Pública	40
1.7 Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.....	40
1.8. Departamento de ambulatório – área da consulta externa.....	41

1.9 Equipa de Gestão de Altas	42
1.10 Área da tele saúde	42
1.11 Serviço de Gestão de Recursos Humanos.....	43
1.12 Serviço de Formação e Investigação	44
1.13. Serviços Farmacêuticos	45
1.14 Serviço de nutrição e alimentação	47
1.15 Área de psicologia clínica	48
1.16 Serviços Financeiros	49
1.17 Serviço de Aprovisionamento Logística e Transportes	51
1.18 Serviços hoteleiros	53
1.19 Serviço de Instalações e Equipamentos	54
1.20 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	57
1.21 Planeamento e controlo de gestão.....	58
1.22 Bloco Operatório – área de enfermagem.....	60
1.23 Gabinete do Cidadão	60
1.24 Serviço Jurídico e Contencioso	61
1.25 Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente.....	62
1.26 Área da Comissão de Trabalhadores.....	62
V – Monitorização do Plano de Prev. de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas ..	64
Anexos.....	65
Bibliografia.....	69

Índice de Matrizes, Ilustrações e Quadros

Índices de Matrizes

Matriz 1.1: Matriz do risco	32
Matriz 1.2: Matriz de risco adaptada pelo SAI – Eixo dos XX	33
Matriz 1.3: Matriz de risco adaptada pelo SAI – Eixo dos YY	33
Matriz 1.4: Matriz de riscos para o conselho de Administração e áreas comuns	35
Matriz 1.5: Matriz de riscos para a área da Auditoria Interna	36
Matriz 1.6: Matriz de riscos para a área dos AFT e AI	37
Matriz 1.7: Matriz de riscos para a área do RGPD	38
Matriz 1.8: Matriz de riscos para a área dos Cuidados de Saúde Primários	39
Matriz 1.9: Matriz de riscos para a área da Saúde Pública	40
Matriz 1.10: Matriz de riscos dos MCDT'S	41
Matriz 1.11: Matriz de riscos para a área da Consulta Externa	41
Matriz 1.12: Matriz de riscos para a área da Gestão de Altas	42
Matriz 1.13: Matriz de riscos para a área da Tele saúde	43
Matriz 1.14: Matriz de riscos para o Serviço de Gestão de Recursos Humanos	44
Matriz 1.15: Matriz de riscos para a área da Formação e Investigação	45
Matriz 1.16: Matriz de riscos para a área dos Serviços Farmacêuticos	46
Matriz 1.17: Matriz de riscos para a área do Serviço de Nutrição e Alimentação	48
Matriz 1.18: Matriz de riscos para a área da Psicologia Clínica	49
Matriz 1.19: Matriz de riscos para a área Financeira	50
Matriz 1.20: Matriz de riscos para o Serviço de Aproveitamento e Logística	52
Matriz 1.21: Matriz de riscos para a área dos transportes e gestão de frota	53
Matriz 1.22: Matriz de riscos para a área Hoteleira	54
Matriz 1.23: Matriz de riscos para a área do Serviço de Instalações e Equipamentos	56
Matriz 1.24: Matriz de riscos para o Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação ..	58
Matriz 1.25: Matriz de riscos para o Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão	59
Matriz 1.26: Matriz de riscos para a área de enfermagem do Bloco Operatório	60
Matriz 1.27: Matriz de riscos para o Gabinete do Cidadão	61
Matriz 1.28: Matriz de riscos para o Gabinete Jurídico e Contencioso	61
Matriz 1.29: Matriz de riscos para o Serviço do SGIQSA	62
Matriz 1.30: Matriz de riscos para a área da Comissão de Trabalhadores	63

Índice de Quadros

Quadro 1.1: Composição do Conselho de Administração	19
Quadro 1.2: Órgão Social – Fiscal Único	19
Quadro 1.3: Evolução do balanço da ULSBA desde 2016	25
Quadro 1.4: Evolução dos recursos humanos por vínculo jurídico	26
Quadro 1.5: Peso por grupo profissional no total dos trabalhadores	26
Quadro 1.6: Riscos e medidas preventivas identificadas na ULSBA	63

Índice de Ilustrações

Ilustração 1.1: Distrito de Beja	14
Ilustração 1.2: Estrutura da ULSBA	15
Ilustração 1.3: Área de influência da ULSBA	15
Ilustração 1.4: Classificação da Corrupção	28
Ilustração 1.5: Tipos de Infrações Conexas	28
Ilustração 1.6: Tipos de Infrações Conexas	29
Ilustração 1.7: Tipos de Infrações Conexas	29
Ilustração 1.8: Etapas do Sistema de Controlo Interno	30
Ilustração 1.9: Cubo do Coso	31
Ilustração 1.10: Metodologia utilizada pelo SAI na elaboração do PPRCIC	34
Ilustração 1.11: Fases elaboração e Execução do PPRCIC	64

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESE – AESE Business School

AFT – Ativo Fixo Tangível

AI – Auditor Interno

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AT – Autoridade Tributária

CA – Conselho de Administração

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção

CAGEP – Cursos Avançado de Gestão Pública

CC – Contabilista Certificado

CCI – Comissão de Controlo e Infeção

CCP – Código da Contratação Pública

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

CIMBAL – Comunidade Intermunicipal do Baixo Alentejo

CGA – Caixa Geral de Aposentações

CMVM – Comissão do Mercado de Valores Mobiliários

COSEC – Companhia de Seguros de Créditos

COSO - *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*

CPA – Código de Procedimento Administrativo

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPD – Comissão de Proteção de Dados

CRP – Constituição República Portuguesa

CT – Código do Trabalho

CPS – Contrato de Prestação de Serviços

DCSP – Departamento de Cuidados de Saúde Primários

DGAEP – Direção-Geral da Administração e do Emprego Público

DMR – Declaração Mensal de Remunerações

DR – Diário da República

ECCI – Equipas Comunitárias de Cuidados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte e Cuidados Paliativos

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPE – Empresa Pública Empresarial

EU – *European Union*

FCT – Fundo de Compensação do Trabalho

FGCT – Fundo Garantia de Compensação do Trabalho

FSE – Fundo Social Europeu

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

IES – Informação Empresarial Simplificada

IIA – *The Institute of Internal Auditors*

INA – Instituto da Administração Pública

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IP – Instituto Público

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISCTE – Instituto Superior Ciências Trabalho e da Empresa

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

LGTF – Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

LPD – Lei Proteção de Dados

MS – Ministério da Saúde

NCP – Norma de Contabilidade Pública

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OROC – Ordem dos Revisores Oficiais de Contas

PAA – Plano Anual de Auditoria

PAO – Plano de Atividades e Orçamento

PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PI – Propriedades de Investimento

PPRCIC – Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RGS – Relatório de Governo Societário

RH – Recursos Humanos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAL – Serviço de Aprovisionamento e Logística

SF – Serviço Financeiro

SGIQSA – Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SICC – Sistema de Informação Centralizada de Contabilidade

SICC-AP – Sistema de Informação Centralizada de Contabilidade da Administração Pública

SJC – Serviço Jurídico e Contencioso

SNC-AP – Sistema de Normalização Contabilística das Administrações Públicas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SRH – Serviço de Recursos Humanos

SROC – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas

SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

TI – Tecnologias da Informação

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USAG – Unidade de Saúde de Apoio Geral

USP – Unidade de Saúde Pública

FICHA TECNICA

Responsável pela Elaboração e revisão	Serviço de Auditoria Interna
Contactos:	CA@ulsba.min-saude.pt
Âmbito	A elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção encontra-se prevista no Plano Anual de Auditoria Interna, tipificada nos estatutos do SNS, e na legislação publicada em DR relativo ao Regime Anticorrupção.
Período de realização	Triénio 2024-2026
Colaboração	Conselho de Administração, Direções e Coordenações dos serviços da ULSBA
Versão	3ª versão atualizada
Disponibilidade	Site da Internet e intranet da ULSBA
Aprovado pelo Conselho de Administração	Conforme ATA inserida no mesmo
Remissão a entidades	Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, Conselho de Prevenção da Corrupção, MENAC, IGAS, ACSS

I. Enquadramento do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas resulta da publicação da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que criou o Conselho de Prevenção da Corrupção⁽¹⁾ (doravante CPC) como entidade independente e do Decreto Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro que cria o MENAC (Mecanismo Anti Corrupção). O CPC emite recomendações no âmbito do risco de corrupção e infrações conexas consideradas linhas orientadoras e tidas em conta pelas entidades públicas na sua ação de minimização do risco. O MENAC desenvolve atividade a nível nacional no âmbito da Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas.

O Conselho da Prevenção em 1 de julho de 2009, aprova a recomendação n.º 1/2009, de 7 de abril, aludindo à elaboração e aplicação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas publicada no Diário da República, II série nº 140, de 22 de julho de 2009. A mesma recomenda aos órgãos máximos das empresas públicas gestoras de dinheiros e património público a publicação em locais de acesso geral, nomeadamente, *internet*, do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Por sua vez, o MENAC em setembro de 2023 emitiu a Guia nº 1/2023 – setembro, onde define as linhas gerais sobre indicações e notas explicativas de cuidados metodológicos para elaboração e dinamização do Regime Geral de Prevenção Anticorrupção. O novo Regime Anticorrupção inclui os instrumentos de prevenção da Corrupção, nomeadamente, o Código de Conduta, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, o Canal de Denúncia Interna, O Programa de Formação e Comunicação para a Integridade e a nomeação do Responsável pelo Cumprimentos Normativo.

1. Enquadramento e organização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas deve conter os elementos:

- Identificação dos riscos de Corrupção e Infrações Conexas de cada área;
- As medidas a adotar para prevenir a ocorrência dos referidos riscos;
- Identificação dos responsáveis envolvidos na gestão do Plano com a supervisão do Órgão de Gestão;
- Elaboração do Relatório Anual de Execução do mencionado Plano.

¹ O Conselho da Prevenção é constituído Pelo Presidente do Tribunal de Contas, o Secretário Geral e Diretor Geral do Tribunal de Contas, o Secretário Geral do Ministério da Economia e Transição Digital, o Inspetor Geral de Finanças, um Magistrado do Ministério Público designado pelo Conselho Superior do Ministério Público, um Advogado nomeado pelo Conselho Geral da Ordem dos Advogados e uma personalidade Cooptada.

O Conselho de Prevenção da Corrupção recomenda ainda nas áreas da contratação pública e da concessão de benefícios públicos a utilização do questionário disponibilizado no *site* (www.cpc.tcontas.pt). Solicita ainda aos organismos de inspeção controlo e auditoria, que nas suas ações verifiquem, segundo a natureza das mesmas, se as entidades sob o seu controlo dispõem e aplicam efetivamente os planos de gestão de riscos exigidos pelos princípios enunciados, mencionando tal facto nos seus relatórios, bem como, as razões que motivaram a não resposta ao questionário.

Em 7 de abril de 2010⁽²⁾, o CPC recomenda aos órgãos e dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, administrativa ou empresarial, de direito público ou de direito privado, a publicitação no sítio da respetiva entidade na **INTERNET do PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS**.

O CPC faz ainda referência em 7 de novembro de 2012⁽³⁾, à gestão do conflito de interesses na administração pública. Recomenda que as entidades de natureza pública ainda que geridas segundo as normas do direito privado, devem dispor de mecanismos de acompanhamento e gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados que incluam, também, o período que excede as funções públicas com indicação das consequências legais. Devem assim, segundo o CPC, incluir nos Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, uma referência a gestão de conflitos de interesses.

Por conseguinte, a evolução do PPRCIC, materializou-se na recomendação do CPC, de 1 de julho de 2015⁽⁴⁾, que, resumidamente, aconselha:

- Identificação dos riscos de corrupção e medidas corretivas dos mesmos;
- Os riscos devem ser identificados relativamente a todas as funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades orgânicas da estrutura da entidade, incluindo gabinetes, funções e cargos das direções de topo⁽⁵⁾;
- Os Planos devem designar os responsáveis sectoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais;
- As entidades devem organizar ações de formação de divulgação e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores contribuindo para uma cultura de minimização do risco;
- Os Planos devem ser publicitados no sítio da *internet* respeitante à entidade;
- O CPC reitera o pedido de colaboração do Tribunal de Contas e de todos os organismos de controlo interno do Setor Público, para que, nas suas ações verifiquem se as entidades sob o seu controlo aplicam os seus Planos de Prevenção de Riscos de

² Recomendação n.º 1/2010, de 7 de abril.

³ Recomendação do CPC de 7 de novembro de 2012.

⁴ Recomendação do CPC, de 1 de julho de 2015, relativa aos Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

⁵ Face à complexidade da instituição não foi possível incluir todas as áreas/serviços da ULSBA, todavia, serão incluídas nas próximas versões dos PPRCIC de forma à envolvimento de toda a organização no mesmo.

Corrupção e Infrações Conexas, incluindo a verificação da elaboração dos relatórios de monitorização.

Seguiram-se outras recomendações, em especial, as relativas a conflitos de interesses nas instituições e riscos na contratação pública. Todas no sentido de manter a transparência nas relações contratuais evitando o risco de corrupção e infrações conexas. Na sequência, a ULSBA elabora, no triénio 2024-2026⁽⁶⁾ um relatório sobre Risco de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, onde descremina as situações geradoras de riscos/infrações aferindo o grau de execução das mesmas para evitar a sua ocorrência.

O PPRCIC deve conter com os mecanismos de controlo interno implementados na ULSBA para uma adequada gestão do risco e infrações conexas, salvaguarda de ativos, preconizando o princípio da persecução do interesse público e auxílio à concretização da missão, objetivos e plano estratégico.

Por conseguinte, foi publicado o Decreto Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Anticorrupção, que estabelece o regime geral Anticorrupção. Assim, o regime aqui tipificado aplica-se às pessoas coletivas com sede em Portugal que possuam mais de 50 trabalhadores, às entidades da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais, e do setor público empresarial com mais de 50 trabalhadores e ainda às entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo e ao Banco de Portugal. Engloba o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, o Código de Conduta, os Canais de Denúncia, a Formação e Comunicação do regime anticorrupção. O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas após homologação pelo Órgão de Gestão da ULSBA, é enviado às entidades externas intervenientes no processo.

O Plano de Prevenção de Riscos de corrupção e Infrações Conexas é remetido às entidades:

- Conselho de Prevenção da Corrupção;
- MENAC (Mecanismo Anticorrupção);
- Ministério da Saúde e Finanças;
- ACSS E IGAS.

A nível interno é publicado nos locais de acesso geral de todos os funcionários, na *intranet*, e solicitado o envio ao Serviço de Formação Profissional, para serem consideradas no plano anual de formação ações com carácter preventivo na área do mesmo.

Sendo a gestão de riscos de corrupção e infrações conexas uma responsabilidade transversal de toda a instituição é obrigação de todos os colaboradores da ULSBA, a adoção de uma atitude responsável na minimização dos riscos da instituição. Nesta lógica, os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, constituem um instrumento de gestão fundamental dos recursos públicos.

Conforme plasmado no Anexo III do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro⁽⁷⁾ alterado pelo DL nº 52/2022, de 4 de agosto, a ULSBA possui um Fiscal Único, órgão responsável pelo controlo

⁶ Apenas elaborado (O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas) nos anos de 2014, 2015, 2021, 2022 e 2023, por não ter sido nomeado o Auditor Interno. O atual Auditor Interno da ULSBA foi nomeado em setembro de 2020.

⁷ Decreto-Lei que define os estatutos da ULSBA.

da legalidade, da regularidade e boa gestão patrimonial e financeira da ULSBA, e possui também, um Serviço de Auditoria Interna, cuja direção pertence a um Auditor Interno, com competência para avaliar os processos de controlo interno e gestão de riscos, nos domínios contabilísticos, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo. No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o serviço de Auditoria Interna, tem livre acesso a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULSBA, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes. O sistema de controlo interno da ULSBA possui um sistema de comunicação de irregularidades⁽⁸⁾, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção e ao Auditor Interno a responsabilidade pela sua avaliação.

De uma forma geral, o presente PPRCIC, subdivide-se em cinco partes: enquadramento do PPRCIC, a caracterização e organização da ULSBA, metodologia utilizada, matrizes de risco e medidas preventivas e de monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Na primeira parte é feita uma abordagem geral do histórico legal, quer da constituição do próprio Conselho da Prevenção para a Corrupção e MENAC, quer da evolução das recomendações emitidas pelo CPC em matéria de corrupção. A parte seguinte aborda a organização da instituição, o planeamento estratégico, a explanação de alguns resultados e a sua evolução ao longo do tempo. É feita uma breve consideração sobre os riscos de corrupção e infrações conexas, em especial, a definição de alguns conceitos sobre este assunto. Por fim, a identificação dos riscos e medidas de prevenção da ULSBA para os anos de 2024-2026 e a sua forma de execução e monitorização, do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Desta forma, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da ULSBA aplica-se a todos os colaboradores que exercem funções na instituição⁽⁹⁾.

⁸ Aprovado em reunião do Conselho de Administração da ULSBA na ATA nº 53 de 18/12/2020.

⁹ É da responsabilidade do Conselho de Administração, Diretores, Coordenadores de Serviços/áreas a execução de medidas preventivas dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

II. Caracterização da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

1. Apresentação e enquadramento regional da ULSBA

A ULSBA foi criada pelo Decreto Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, sendo uma entidade coletiva de direito público e natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto Lei nº 558/99, de 17 de dezembro. Rege-se pelo regime jurídico aplicado às entidades públicas empresariais com as especificidades do Decreto-Lei que a criou e dos seus estatutos e pelo regulamento interno aprovado em Conselho de Administração e homologado pela tutela bem como pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não contrariem os estatutos.

A nível regional localiza-se no distrito de Beja, em concreto, tem sede na cidade de Beja. O distrito de Beja, pertence à província do Baixo Alentejo, sendo limitado a noroeste pelo distrito de Setúbal, a norte pelo distrito de Évora, a leste com a província de Huelva (Espanha), a sul com o distrito de Faro e a oeste pelo oceano Atlântico. Tem uma área aproximada de 10.229,05 Km²(10), sendo por isso, o maior distrito do país e uma população residente de cerca de 144 410 habitantes, distribuída por 14 concelhos e 93 freguesias. Fazem parte do distrito, de acordo com a ilustração 1.1 os concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvitto, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira. O concelho de Odemira, apesar de pertencer ao distrito de Beja, não faz parte da área de influência da ULSBA.

Ilustração 1.1: Distrito de Beja



Fonte: <http://www.wincar.com.pt/mapa/beja.htm>

A ULSBA tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica de abrangência.

¹⁰ Segundo Censos de 2021 publicados no Instituto Nacional de Estatística.

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo desenvolve a sua atividade em dois níveis de prestação de cuidados:

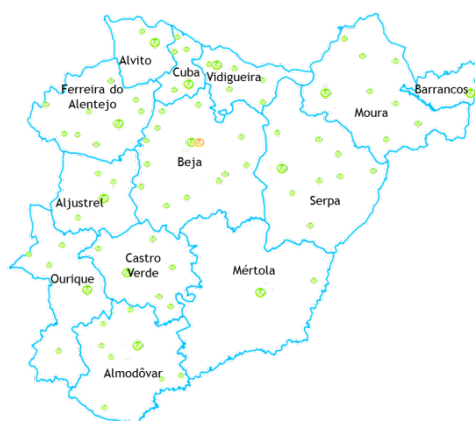
- **Cuidados de Saúde Primários** assegurados pelo Departamento de Cuidados de Saúde Primários (DCSP) que integra os Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira e respetivas Unidades Funcionais, bem como a Unidade de Saúde Pública (USP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Detecção (CAD). Adicionalmente o DCSP integra ainda duas Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) - a ECSCP Beja+ (concelhos de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Ourique, Serpa e Vidigueira) e a ECSCP Mértola. Possui ainda um Centro de Telesaúde.
- **Cuidados de Saúde Hospitalares**, assegurados no Hospital José Joaquim Fernandes, cuja carteira de serviços inclui as seguintes especialidades médicas e cirúrgicas: Anestesiologia, Cardiologia, Cuidados Intensivos e Intermédios, Medicina Interna, Fisiatria, Pediatria e Neonatologia, Psiquiatria, Pedopsiquiatria, Hematologia, Pneumologia, Neurologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ginecologia/Obstetrícia.

Ao nível da Oncologia existe um polo de proximidade competindo ao Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo em Évora a coordenação da atividade assistencial desenvolvida, uma vez que a ULSBA não dispõe de médicos oncologistas. Em termos de serviços de apoio clínico a carteira de serviços engloba Imagiologia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, laboratório de Anatomia Patológica (cujo funcionamento é assegurado através de protocolo de colaboração com o Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Espírito Santo em Évora), Medicina Física e Reabilitação, Unidade de Técnicas Minimamente Invasivas e, ainda, uma unidade de endoscopia (não existe na carteira de serviços da ULSBA, a especialidade de gastroenterologia, sendo a atividade nesta área desenvolvida no âmbito da realização de exames endoscópicos por médicos gastroenterologistas contratados em regime de prestação de serviços) (R&C ULSBA:2022).

Ilustração 1.2: Estrutura da ULSBA



Ilustração 1.3: Área de influência da ULSBA



Fonte: R&C ULSBA 2022

Adicionalmente, a ULSBA integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), respetivamente através das Equipas Comunitárias de Cuidados Integrados (ECCI) existentes em alguns concelhos e da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e duas ECSCP já mencionadas. **(R&C ULSBA 2022)**

A ULSBA está integrada na rede de referência regional definida pelo Ministério da Saúde e é constituída pelo Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, treze centros de saúde/UCSP (Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira) e uma Unidade de Saúde Familiar, incluindo mais de 60 extensões de saúde.

2. Missão, objetivos e valores

Visão

Como entidade que presta cuidados de saúde diferenciados a uma população, essencialmente, residente no Baixo Alentejo, a ULSBA partilha uma **Visão** de multidisciplinariedade de vários cuidados de saúde primando pela excelência clínica. Assume-se como uma entidade de referência focada na persecução da eficiência e eficácia técnica assumindo valores de responsabilidade social.

Missão

Tem ainda como **missão** a prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis num quadro de eficiência e eficácia em articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade. No desenvolvimento da sua atividade a ULSBA e os seus trabalhadores adotam uma **atitude centrada no utente/doente**, no profundo **respeito pela dignidade da vida** humana, no sentido da prevenção e **promoção da saúde** individual e da comunidade, na acessibilidade e equidade na prestação dos cuidados bem como na obtenção de ganhos em saúde visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde da população do Baixo Alentejo.

A par das atividades assistenciais são desenvolvidas as funções de formação, treino e investigação consideradas necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores e colaboradores da ULSBA. Ao nível dos cuidados de saúde primários pretende-se, pela excelência médica, garantir a cobertura de médico de família a todos os utentes inscritos, a promoção de boas práticas de saúde e medidas preventivas assegurando a manutenção da saúde comunitária.

Nos cuidados de saúde hospitalares pretende-se manter e garantir o acesso a consultas de especialidade aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, também, a cirurgias em tempo útil e garantir o cumprimento dos tempos recomendados no atendimento urgente promovendo os recursos necessários pelos utentes ao acesso dos mesmos.

Ao nível dos recursos humanos pretende-se garantir o acesso dos mesmos aos meios e recursos necessários ao seu desenvolvimento profissional, através da formação profissional adequada e contínua, bem como garantir o recrutamento de profissionais carenciados, como médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais.

Valores

Fazem parte da cultura organizacional da ULSBA os seguintes valores:

- Atitude centrada no utente/doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e da comunidade;
- Acessibilidade e equidade na prestação dos cuidados;
- Obtenção de ganhos em saúde visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde das populações da área de influência da ULSBA;
- Ética, integridade e transparência;
- Cultura do conhecimento da excelência técnica e da racionalidade;
- Cultura da multidisciplinaridade, da cooperação e da lealdade, potenciando um bom clima organizacional;
- Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço;
- Humanização dos cuidados de saúde;
- Reforço da Cidadania.

Objetivos

No desenvolvimento da sua atividade a ULSBA, prossegue os seguintes **objetivos primordiais**:

- Prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do **Serviço Nacional de Saúde** e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde;
- Desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino.

São inerentes a estes objetivos:

- A prestação de cuidados de saúde de qualidade e acessíveis em tempo oportuno através da racionalização dos recursos;
- A promoção da eficiência e eficácia técnicas num quadro sustentável de desenvolvimento económico e financeiro;
- A integração plena de cuidados de saúde pública primários, hospitalares e continuados;
- O estabelecimento e reforço da articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares e a **Rede de Cuidados Continuados Integrados**;
- O cumprimento integral das metas negociadas/contratualizadas com o Ministério da Saúde através de Contrato-Programa e da execução do Plano de Atividades;
- O estabelecimento de Protocolos e Parcerias com outras entidades públicas ou privadas integradas na comunidade.

3. Organização interna da entidade

A ULSBA é constituída por três Órgãos Sociais:

- Conselho de Administração;
- Fiscal Único;
- Conselho Consultivo.

3.1 O Conselho de Administração

O Conselho de Administração da ULSBA é um dos três Órgãos Sociais e a sua composição está tipificada nos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, conforme art.º 21º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto.

➤ Órgão Social - Conselho de Administração

Quadro 1.1: Composição do Conselho de Administração

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Presidente do Conselho de Administração	José Carlos Capucho Queimado	Despacho nº 4610/2023, de 17 abril do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	06-04-2023 a 31-12-2025
Vogal Executiva - Diretora Clínica para os Cuidados Saúde Hospitalares	Vera Cláudia Raposo Guerreiro Balsinha	Despacho nº 4610/2023, de 17 abril do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	06-04-2023 a 31-12-2025
Vogal Executivo - Diretor Clínico para os Cuidados de Saúde Primários	Luís Carlos Paixão Coentro	Despacho nº 7307/2023, de 11 julho do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	03-07-2023 a 31-12-2025
Vogal Executiva	Vanessa Pinto de Almeida Faria Almodôvar	Despacho nº 4610/2023, de 17 abril do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	06-04-2023 a 31-12-2025
Vogal Executivo com funções de Enfermeiro Diretor	António Joaquim Inácio Páscoa	Despacho nº 4610/2023, de 17 abril do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	06-04-2023 a 31-12-2025

Conforme Despacho nº 4610/2023, de 17 de abril e Despacho nº 7307/2023, de 11 de julho, do Gabinete do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro, foram publicadas as notas curriculares e nomeação dos membros do Conselho de Administração da ULSBA.

3.2 Órgão de Fiscalização – Fiscal Único

O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULSBA. As competências do Fiscal Único estão tipificadas no art.º 18º do Anexo III, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro. Conforme Despacho do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças, para o triénio de 2024-2026, continua a exercer funções o Fiscal Único:

➤ Órgão Social – Fiscal Único

Quadro 1.2: Órgão Social- Fiscal Único

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Fiscal Único Efectivo	MOORE STEPHENS & ASSOCIADOS, SROC, SA	Despacho nº 1517/2016 de 29 de dezembro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças	Em exercício
Fiscal Único Suplente	Luís Manuel da Silva Rosa, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, sob o nº 628 e na CMVM, sob o nº 20160274	Despacho nº 1517/2016 de 29 de dezembro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças	

O mandato do Fiscal Único terminou em dezembro de 2018, contudo, mantém-se em funções nos termos do nº 7, do art.º 17º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, no qual é mencionado “cessando o mandato, o Fiscal Único mantém-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.”

3.3 O Órgão Social – Conselho Consultivo

O Conselho Consultivo foi nomeado por Despacho nº 3813/2013, de 1 de março, do Senhor Ministro da Saúde. Nos termos nº 4 do art.º 21º do Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, republicado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, a duração do mandato deste Órgão Social é de três anos e foi renovado pelo período de três anos. Atualmente, a ULSBA não tem Conselho Consultivo.

3.4 Serviço de Auditoria Interna

Ao abrigo do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, os hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, devem contemplar nos seus estatutos um Auditor Interno. Com a introdução do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro, estes passaram a contemplar um Serviço de Auditoria Interna, cuja direção pertence a um Auditor Interno. Posteriormente, o Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, reformula a orgânica geral e funcional do serviço de Auditoria Interna, a sua composição, as relações com as entidades externas, controlo e fiscalização da atividade hospitalar, a autoridade e a forma de acesso à informação. A Auditoria Interna surge, desta forma, como um instrumento de acréscimo de valor ao longo de toda a cadeia de valor de uma instituição⁽¹¹⁾, contribuindo para um processo de melhoria contínua e tomada de decisão. Numa organização de gestão complexa, como o caso de uma Unidade Local de Saúde, a Auditoria Interna surge como instrumento privilegiado de previsão de risco apoio à Governação e melhoria dos sistemas de controlo interno. O Serviço de Auditoria Interna não faz parte dos Órgãos Sociais da ULSBA.

3.5 Estrutura organizacional da ULSBA

De acordo com o Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, a ULSBA é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial e dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial. As atribuições constam do regulamento interno sendo fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados, desenvolvidas através de contratos-programa em articulação com as demais atribuições das outras instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Ao nível da sua estrutura organizacional a ULSBA, apresenta um organograma adequado à natureza da prestação de cuidados de saúde, em três áreas distintas:

¹¹ A Função Auditoria Interna, desenvolve-se em três áreas essenciais: Governação, Controlo Interno e Riscos.

- Área Assistencial;
- Área de suporte à prestação de cuidados;
- Área de apoio técnico geral e logístico.

No organograma descrito, está representada a estrutura organizacional da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. O organograma não está homologado pela tutela.



3.6 O Regime financeiro da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A ULSBA é uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro. Rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, e nos seus estatutos, bem como no respetivo regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariarem as normas deste decreto-lei.

TUTELA

Assim, de acordo com o regime financeiro descrito nos estatutos da ULSBA compete ao Ministério das Finanças e da Saúde:

- Aprovar os planos de atividades, os orçamentos e a prestação de contas da ULSBA;
- Autorizar a aquisição e venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do respetivo fiscal único;
- Autorizar a realização de investimentos quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam de valor superior a 2 % do capital estatutário da ULSBA mediante parecer favorável do Fiscal Único;
- Determinar os aumentos e reduções do capital estatutário;
- Autorizar a contratação de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10 % do capital estatutário;
- Autorizar cedências de exploração de serviços bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das suas atribuições;
- Autorizar a participação da ULSBA, em sociedades anónimas cujo capital social seja maioritariamente detido e que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde;
- Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos pertinentes objetivos estratégicos a participação da ULSBA no capital social de outras sociedades, nos termos do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro;
- Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.
- Determinar a restrição da autonomia gestonária em caso de desequilíbrio financeiro (Aditado pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro)

CONTROLO FINANCEIRO

Sem prejuízo do disposto nos artigos 12.º e 13.º do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, deve a ULSBA submeter aos Ministros das Finanças e da Saúde:

- O plano de atividades e o orçamento em conformidade com o contrato-programa celebrado;
- Os documentos de prestação de contas até ao final do mês de março de cada ano;
- Os indicadores de atividade, económico–financeiros (onde se incluem os relatórios trimestrais de execução financeira) de recursos humanos e outros definidos pelos Ministros das Finanças e da Saúde, com a periodicidade que será estabelecida.

FINANCIAMENTO

A ULSBA é financiada:

- Nos termos da base XXXIII da Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro;
- Por capitação ajustada pelo risco calculado com base nas características da população da área de referência. São definidos contratos-programa plurianuais a celebrar entre a ACSS, I.P./ARSA I.P./ULSBA EPE, nos quais é definido:
 - Atividade contratada;
 - Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
 - Calendarização das metas referidas na alínea anterior;
 - Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente, de investimento;
 - Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

3.7 Evolução dos indicadores financeiros

A evolução dos indicadores financeiros da ULSBA desde a sua criação demonstram um acumular de resultados negativos. Os quadros seguintes apresentam a evolução das demonstrações financeiras (parte delas) desde 2016.

3.7.1 Evolução do balanço

Quadro 1.3: Evolução do balanço da ULSBA desde 2016

Período: Janeiro a Dezembro	Realizado						
	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Ativo não corrente	27 047 553,89	24 835 129,49	24 301 108,94	23 169 045,54	23 129 799,59	23 234 185,64	23 437 404,86
Ativo corrente	36 607 236,28	36 437 288,42	35 420 151,72	33 586 077,91	30 550 026,46	22 276 503,26	10 813 129,94
Total do Ativo	63 654 790,17	61 272 417,91	59 721 260,66	56 755 123,45	53 679 826,05	45 510 688,90	34 250 534,80
Total do Capital Próprio	-25 323 039,24	-24 706 321,70	-20 145 784,76	-17 316 395,53	-5 060 430,28	-15 550 747,67	-16 308 045,30
Passivo não corrente	1 910 904,62	1 642 862,43	1 167 712,49	613 161,45	310 719,45	207 421,83	375 718,80
Passivo corrente	87 066 924,79	84 335 877,18	78 699 332,93	73 458 357,53	58 429 536,84	60 854 014,74	50 182 861,30
Total do Passivo	88 977 829,41	85 978 739,61	79 867 045,42	74 071 518,98	58 740 256,29	61 061 436,57	50 558 580,10
Total do Capital Próprio e Passivo	63 654 790,17	61 272 417,91	59 721 260,66	56 755 123,45	53 679 826,05	45 510 688,90	34 250 534,80

Fonte: R&C da ULSBA de 2016 a 2022

3.8. Evolução dos indicadores de recursos humanos

A criação da ULSBA através do Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, estabeleceu o regime jurídico para os recursos humanos no capítulo IV.

3.8.1 Enquadramento legal do Serviço Geral dos Recursos Humanos

A ULSBA adota as normas relativas a recursos humanos, conforme anexo III do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto Lei nº 52/2022, de 4 de agosto:

- Os trabalhadores da ULSBA estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho de acordo com o Código do Trabalho, demais legislações laborais como CTFP, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos;
- A ULSBA deve prever anualmente uma dotação global de pessoal através do respetivo orçamento, considerando os planos de atividade;
- Os processos de recrutamento devem assentar na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurar os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé e da não discriminação, bem como da publicidade, podendo este ser excecionado nos casos de manifesta urgência devidamente fundamentada;
- Os funcionários da ULSBA que já mantinham o estatuto de “funcionário” ou “agente”, é-lhes garantida a manutenção integral do respetivo estatuto jurídico;

- Mantêm-se com carácter residual os quadros de pessoal referidos no ponto anterior, exclusivamente para efeitos de progressão na carreira;
- O pessoal com estatuto de “funcionário” ou “agente” pode optar a todo o tempo pelo regime do contrato de trabalho.

3.8.2 Evolução dos indicadores de recursos humanos da ULSBA

Numa instituição de enorme complexidade de gestão, como é o caso da ULSBA, a gestão dos recursos humanos assume papel importante no contexto organizacional. Assim, a função recursos humanos tem em conta a dimensão da ULSBA os grupos de profissionais existentes e as suas carreiras profissionais. A política de recursos humanos da ULSBA, sustenta-se numa base estratégica de recrutamento dos melhores profissionais dotando-os de uma formação profissional contínua e primando por uma cultura organizacional de partilha de conhecimentos, valores éticos e entreada entre todos os profissionais pertencentes à ULSBA.

Quadro 1.4: Evolução dos recursos humanos por vínculo jurídico

Período: Janeiro a Dezembro	Períodos							
	2 022	2 021	2 020	2019	2018	2017	2016	2015
Contrato Trabalho em Funções Públicas (CTFP)	626	669	708	742	770	785	793	813
Contrato Individual de Trabalho sem Termo (CIT S/Termo)	982	951	893	857	804	775	711	681
Contrato Individual de Trabalho com Termo (CIT C/Termo)	108	118	69	48	35	26	68	51
Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo Incerto	66	60	78	59	63	57	63	76
Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo Certo	0	0	0	0	0	0	0	3
Avença	1	1	1	1	1	1	1	1
Cedência Ocasional de Interesse Público	8	9	11	10	7	8	7	9
Total	1791	1808	1821	1717	1680	1652	1643	1634

Fonte: SGRH

Quadro 1.5: Peso por grupo profissional no total dos trabalhadores

Período: Janeiro a Dezembro	Períodos							
	2 022	2 021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Pessoal Dirigente (Conselho de Administração)	4	6	6	5	4	5	5	5
Pessoal Dirigente (Administradores Hosp./Chefes Divisão)	14	13	14	12	12	12	10	9
Médicos	136	147	152	146	151	155	165	160
Internato Médico	66	60	61	59	63	57	63	76
Enfermagem	630	628	630	600	584	559	540	528
Técnicos Superiores de Saúde	29	30	30	29	29	31	33	32
Técnicos Superiores	52	49	46	51	47	46	44	45
Informática	12	15	15	16	17	17	17	17
Técnico superior Diagnóstico e Terapêutica	141	144	140	130	129	126	122	123
Docente	1	1	1	1	1	1	1	1
Assistente Técnico	257	260	266	248	247	246	245	246
Assistente Operacional	448	454	459	419	395	396	397	391
Religioso	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	1791	1808	1821	1717	1680	1652	1643	1634

Fonte: SGRH

III. Metodologia utilizada na elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

A elaboração de um instrumento de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, tem como objetivo primordial reforçar a credibilidade e transparência no contexto da gestão desenvolvida na instituição. Neste contexto, vem realçar os princípios do código de Ética aplicado na ULSBA e todas as linhas orientadoras de boas práticas aplicadas na gestão e do Bom Governo.

Assim, são objetivos principais:

- Identificar os riscos de corrupção e infrações conexas em cada área ou unidade orgânica;
- Propor medidas preventivas da ocorrência de riscos se tal se vier a justificar;
- Identificação dos Responsáveis envolvidos na gestão do Plano.

1. Metodologia utilizada na avaliação do risco

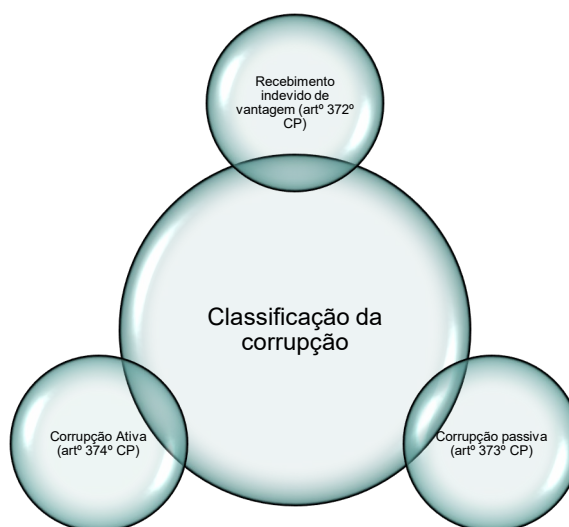
A elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas envolve a colaboração dos diversos serviços intervenientes no processo de gestão da ULSBA denotando enorme empenho de todos na prossecução de uma entidade mais transparente integradora e cumpridora da legislação vigente. A todos os intervenientes realçamos a colaboração prestada no interesse da instituição e cumprimento legislativo.

1.1 Conceitos utilizados na elaboração do Plano

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas junto com o Código de Ética devem refletir a dimensão social e ética, plasmados no serviço público e responsabilidade profissional, devendo ser do conhecimento de todos os profissionais da ULSBA, para existir uma abordagem sistémica ao nível dos conceitos de “**Risco**”, “**Corrupção**” e “**Infrações Conexas**”. À luz desta ideia convém esclarecer o significado destes conceitos:

- **Risco** – O facto gerador de risco, eventual, ou circunstancial, de ocorrência provável e futura, suscetível de gerar corrupção ou infração conexa e medido numa escala de probabilidade de ocorrência e gravidade das suas consequências, positivas ou negativas, atendendo ao efeito produzido nos objetivos organizacionais.
- “**Corrupção**” – configura o ato, evento ou circunstância, onde o agente que desempenha uma função de cariz público obtém para o mesmo ou terceiros uma vantagem patrimonial, ou não, no exercício das suas funções e classificada da seguinte forma:

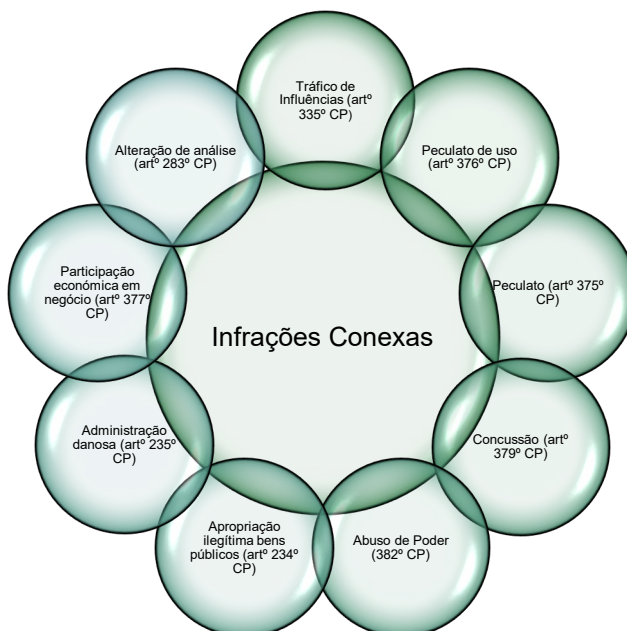
Ilustração 1.4: Classificação da corrupção



Fonte: SAI

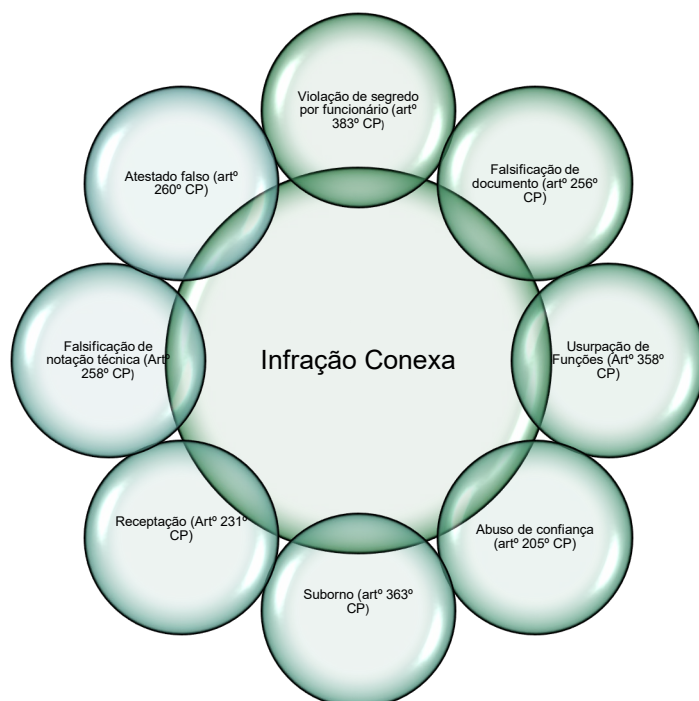
- **Infração conexa** – tipifica um comportamento não desejável entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas para obtenção de vantagem ou compensação para o agente público e que pode ser classificada da seguinte forma:

Ilustração 1.5: Tipos de Infrações Conexas



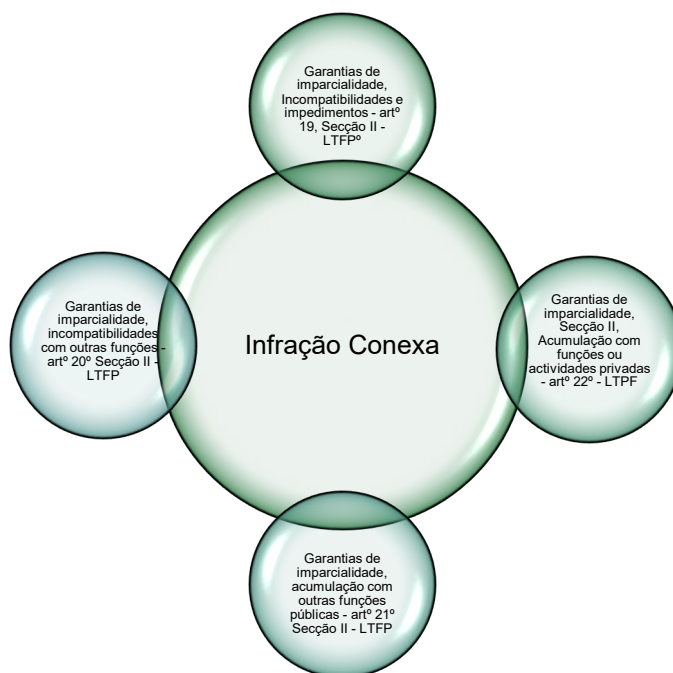
Fonte: SAI

Ilustração1.6: Tipos de Infrações Conexas



Fonte: SAI

Ilustração 1.7: Tipos de Infrações Conexas



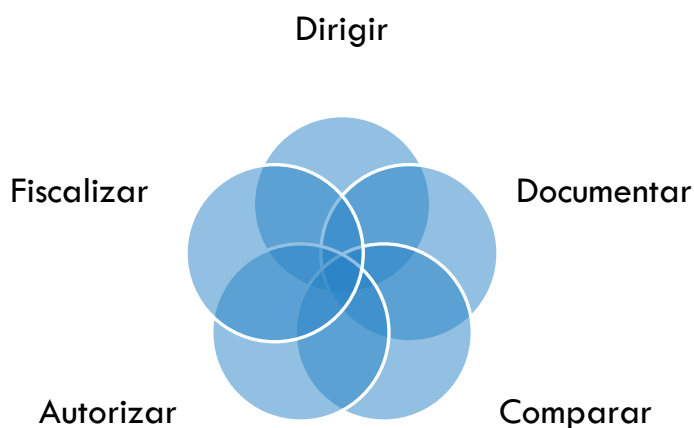
Fonte: SAI

1.2 Controlo interno e gestão do risco

O controlo interno pode ser definido como “conjunto de mecanismos ou práticas utilizadas para evitar ou detetar atividade não autorizada” numa perspetiva de a entidade atingir os objetivos estratégicos delineados. O sistema de controlo interno é implementado pelo Órgão de Gestão e a sua avaliação é da competência do Auditor Interno. A norma para a prática profissional de Auditoria Interna nº 2120 do IIA⁽¹²⁾ estabelece que “a Auditoria Interna apoia a organização no estabelecimento de controlos efetivos, através da avaliação da sua eficiência e eficácia, visando um aperfeiçoamento contínuo”, em suma, tal é conseguido quando o Conselho de Administração atinge as metas estabelecidas de acordo com o planeamento estratégico previamente delineado.

Nesta perspetiva e segundo o autor Pinheiro⁽¹³⁾, J.L. “O Sistema de Controlo Interno (SCI) engloba cinco etapas”.

Ilustração 1.8: Etapas do Sistema de Controlo Interno



Fonte: Pinheiro. L – Auditoria Interna

Na análise do conceito de Sistema de Controlo Interno, segundo o **autor citado**, “a Comissão *Treadway*⁽¹⁴⁾, aborda cinco componentes essenciais e interrelacionadas entre si:

- O **ambiente/clima de controlo** que aborda a instituição influenciando a consciência de controlo de pessoas. Engloba o princípio da integridade tipificado nas Normas para a Prática Profissional de Auditoria Interna, os valores éticos e a competência profissional, filosofia de gestão, a forma como a gestão define a autoridade e responsabilidade e apropriada atenção e orientação fornecida pela Administração;

¹² O *Institute of Internal Auditors* é uma organização que defende, promove conferências educacionais e desenvolve padrões, orientações e certificações para a profissão de auditor interno

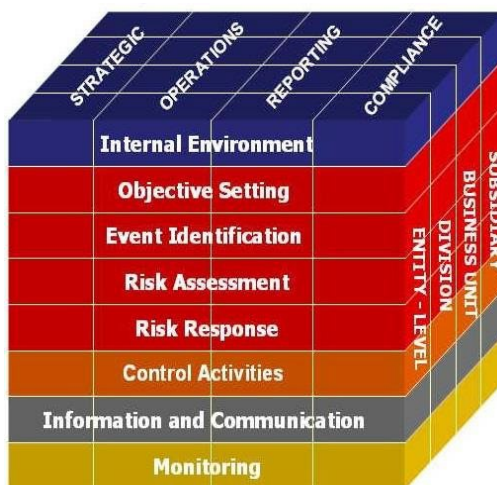
¹³ Autor do livro “Auditoria Interna”, 3ª Edição, Editora Rei dos Livros.

¹⁴ *The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO)*.

- A **Definição de Riscos** que estabelece a fixação de objetivos nos diversos níveis – Estratégico, tático e operacional – em duas vertentes essenciais: identificação e análise dos riscos mais relevantes de modo a serem geridos e poderem ser atingidos os objetivos organizacionais;
- A **Atividade de Controlo** que engloba as políticas e procedimentos que permitem minimizar os riscos inerentes ao exercício da atividade;
- A **Informação e Comunicação** que inclui a identificação da informação estratégica e comunicada de forma adequada para os colaboradores da instituição alcançarem os objetivos organizacionais. Nesta perspetiva, os sistemas de informação devem produzir relatórios/informações que tornem exequíveis o controlo das atividades da instituição. O sistema de informação deverá ser extensível a todas as entidades relacionadas com a instituição;
- **Acompanhamento** que permite a verificação da eficácia – “performance” – dos sistemas de controlo interno.”

Assim, o **COSO** estabelece que a responsabilidade e manutenção do controlo interno sobre a informação dos relatos financeiros pertence à gestão do topo conforme demonstrado na figura seguinte.

Ilustração 1.9: Cubo do Coso



Fonte: Coso

Desta forma, o Serviço de Auditoria Interna elaborou o presente Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, tendo em conta o guião do Conselho de Prevenção para a Corrupção e estabelecido no Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, que aprova o Regime Jurídico Anticorrupção e cria o MENAC, estabelecendo que os riscos devem ser classificados segundo uma escala em função de duas variáveis:

- Probabilidade de ocorrência das situações que comportam o risco (Probabilidade de Ocorrência);
- Gravidade das consequências das infrações que suscitam (Impacto do Risco)

Na avaliação do risco é tido em conta a probabilidade da ocorrência e o impacto do mesmo no serviço em análise numa abordagem mais ampla na própria instituição. O SAI na avaliação do risco em causa utilizou a seguinte **matriz quantitativa**.

Matriz. 1.1: Matriz do risco

	Y		X				
			PROBABILIDADE				
			1	2	3	4	5
IMPACTO	ENORME	5	5 Risco Moderado	10 Risco Alto	15 Risco Crítico	20 Risco Crítico	25 Risco Crítico
	GRANDE	4	4 Risco Moderado	8 Risco Alto	12 Risco Alto	16 Risco Crítico	20 Risco Crítico
	MODERADO	3	3 Risco Pequeno	6 Risco Moderado	9 Risco Alto	12 Risco Alto	15 Risco Crítico
	DIMINUTO	2	2 Risco Pequeno	4 Risco Moderado	6 Risco Moderado	8 Risco Alto	10 Risco Alto
	S/SIGNIFICADO	1	1 Risco Pequeno	2 Risco Pequeno	3 Risco Pequeno	4 Risco Moderado	5 Risco Moderado
			MUITO BAIXA BAIXA POSSÍVEL ALTA MUITO ALTA				

Fonte: IPAI

Eixo Y - Impacto	Peso 5	Enorme	O impacto compromete as ações de gestão e o plano estratégico da instituição pode ficar comprometido
	Peso 4	Grande	O impacto pode comprometer as ações de gestão, bem como os objetivos estratégicos da instituição
	Peso 3	Moderado	O peso já é considerável nas ações de gestão
	Peso 2	Diminuto	O peso é pouco relevante das ações de gestão
	Peso 1	S/significado	O peso é mínimo no alcance das ações de gestão
Eixo X - Probabilidade	Peso 5	Muito Alta	É esperado que o evento ocorra muitas vezes
	Peso 4	Alta	O evento pode ocorrer na maioria das vezes
	Peso 3	Possível	O evento tem probabilidade de ocorrer em qualquer momento
	Peso 2	Baixa	O evento pode ocorrer
	Peso 1	Muito Baixa	O evento raramente acontece

O SAI procedeu à quantificação da matriz de Risco, adaptando-a à realidade da ULSBA, conforme os quadros seguintes.

Matriz 1.2: Matriz de risco adaptada pelo SAI – Eixo dos XX

Escala	Eixo dos X - Probabilidade	
	Probabilidade esperada	Descritivo conforme "Matriz do Risco"
5 - Muito Alta	>=90%	É esperado que o evento ocorra muitas vezes
4 - Alta	>=60% e <90%	O evento pode ocorrer na maioria das vezes
3 - Possível	>=35% e <60%	O evento tem probabilidade de ocorrer em qualquer momento
2 - Baixa	>=15% e <35%	O evento pode ocorrer
1 - Muito Baixa	< 15%	O evento raramente acontece

Matriz 1.3: Matriz do risco adaptada pelo SAI – Eixo dos YY

Escala	Eixo dos Y - Impacto	
	Impacto esperado	Descritivo conforme "Matriz do Risco"
5 - Enorme	90/100	O impacto compromete as ações de gestão e o plano estratégico
4 - Grande	70/100	O impacto pode comprometer ações de gestão e objetivos estratégicos
3 - Moderado	50/100	O peso já é considerável nas ações de gestão
2 - Diminuto	30/100	O peso é pouco relevante das ações de gestão
1 - S/Significado	15/100	O peso é mínimo no alcance das ações de gestão

Fonte: SAI

A interpretação da matriz por cada área/serviço da ULSBA é feita conforme a prioridade dos riscos identificados por cada Direção/Coordenação de determinada área funcional. Todavia, de uma forma geral, podemos interpretar a matriz de acordo com as cores da mesma:

Verde – Se do cruzamento entre o eixo dos X (Probabilidade) e Y (Impacto) resultar a cor verde para o evento em causa, existe “risco pequeno”. Neste caso, poderá não ser necessária qualquer atuação por parte do serviço no evento analisado. Salvo, se o “risco pequeno” tiver a classificação de “3”, poderá requerer atuação sobre o evento pela direção do serviço.

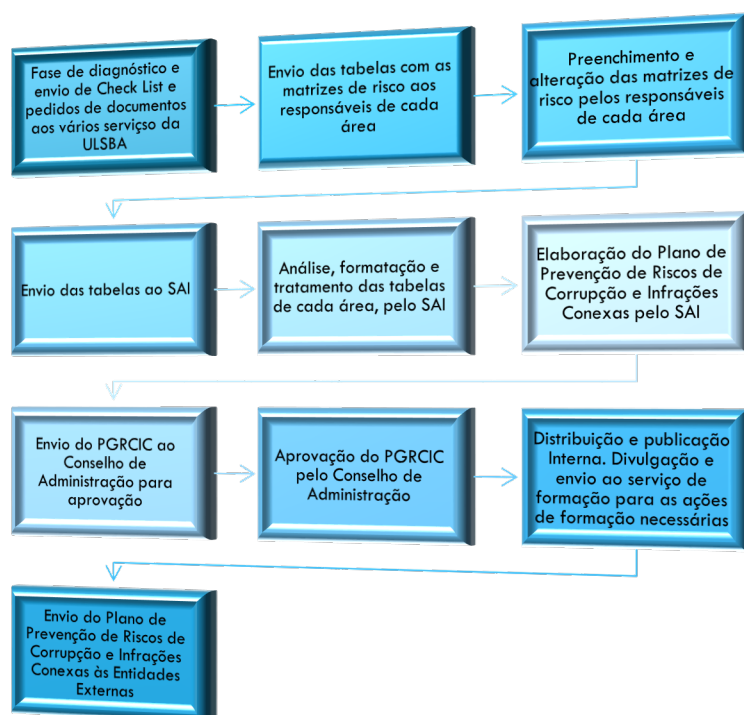
Amarelo – Se do cruzamento entre o eixo dos “X” (Probabilidade) e “Y” (Impacto) resultar a cor amarela para o evento em causa existe “Risco moderado”. No caso o evento requer “monitorização”.

Laranja – Se do cruzamento entre o eixo dos “X” (Probabilidade) e “Y” (Impacto) resultar cor laranja para o evento em causa existe “Risco Alto”, requerendo a tomada de medidas para alterar os riscos identificados;

Vermelha – Se do cruzamento entre o eixo dos “X” (Probabilidade) e “Y” (Impacto) resultar cor vermelha para o evento em causa existe “Risco Crítico”, devendo ser tomadas ações no imediato para alterar os riscos identificados.

A identificação dos riscos é da competência dos serviços e Conselho de Administração da ULSBA cabendo ao SAI a adoção de uma metodologia específica para consolidação e identificação do risco de Corrupção e Infrações Conexas existente na ULSBA. Desta forma, o SAI adotou a metodologia descrita.

Ilustração 1.10: Metodologia utilizada pelo SAI na Elaboração do PPRCIC



Fonte: SAI

O SAI recolheu um conjunto de documentos, nomeadamente, regulamentos dos serviços, manuais, legislação, entre outros pedidos que solicitou aos diversos serviços da ULSBA. Em simultâneo, foi efetuada uma **Check List/Questionário** aos serviços em causa para avaliar o sistema de controlo interno. Tendo em conta essa informação foram elaboradas as matrizes de risco e solicitado aos serviços/áreas identificados os principais riscos bem como as medidas de prevenção a serem implementadas para os mitigar. O SAI após receber as matrizes e as analisar inseriu-as no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

IV. Matrizes de risco e medidas de prevenção

A presente parte do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas contém as matrizes de risco de corrupção e infrações conexas da ULSBA é transversal a toda a instituição e disposição das mesmas segue a ordem que existe no Regulamento Interno da instituição.

1. Elaboração das matrizes de risco para as áreas de intervenção

1.1 Conselho de Administração e áreas comuns

A composição, mandato, competências, funcionamento, vinculação e dissolução dos membros do Conselho de Administração são regulados pelos estatutos da ULSBA, conforme DL nº 183/2008, de 4 de setembro e DL nº 52/2022, de 4 de agosto. A constituição do Conselho de Administração está referida no quadro nº 1.1 e as competências do mesmo está tipificada nos diplomas já mencionados. O Conselho de Administração reúne, ordinariamente, uma vez por semana, e extraordinariamente, sempre que solicitado pelo Presidente, ou dois dos seus membros ou ainda pelo órgão de fiscalização.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o Conselho de Administração e áreas comuns.

Matriz 1.4: Matriz de riscos para o Conselho de Administração e áreas comuns

Unidade orgânica - Conselho de Administração e áreas comuns - (CA)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Conflito de interesses	1.1 Favorecimento preferencial em procedimento administrativo, cujo director (a) /coordenador (a) de um Serviço, chefia ou funcionário em particular, incluindo familiares ou amigos, tenham interesse na adjudicação de um contrato de tomada de decisão ou quaisquer outros interesses em concreto	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Assinatura das declarações de independência (Decreto-Lei nº 133/2008, de 3 de outubro)	CA
					1.1.2 Assinatura das declarações de não detenção de participações e interesses patrimoniais na entidade onde membros do Conselho de Administração/Direção Serviço exercem gestão de forma direta ou indireta	CA
					1.1.3 Cumprimento do regime geral do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro	CA
					1.1.4 Aplicação da segregação de funções, quer ao nível do Conselho de Administração na distribuição de funções, quer ao nível dos serviços	CA, Direção de serviços
Avaliação de desempenho	1.2 Existência de avaliações sem a observância do princípio administrativo da legalidade favorecendo ou prejudicando trabalhadores	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Ao nível do SIADAP existência de um Conselho Coordenador da Avaliação isento e independente	CA, Conselho Coordenado da Avaliação
	1.3 Não existência de avaliações, um plano para esta área e não aplicação dos Acordos Coletivos de Trabalho	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.3.1 Aplicação de todos os Acordos Coletivos de Trabalho existentes	CA, SGRH
Assédio moral ou discriminação	1.4 Não cumprimento da legislação laboral respeitante a assédio moral ou discriminação contra trabalhadores, por razões ideológicas, pessoais, sexuais, religiosas ou outras	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.4.1 Aprovação de Código de conduta nos termos da Lei nº 73/2017, de 16 de agosto	CA
					1.4.2 Aprovação e cumprimento de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades	CA, SAI
Delegação de competências	1.5 Delegação de competências não conformes com os requisitos legais	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.5.1 Cumprimento dos requisitos legais, em especial, lei habilitante, competências delegadas por escrito e publicação das mesmas no DR e Intranet	CA
					1.5.2 Registo informático de todas as delegações de competências existentes na ULSBA.	CA
Gestor do contrato	1.6 Aplicação da recomendação Técnica do IMPC nº 05CCP2019, relativa ao Gestor do Contrato	Possível 3	Grande 4	Risco Alto 12	1.6.1 Desenvolvimento aplicação informática interna ou aquisição no mercado para acompanhamento da execução dos contratos pelo gestor de contratos	CA, SSTI
					1.6.2 Publicitação na Intranet da ULSBA, por concurso, de todos os gestores de contratos	CA
RGPD	1.7 Não aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados conforme legislação em vigor	Alta 4	Enorme 5	Risco Crítico 20	1.7.1 Inventariação de dados na instituição, medidas de privacidade, aplicação de um PIA, regulamento de dados com normas de conduta, e outras medidas vigentes na legislação	CA, SSTI
					1.7.2 Colocação de sinalética relativa a captação de imagens	CA
Gestão organizacional	1.8 Adulteração de dados para cumprimento dos objetivos do Contrato Programa	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Monitorização do contrato programa	CA
					1.8.2 Elaboração do Plano de Desenvolvimento Organizacional e cumprimento do mesmo	

1.2 Serviço de Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna da ULSBA é constituído por um Auditor Interno. Nos termos do artº 17º dos Estatutos da ULSBA tipificados no Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de setembro, o Auditor Interno, deve possuir devida qualificação e ser nomeado pelo Conselho de Administração de acordo com os resultados de concurso público a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios clínico, contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete em especial:

- Fornecer ao Conselho de Administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSBA, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores e colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- Elaborar o Plano Anual de Auditoria Interna (PAAI);
- Elaborar, anualmente, um relatório sobre a atividade desenvolvida em que se refiram os controlos efetuados as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
- Elaborar o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e os respetivos relatórios anuais de execução. (RI, 2022)

Foi definida a seguinte matriz do risco para a área da Auditoria Interna:

Matriz 1.5: Matriz de riscos para a área de auditoria interna

Unidade Orgânica - Serviço de Auditoria Interna						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto no serviço	Avaliação do risco	Medidas Preventivas - Resposta ao risco	Responsabilidade
Recursos Humanos	1.1 Dificuldade no cumprimento de prazos apenas existe o Auditor Interno	Muito Alta 5	Grande 4	Risco Crítico 20	1.1.1 Cumprir com as obrigações legais do Anexo III, artº 19º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, nomeadamente, elaborar o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, o Relatório de Execução Financeira Trimestral, o Plano Anual de Auditoria, o Relatório de Execução do PPRCIC, a Comunicação trimestral de irregularidades, efetuar pelo menos três a quatro auditorias internas por ano, dar cumprimento ao solicitado pela IGAS, em especial, comunicação trimestral das irregularidades e correções efetuadas.	SAI
Reporte informação	1.2 Não envio ao SAI por parte dos serviços de informação importante e atempada, para cumprimento de prazos legais	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.2.1 Reforço dos pedidos via e-mail ou contacto telefónico e nos casos adversos solicitar ao Conselho de Administração essa mesma informação.	SAI
Incompatibilidades	1.3 Não cumprimento do regime de incompatibilidades, acumulação de funções privadas ou existência de conflito de interesses	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Inserir no contrato de comissão de serviço uma cláusula alusiva ao artº 414-A do Código das Sociedades comerciais 1.3.2 Solicitar ao Conselho de Administração o pedido de regime de acumulação de funções ou comunicação de funções privadas, caso se justifique 1.3.3 Caso se estabeleça conflito de interesses nas funções exercidas o Auditor Interno informar o CA 1.3.4 Assinar as declarações de ausência de conflito de interesses solicitadas pelo órgão de gestão.	SAI, CA, SGRH
Procedimentos de auditoria	1.4 Falta de cultura organizacional para cumprimento de procedimentos de auditoria interna, implementação de medidas de controlo interno e preventivas de riscos	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.4.1 Sensibilizar a instituição para uma cultura organizacional de melhoria contínua, baseada nos procedimentos de auditoria 1.4.2 Reiterar junto dos serviços o cumprimento de medidas preventivas de risco e controlo interno 1.4.3 Solicitar a actualização dos manuais, regulamentos e outros documentos de procedimentos internos nos serviços, durante o mandato do Auditor Interno.	SAI

1.3 Comissão de Abates

O abate dos bens ocorre de acordo com a legislação das regras contabilísticas e fiscais tendo em conta o tipificado no decreto-lei nº 192/2015, de 11 de setembro.

São competências da comissão de abates:

- Rececionar a informação do Serviço de Aprovisionamento e Logística no qual estão compilados os pedidos de abate dos serviços;
 - Validar a informação presente nas propostas de abate e conferir a sua conformidade com o bem físico;
 - Solicitar pareceres técnicos para a tomada de decisão;
 - Emitir parecer técnico para a realização do abate;
 - Elaborar propostas de auto abate;
 - Remeter os autos de abate ao órgão de gestão para deliberação;
 - Elaborar as atas de reunião com a relação dos bens abatidos e proceder à sua publicação na *internet*; (**Regulamento da comissão de Abates**)
- Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área dos abates de bens Fixos Tangíveis e Intangíveis:

Matriz 1.6: matriz de risco para a área de abates de AFT e AI

Unidade orgânica - Comissão de abates - (CdA)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Atividade desenvolvida	1.1 Não cumprimento do Regulamento de abates, ou seja, inexistência de reuniões para decisão sobre abates pelo menos uma vez por ano	Possível 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Elaboração de ATAS sobre os abates realizados	CdA, SAL
					1.1.2 Reuniões periódicas para decisão sobre abates	CdA
Controlo sobre os abates	1.2 Inexistência de deliberações da comissão de abates sobre o destino a dar aos abates	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Deliberações aprovadas sobre abates e envio das ATAS ao Conselho de Administração	CdA
	1.3 Não cumprimento do regulamento da comissão de abates sobre bens eletrónicos e que exigem cumprimento de legislação especial	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.3.1 Cumprimento da legislação sobre abates de bens aos quais se aplica legislação especial e elaboração de ATAS	CdA
Desvio de bens abatidos	1.4 Furto de bens abatidos	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.4.1 Arquivo das listagens de bens abatidos e controlo periódico dos mesmos através da elaboração de ATAS	CdA

1.4. Regulamento Geral de Proteção de Dados

A temática do registo e proteção de dados adquiriu nova ênfase após a introdução legislativa recente, nomeadamente, no quadro das leis europeias. Assim, a Comissão Nacional de Proteção de Dados tem um papel relevante nesta área promovendo orientações sobre esta temática.

A legislação na área do RGPD é vasta e teve uma evolução acentuada nos últimos tempos, desde logo, enquadrada no art.º 35º da Lei Constitucional. Depois, no Decreto-Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução na ordem jurídica nacional do Regulamento (EU) nº 2016/279 do Parlamento e do

Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

A Lei nº 43/2004, de 18 de agosto, regula a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) bem como o estatuto pessoal dos seus membros. A Lei nº 41/2004, de 18 de agosto, transpõe para a ordem jurídica nacional a Diretiva nº 2002/58/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de julho, relativa ao tratamento de dados pessoais e à proteção da privacidade no setor das comunicações eletrónicas. A Lei nº 59/2019, de 8 de agosto, aprova as regras relativas ao tratamento de dados pessoais para efeitos de prevenção, deteção, investigação ou repressão de infrações penais ou de execução de sanções penais transpondo a diretiva (UE) nº 2016/680 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do Regulamento Geral de Proteção de Dados:

Matriz 1.7: matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do RGPd

Unidade orgânica - Regulamento Geral de Proteção de Dados (EPD)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Inventário de dados	1.1 Falta de um inventário de dados em toda a instituição	Alta 4	Enorme 5	Risco Crítico 20	1.1.1 Definição de um Plano de inventariação de dados em conjunto com o responsável pelo tratamento (Conselho de Administração)	CA, EPD, Serviços ULSBA
Avaliação do impacto sobre proteção de dados (AIPD)	1.2 Falta de uma avaliação do impacto de proteção de dados na instituição (AIPD)	Alta 4	Enorme 5	Risco Crítico 20	1.2.1 Elaboração de uma avaliação de impacto sobre proteção de dados em conjunto com SSTI e CA	CA, EPD, SSTI, Serviços ULSBA
Código de conduta sobre proteção de dados	1.3 Falta de um código de conduta sobre proteção de dados	Muito Baixa 1	Diminuto 2	Risco Pequeno 2	1.3.1 Elaboração/revisão do código de conduta sobre proteção de dados	CA, EPD
Tratamento de dados pessoais	1.4 Ocorrência de violação de dados pessoais	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Reforça de procedimentos sobre receção e tratamento de dados pessoais violados 1.4.2 Elaboração de auditorias	EPD EPD
Canal de denúncias internas	1.5 Inexistência do canal de denúncias internas e tratamento do mesmo de acordo com legislação aplicável	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.5.1 Existência de um canal de denúncias internas com circuitos bem definidos do acesso à informação e respeitando o RGPd	CA, SJ, SAI, SSTI
Formação em RGPd	1.6 Falta de formação profissional sobre RGPd e ministrada a toda a instituição	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Incluir no Plano de Formação Profissional da instituição formações sobre RGPd sugeridas pelo EPD (todos os anos)	CA, SFI, EPD

1.5 Departamento de Cuidados de Saúde Primários

A área dos Cuidados de Saúde Primários é constituída pelo Departamento dos Cuidados de Saúde Primários do Baixo Alentejo (DCSP) que assume a prestação de cuidados primários à população na sua área geográfica de influência. Compete ao DCSP desenvolver as atividades de promoção e vigilância de saúde, de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e sua reabilitação, através do planeamento e da prestação de cuidados e sua ligação a outros serviços. As Unidades de Cuidados Personalizados e Unidades de Saúde Familiar desenvolvem atividades específicas de cuidados de saúde personalizados, dirigidos ao indivíduo e sua família, aos utentes inscritos e ainda atividades de saúde comunitária para os residentes do distrito de Beja (com exceção do concelho de Odemira). O DCSP é constituído pelos seguintes centros de saúde e respetivas unidades funcionais:

- Centro Saúde Aljustrel – uma UCSP
- Centro de Saúde de Almodôvar – uma UCSP e uma UCC
- Centro de Saúde de Alvão – uma UCSP
- Centro de Saúde de Barrancos – uma UCSP

- Centro de Saúde de Beja – uma UCSP, uma USF e uma UCC
- Centro de Saúde de Castro Verde – uma UCSP
- Centro de Saúde de Cuba – uma UCSP
- Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo – uma UCSP e uma UCC
- Centro de Saúde de Mértola – uma UCSP
- Centro de Saúde de Moura – uma UCSP
- Centro de Saúde de Ourique – uma UCSP e uma UCC
- Centro de Saúde de Serpa – uma UCSP e uma UCC
- Centro de Saúde da Vidigueira – uma UCSP
- Unidade de Saúde Pública – USP
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP
- Centro de Diagnóstico Pneumológico – CDP
- Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH – CAD (RI, 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área dos Cuidados de Saúde Primários:

Matriz 1.8: matriz de riscos para a área dos Cuidados de Saúde Primários

Unidade orgânica - Departamento Cuidados de Saúde Primários - (DCSP)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Organização e gestão dos recursos existentes	1.1 Afetação inadequada de recursos, nomeadamente, equipamentos e controlo dos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Existência/elaboração de manual DCSPICS com informação dos equipamentos essenciais, os que são de partilha comum e os que não são e a forma como são partilhados.	DCSP
					1.1.2 Elaboração de um regulamento sobre a partilha de equipamentos entre USF/USAG e outras entidades	
Optimização do circuito do medicamento e outros produtos clínicos	1.2 Utentes sem acesso a medicamentos pela morosidade no acesso aos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Procedimentos para atualização de perfis dos produtos farmacêuticos e produtos de consumo clínico	DCSP, SSTI e Diretores áreas clínicas
Custódia dos Bens	1.3 Risco de perda, furto ou desvio de equipamentos ou falta de controlo no seu abate	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.3.1 Solicitar ao SAL, ou aceder à aplicação de registo dos equipamentos para impressão de listagens dos Ativos Fixos Tangíveis e Intangíveis por amostragem e controlo dos mesmos	DCSP, SAL
					1.3.2 Cumprimento do Manual de Abate de Ativos Fixos Tangíveis e Intangíveis da ULSBA	DCSP, SAL
	1.4 Falta de controlo dos inventários existentes nos CS	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.1 Cumprimento dos procedimentos de inventariação, nomeadamente, das instruções de contagens de bens inventariáveis	DCSP
					1.4.2 Auditorias internas aos inventários	DCSP, SAI
Assiduidade e regime de acumulação de funções	1.5 Não cumprimento do manual do Sisqual, falta de picagem do ponto	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.5.1 Reforço sobre o cumprimento das medidas descritas no manual Sisqual	DCSP
					1.5.2 Auditorias internas ao sistema de controlo de assiduidade	DCSP, SAI
	1.6 Não cumprimento do regime de acumulação de funções ou comunicação de funções privadas por médicos e enfermeiros	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.6.1 Sensibilizar os funcionários para o cumprimento do regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	DCSP
					1.6.2 Auditorias internas ao regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	DCSP, SAI

1.6 Unidade de Saúde Pública

A Gestão, estrutura e funcionamento da Unidade de Saúde Pública (USP) da ULSBA rege-se pelo disposto no Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de abril, republicado pelo Decreto-Lei nº 135/2013, de 4 de outubro. Constitui-se como uma estrutura flexível de vigilância e monitorização da saúde da população abrangida pela ULSBA, essencial à promoção e proteção da saúde, vigilância epidemiológica, controlo e prevenção da doença.

A Unidade de Saúde Pública é constituída por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública, técnicos de saúde ambiental, integrando ainda outros profissionais. A autoridade de saúde do DSCP integra-se na cadeia hierárquica direta das autoridades de saúde, nos termos do disposto da Lei 48/90, de 24 de agosto.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da Saúde Pública.

Matriz 1.9: matriz de riscos para a área da Saúde Pública

Unidade orgânica - Área Saúde Pública - (ASP)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Acumulação de funções e conflito de interesses	1.1 Regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas não aplicado	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Aplicação de questionário anual aos funcionários sobre regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	ASP
					1.1.2 Verificação interna sobre a aplicação do regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas a todos os funcionários	ASP
Decisões Técnicas	1.2 Favorecimento de entidades nas decisões técnicas sobre saúde pública	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.2.1 Atualização da legislação em vigor para a área da saúde pública	ASP
					1.2.2 Promover a uniformização e transparência das decisões técnicas para evitar influência nas decisões	ASP
Legislação de saúde pública	1.3 Não aplicação obrigatória das normas de saúde pública, em especial, relacionadas com as normas do Regulamento Sanitário Internacional e outras relacionadas com a área de saúde pública	Baixo 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Formação na área do Regulamento Sanitário Internacional e outras	ASP
					1.3.2 Aplicação do Regulamento Sanitário Internacional nas suas várias vertentes	ASP
Regulamento Geral de Proteção de Dados	1.4 Não alinhamento das políticas relativas ao RGPD da instituição com as da Unidade de Saúde Pública	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Alertar o SSTI para anular utilizadores inexistentes	ASP, SSTI
					1.4.2 Limitar acessos que impliquem dados sensíveis	ASP
					1.4.3 Elaboração de aplicação informática para as Unidades de Saúde Pública, pela SPMS e por solicitação do SSTI com os alertas na área, devidamente padronizada com o Regulamento Geral de Proteção de Dados	ASP, SPMS, SSTI, CA

1.7 Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

O Departamento dos Meios Complementares de diagnóstico e terapêutica engloba, conforme organograma da ULSBA, o Serviço de imagiologia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação e Anatomia Patológica. Agrega todos os exames de meios de diagnóstico de terapêutica da ULSBA, incluindo os exames efetuados no exterior.

As funções de Coordenação, enunciadas no nº 7 do artº 11º do Decreto-Lei nº 110/2017, e nº 8 do artº 12º do Decreto-Lei nº 111/2017, ambos de 31 de agosto, são exercidas por um técnico nomeado nos termos do nº 2 e 3 do artº 11º e nº 2 e 3 do artº 12º dos referidos diplomas, nomeado pelo Conselho de Administração.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área dos MCDTS.

Matriz 1.10: matriz de riscos para a área dos MCDT's

Unidade orgânica - Área MCDT's (DMCDT's)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Requisição MCDT's ao exterior	1.1 Risco de favorecimento de determinados prestadores de MCDT externos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Distribuição dos exames pelos prestadores de Beja de forma equitativa 1.1.2 Requisição dos exames ao prestador que apresente o preço mais baixo.	CA, DMCDT's
Requisição de transporte de utentes	1.2 Desconformidade entre as requisições de transporte e a faturação emitida. Recurso a operadores não contratados. Não cumprimento da legislação em vigor.	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.2.1 Promoção de ações de sensibilização ou formação sobre cumprimento da legislação em vigor 1.2.2 Continuação do reforço dos procedimentos administrativos através do arquivo do documento de prescrição, fatura, requisição e o TR e verificação do correto preenchimento de todos os documentos 1.2.3 Elaboração de documentos estatísticos e sua publicação na intranet com dados que indiquem o volume de prescrição e os gastos com os mesmos	DMCDT's
Alteração das listas de espera	1.3 Alteração da ordem de prioridade de execução dos exames MCDT's	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.3.1 Controlo regular dos tempos médios de acesso tendo em conta os critérios clínicos 1.3.2 Auditorias internas à requisição/execução dos MCDT's	DMCDT's
Contratos de prestação de serviços, adjudicações e concursos	1.4 Risco de conluio entre adjudicatários e funcionários. Favorecimento de prestadores de MCDT's. Acesso a informação não autorizada. Não execução dos contratos de acordo com o tipificado nos cadernos de encargos. Não manutenção da qualidade exigida nos MCDT's. Abuso na execução de MCDT's	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Rotatividade dos elementos de Júris na execução de concursos públicos 1.4.2 Execução de auditorias internas para verificação dos parâmetros exigidos de controlo interno e boas práticas, bem como deteção de fraudes 1.4.3 Revisão/definição das políticas de privacidade no acesso à informação confidencial, convergindo essas mesmas políticas com o regulamento geral de proteção de dados 1.4.4 Verificação por amostragem dos cadernos de encargos e restantes documentos exigidos no processo de execução de um MCDT	DMCDT's

1.8. Departamento de ambulatório – área da consulta externa

A estrutura de cuidados hospitalares do Hospital José Joaquim Fernandes está organizada em departamentos, Serviços e Unidades Funcionais, dos quais a área da Consulta Externa faz parte. A área da consulta externa está inserida no Departamento de Ambulatório em conjunto com o Hospital de Dia. A área de consulta externa engloba as várias áreas de consulta em especialidades médicas solicitadas por utentes no Serviço Nacional de Saúde.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da consulta externa.

Matriz 1.11: matriz de riscos para a área da Consulta Externa

Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Marcação de consultas	1.1 Risco de alteração das marcações de consultas por influências externa à área administrativa 1.2 Favorecimento de familiares e amigos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 A marcação de consultas deve obedecer aos critérios pré-definidos e procedimentos instaurados para cada utente 1.1.2 Alteração de tarefas através da alteração frequente de funcionários ou polivalência de funções 1.2.1 Auditorias frequentes aos procedimentos instaurados e frequência de ações de formação respeitantes a riscos de corrupção e infrações conexas	DA - CE
Atribuição de benefícios a utentes	1.3 Atribuição de isenções indevidas aos utentes como isenção de taxas moderadoras e/ou transportes não urgentes	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 8	1.3.1 Auditorias regulares aos procedimentos administrativos	DA - CE
Receita não cobrada	1.4 Risco de não faturação, em especial a utentes (migrantes) ou companhias de seguros por fornecimento incorreto de dados ou não fornecimento dos mesmos	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.4.1 Verificação periódica dos registos no SONHO e analisá-los com os dados existentes no serviço de admissão do utente	DA - DE
Conflito de interesses	1.5 Existência de conflito de interesses pelo funcionário clínico (sobretudo médicos) nos atos médicos desenvolvidos, em especial, na prestação de serviços médicos em acumulação com horário normal de trabalho em regime de contrato individual de trabalho	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.1 Verificação periódica do regime de acumulação de funções e funções privadas 1.5.2 Verificar os médicos em regime de prestação de serviços e analisar todas as consultas adicionais efetuadas pelos mesmos	DA - CE
Organização das marcações de consulta	1.6 Inexistência de uma organização efetiva na marcação de consultas externas e tempos de espera pelo utente	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Implementação de um sistema eletrónico com adaptação espaço físico e senhas de presença 1.6.2 Reorganização do espaço físico com alteração do posto de marcação das consultas externas	CA, DA-CE
Indicadores de avaliação de desempenho	1.7 Alteração dos dados da produção do programa SONHO para influenciar os resultados pretendidos ao nível da avaliação	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.7.1 Auditorias periódicas ao sistema 1.7.2 Definição de políticas de segurança da informação, nomeadamente, no âmbito do RGPD em articulação com o SSTI	DA - CE
Receita de taxas moderadoras	1.8 Desvio de fundos por funcionário ou furto/roubo	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Contagens surpresa ao caixa 1.8.2 Verificação das listagens diárias, ou por amostragem, existentes no programa SONHO com o dinheiro existente recebido de taxas moderadoras	DA-CE, SF

1.9 Equipa de Gestão de Altas

A equipa da Gestão de Altas (EGA) é uma equipa multidisciplinar que existe no HJJF cuja função é a preparação e gestão das altas hospitalares dos utentes que requerem continuidade de cuidados de saúde e apoio social, articulando-se com as estruturas locais e regionais definidas na RNCCI. A Equipa de Gestão de Altas do HJJF dispõe de uma equipa constituída por um enfermeiro, um médico de medicina interna, um técnico superior assistente social e uma assistente técnica.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da Gestão de Altas.

Matriz 1.12: matriz de riscos para a área da gestão de altas

Unidade orgânica - Gestão de Altas (EGA)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Gestão da informação	1.1 Risco de acesso a informação confidencial e dados sensíveis	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Definição da política de privacidade em conjunto com Encarregado de Proteção de Dados (EPD) e alinhamento das mesmas com o regulamento Geral de Proteção de Dados 1.1.2 Sensibilização na área do internamento da sinalização de utentes pelas equipas cuidadoras, em plataformas eletrónicas	EGA, EPD EGA, Área internamento de doentes
	1.2 Risco de utilização da informação por terceiros	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.2.1 Desenvolvimento de ações de formação interna ou de sensibilização relativas a utentes referenciados para a RNCCI	EGA
Gestão das Altas	1.3 Risco de quebra de confidencialidade do envio das Altas por correio eletrónico	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.3.1 Gestão em colaboração com SSTI do acesso por funcionários à informação de Altas	EGA, SSTI
					1.3.2 Controlo do acesso à informação identificando todos os funcionários nos circuitos eletrónicos	EGA
					1.3.3 Definição em conjunto com Encarregado de Proteção de Dados (EPD) das políticas de privacidade de acesso à informação	EGA, EPD

1.10 Área da Telesaúde

A área da Telesaúde na ULSBA insere-se no documento estratégico sobre esta temática para o Sistema Nacional de Saúde e não apenas para o Serviço Nacional de Saúde, cujo Centro Nacional de Telesaúde é gerido pelo CNTS (Centro Nacional de Telesaúde) da SPMS, IP. Desta forma, a ULSBA utiliza as tecnologias de informação e comunicação para alavancar soluções de medicina a uma população cada vez mais envelhecida na área do Baixo Alentejo.

Assim, o Centro Nacional de Telesaúde foi criado no seio da SPMS, em 2016, através da Resolução do conselho de Ministros nº 67/2016, atribuindo-lhe a tarefa de “promoção da Telemedicina e...da utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação, como parte integrante de processos de reforma dos cuidados de saúde, com vista a alcançar um nível mais elevado de articulação, integração e melhoria da qualidade dos cuidados”. (Plano Nacional Estratégico para a Telesaúde 2019-2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de Corrupção e Infrações Conexas na área da Telesaúde.

Matriz 1.13: matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da Telesaúde

Unidade orgânica - Área Centro Telesaúde (CT)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Gestão da informação	1.1 Incapacidade da equipa médica avaliar os parâmetros de consulta de telesaúde por falha do sistema informático	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.1.1 Existência de um plano de contingência para salvaguardar situações análogas	CT, SSTI
	1.2 Utilizar imagens ou vídeos do utente não autorizadas	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.1.2 Existência de linhas telefónicas 24 ao dia no atendimento de utentes 1.2.1 Informar o utente da captação de vídeo e imagem 1.2.2 Alinhar as políticas de privacidade com as normas do regulamento Geral de Proteção de Dados	CT, CA CT CT, SSTI, CA
Admissão de utentes	1.3 Favorecimento de utentes, amigos ou profissionais em detrimento de outros utentes	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Elaboração de Regulamento/Instrução de Trabalho na admissão de utentes na área da Telesaúde 1.3.2 Verificação e supervisão das listagens de inscrição de utentes	CT CT
Gestão de Recursos Humanos	1.4 Incumprimentos de tarefas associadas à telesaúde por falta de recursos humanos	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Solicitar o reforço de recursos humanos na área da telesaúde	CT, CA

1.11 Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

O Serviço de Recursos Humanos é gerido por um profissional, nomeado sob proposta do Presidente do Conselho de Administração ou Vogal Executivo da área, considerando o perfil e competências técnicas. Compete em específico à área dos Recursos Humanos:

- Assegurar a gestão funcional de efetivos e o processo de recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos de acordo com as necessidades e tendo por base a estratégia e políticas da ULSBA;
- Coordenar a implementação, desenvolvimento e monitorização dos sistemas de avaliação de desempenho como suporte à política remuneratória e ao sistema de incentivos da ULSBA;
- Elaborar os instrumentos de gestão de recursos humanos, nomeadamente, balanço Social, plano de desempenho, plano de atividades, relatório e contas no que respeita à matéria de recursos humanos e relatório anual de segurança e higiene no trabalho;
- Colaborar na definição e aperfeiçoamento do sistema de informação no que diz respeito aos recursos humanos de modo a apoiar eficazmente a gestão estratégica intermédia e operacional melhorando o processo de decisão;
- Assegurar a elaboração do mapa de pessoal e do orçamento anual de recursos humanos bem como o plano de concursos de promoção, com a estratégia de desenvolvimento profissional da ULSBA;
- Elaborar indicadores de recursos humanos a remeter à tutela para satisfazer os pedidos internos;
- Articular-se com os serviços financeiros, o serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente e outras áreas da ULSBA de modo a efetuarem uma intervenção integrada;
- Responder a solicitações do Órgão de Gestão e atender colaboradores em matérias de recursos humanos relacionadas com as suas atribuições;
- Organizar e assegurar os serviços de administração geral de pessoal incluindo o controlo da assiduidade;
- Efetuar todos os pedidos de processamento dos salários;
- Manter organizado e arquivado todos os processos individuais dos colaboradores;
- Instruir todos os processos de mobilidade dos recursos humanos da instituição;
- Organizar todos os processos de aposentação dos colaboradores;
- Atualizar a base de dados da aplicação informática de recursos humanos e vencimentos.

Foi definida a matriz de risco de corrupção e infrações conexas para a área dos Recursos Humanos.

Matriz 1.14: matriz de riscos para o Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

Unidade orgânica - Serviço de Gestão dos Recursos Humanos - (SGRH)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Recrutamento e seleção de pessoal	1.1 Recrutamento de pessoal não conforme com a legislação ou favorecimento de candidato	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Nomeação de júris diferentes para a mesma área	SGRH
	1.2 Não abertura de concurso público ou manifestação de interesse individual	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.1.2 Elaboração de um regulamento de seleção e recrutamento	SGRH
	1.3 Falta de transparência e igualdade de oportunidades	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Divulgação prévia de aviso de concurso público ou manifestação de interesse individual	SGRH
Regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	1.4 Existência de conflito de interesses em decisões emitidas pelo SGRH	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.3.1 Sempre que possível requisitar júri não pertencente à instituição	SGRH
	1.5 Não controlo do regime de acumulação de funções ou comunicação de funções privadas na admissão de trabalhador ou em fase posterior	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.4.1 Solicitar ao funcionário, anualmente, e numa base de amostragem a declaração de rendimentos	SGRH e SF
Avaliação de desempenho	1.6 Não aplicação dos Acordos Coletivos de Trabalho de acordo com a legislação e favorecimento ou prejudicação de funcionário em posição remuneratória	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.1 Análise concreta do pedido de acumulação de funções tendo em conta as funções públicas exercidas e/ou privadas	SGRH
	1.7 Não notificação correta da aquisição de pontos ou perda dos mesmos tendo em conta o Código de Procedimento Administrativo	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	1.6.1 Verificação anual da pontuação correta dos trabalhadores e aplicação dos Acordos Coletivos de Trabalho	SGRH
Deslocação em viatura própria	1.8 Deslocação em viatura própria e ajudas de custo sem cumprimento dos requisitos legais	Muito Baixo 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.7.1 Definição de um plano com cronograma a nível institucional na intranet sobre aquisição ou perda de pontos	SGRH
					1.8.1 Seleção e conferência periódica da conformidade legal dos boletins de itinerário	SGRH e Serviço origem
Monitorização dos contratos de trabalho e prestação de serviços (mão de obra)	1.9 Falta de monitorização dos contratos prestação de serviços e contratos de trabalho com prazo ou prazo incerto	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.2 Conciliação mensal entre o boletim de itinerário e pedido de autorização de deslocação	SGRH e serviço de origem
					1.9.1 Reforço da monitorização dos contratos de prestação de serviços	SGRH
					1.9.2 Solicitar ao SSTI o desenvolvimento de aplicação informática para controlo de todos os contratos da ULSBA respeitantes a legislação laboral e prestação de serviços (mão de obra)	SGRH, SSTI
Processamento de salários	1.10 Processamento de salários com erros e/ou omissões	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.9.3 Elaboração de nota de serviço para obrigar as chefias a comunicarem os prazos de contratos de prestação de serviços e obrigatoriedade de comunicação ao SGRH da admissão do prestador de serviços	SGRH, CA
					1.10.1 Seleção mensal, por amostragem, de recibos de vencimento e verificação da sua conformidade	SGRH, Serviço origem
					1.10.2 Reforço de segregação de funções entre assiduidade, processamento e pagamento	SGRH, SF e Serviço origem
Atribuição incorreta de suplementos remuneratórios	1.11 Distribuição incorreta de suplementos remuneratórios como despesas de representação	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.10.3 Verificação periódica da padronização da aplicação RHV pela SPMS ou propor a sua padronização.	SGRH, SPMS
					1.11.1 Publicação na intranet da listagem dos funcionários que recebem suplementos	CA, SGRH
Processamento de trabalho extraordinário/suplementar	1.12 Autorização de trabalho suplementar inadequado e/ou autorizações de trabalho suplementar fora dos limites legais ou sem fundamentação	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.12.1 Elaboração de um Plano geral na ULSBA sobre aprovação de trabalho extraordinário que envolva os limites legais	SGRH, Serviços de origem, CA
					1.12.2 Alertar o CA para o incumprimento dos limites legais de horários extraordinários. Aplicar o template existente nesta área.	SGRH, CA
					1.12.3 Aplicação informática para controlo trabalho suplementar na instituição	SGRH, Serviços de origem, SSTI, CA
					1.12.4 Adopção de procedimentos de autorização e controlo de trabalho suplementar	CA, SGRH e serviços de origem

1.12 Serviço de Formação e Investigação

O serviço de Formação e Investigação tem como missão contribuir para o crescimento técnico e científico dos trabalhadores da ULSBA permitindo o desenvolvimento de competências com benefício das prestações de cuidados clínicos, assistenciais e de suporte.

O Serviço de formação e investigação tem como competências:

- Promover a qualificação e valorização profissional dos recursos humanos, identificando necessidades, propondo planos de formação profissional e organizando ações de formação;
- Acompanhar estágios académicos de diferenciação curricular e desenvolvimento pessoal em áreas associadas às ciências da saúde e áreas transversais;
- Organizar e coordenar as atividades de investigação, nomeadamente, no que respeita à formação de grupos de investigação e à realização de projetos de investigação e ensaios clínicos;

O Serviço de Formação e Investigação (SFI) é coordenado por um funcionário, indicado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal da área em causa, na sequência do processo de seleção e recrutamento mediante manifestação de interesse individual, tendo em consideração o perfil e competências técnicas, correspondentes a direção intermédia de 1º grau (RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da formação e investigação:

Matriz 1.15: Matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área da Formação e Investigação

Unidade orgânica - Serviço de Formação e Investigação - (SFI)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Formadores	1.1 Pagamento de ações de formação a funcionários da ULSBA no horário de trabalho	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	1.1.1 Não sobrepor pagamentos de formação com o salário do funcionário	SFI
					1.1.2 Solicitar o preenchimento do formulário de acumulação de funções ou comunicação de funções no privado	SFI
	1.2 Falta de credenciais para o exercício da formação profissional dos formadores internos e externos	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Existência de uma lista variada de formadores	SFI
					1.2.2 Monitorizar em todas as ações de formação as credenciais de formação	SFI
Realização de ações de formação	1.3 Inexistência de um Plano de Formação aprovado no Conselho de Administração e inexistência de procedimentos de transparência	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Publicação na internet do Plano de Formação anual	SFI
					1.3.2 Realização de ações de formação relevantes para a instituição	SFI
	1.4 Não realização de ações de formação obrigatórias tipificadas na legislação				1.4.1 Segregação de funções na elaboração do Plano de Formação anual	SFI
					1.4.2 Estudo da legislação, em especial da área médica, enfermagem e trabalho, para definição das ações de formação obrigatórias	SFI
Certificação profissional	1.5 Inexistência de licença para exercício de formação profissional pelo Serviço de Formação e Investigação	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 1	1.5.1 Atualizar os certificados de formação profissional de acordo com a legislação e requisitos legais exigidos	SFI
Pagamentos indevidos	1.6 Pagamento de ações de formação a formadores externos sem documento legal e verificação das ajudas de custo ou kms de deslocação em viatura própria não justificados.	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.6.1 Reforço dos procedimentos de articulação com o Serviço Financeiro para pagamento de formação profissional	SFI, SF
					1.6.2 Não efetuar pagamentos sem previa verificação dos requisitos legais e validação das despesas apresentadas	SFI, SF

1.13. Serviços Farmacêuticos

Conforme tipificado no artº 84º do Regulamento Interno⁽¹⁵⁾, a direção dos serviços farmacêuticos é exercida por um diretor de serviço, técnico superior de saúde licenciado em ciências farmacêuticas, nomeado pelo conselho de Administração, sob proposta das direções clínicas.

De acordo com o Decreto-Lei nº 44204/62, de 2 de fevereiro são competências dos mesmos:

- Colaborar na investigação e no ensino das suas áreas específicas, designadamente, através da colaboração nos ensaios clínicos autorizados no hospital e na preparação e aperfeiçoamento dos profissionais;

¹⁵ O Regulamento Interno da ULSBA foi aprovado em Conselho de Administração em 2022, mas não foi homologado pela tutela.

- Assegurar a distribuição interna dos produtos necessários e adequados aos cuidados a prestar;
- Controlar a dispensa de medicamentos, posologia, duração de terapêutica;
- Promover a informação interna periódica sobre consumo de medicamentos;
- Garantir a melhoria da qualidade e segurança do circuito do medicamento;
- Preparar e produzir medicamentos manipulados, citotóxicos e alimentação parentérica segundo as normas de qualidade e segurança;
- Organizar e manter os registos administrativos, contabilísticos e estatísticos estabelecidos em ambulatório de acordo com o legislado nesta matéria.

Foi definida a seguinte matriz de risco de corrupção e infrações conexas para a área dos Serviços Farmacêuticos.

Matiz 1.16: Matriz de riscos para a área dos Serviços Farmacêuticos

Unidade orgânica - Serviços Farmacêuticos - (SFarm)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Gestão de produtos e Equipamentos	1.1 Acesso indevido de pessoas não autorizadas a instalações	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Manter o balcão e a porta do armazém de IGMV fechados, como forma de vedar o acesso a pessoas externas ao serviço 1.1.2 Pedir a instalação de uma porta blindada com postigo para atendimento após as 17 horas	Sfarm Sfarm, CA
	1.2 Desvio de produtos farmacêuticos e apropriação dos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Restringir acessos, unicamente, a funcionários e pessoal autorizado 1.2.2 Realização de inventários periódicos com correção de erros pelos diferentes colaboradores da equipa. Esta medida visa responsabilizar e sensibilizar os elementos da equipa	Sfarm Sfarm
Imparcialidade na aquisição de serviços e produtos	1.3 Inexistência de isenção e imparcialidade na aquisição de bens e serviços farmacêuticos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Diversificação na escolha de fornecedores quando possível	Sfarm
					1.3.2 Reforçar a utilização das plataformas eletrónicas e segregação de funções entre quem receciona e quem seleciona os fornecedores	Sfarm
Aprovisionamento de Produtos Farmacêuticos	1.4 Existência de produtos obsoletos fora do prazo e inutilizados	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Reforçar o controlo eficaz dos prazos de validade e cumprimento de especificidades técnicas para conservação de produtos farmacêuticos	SFarm
					1.4.2 Utilização de sensores de temperatura e humidade em todas as salas de medicamentos e frigoríficos (só temperatura); monitorização contínua de temperatura e humidade; emissão de alarmes de acordo com parametrização pré-estabelecida	SFarm, SSTI
					1.4.3 Sensibilizar para o cumprimento das boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos nos armazéns dos serviços farmacêuticos	Sfarm
					1.4.4 Auditorias internas aos armazéns de medicamentos na instituição (definir grupo de responsáveis)	Sfarm
Gestão de produtos Farmacêuticos	1.5 Erros nas entradas e saídas de produtos farmacêuticos no sistema informático	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.1 Em caso de erro reforçar junto dos colaboradores as medidas de controlo	Sfarm
					1.5.2 Continuidade na aplicação dos controlos já definidos neste processo	Sfarm
					1.5.3 Solicitar a instalação de sistemas informáticos que permitam minimizar o erro	SFarm, CA
Ensaio clínicos	1.6 Incumprimento de procedimentos nos ensaios clínicos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.6.1 Cumprir os procedimentos definidos no manual de ensaios clínicos	SFarm
Acumulação de funções	1.7 Não declarar o regime de acumulação de funções ou exercício de actividades no privado	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.7.1 Continuar a sensibilizar os colaboradores para o cumprimento dos regimes em causa, no início de cada ano	SFarm
Controlo de medicamentos	1.8 Erros na preparação e distribuição de medicamentos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Dar continuidade aos mecanismos de controlo e minimização das medidas de prevenção implementadas	SFarm
Desvio de medicamentos	1.9 Desvio de substâncias controladas, em especial, relacionados com estupefacientes	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.9.1 Todos os estupefacientes serem dispensados apenas por farmacêuticos	SFarm
					1.9.2 Os estupefacientes permanecerem em sala fechada com acesso por código	SFarm
					1.9.3 Efetuar o inventário semanal de estupefacientes e inventário mensal de benzodiazepinas	SFarm
Relacionamento com indústria farmacêutica	1.10 Favorecimento de fornecedores através dos contactos com a indústria farmacêutica	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.10.1 Todos os convites para participação em eventos científicos carecerem de autorização da direção de serviço. No caso da direção de serviço carece da autorização do CA	SFarm, CA

1.14 Serviço de nutrição e alimentação

O Serviço de Nutrição e Alimentação (SNA), tem como principal missão desenvolver funções de análise, diagnóstico nutricional, orientação nutricional, intervenção nutricional e monitorização da alimentação de nutrição quanto à sua adequação, qualidade, segurança e sustentabilidade, a indivíduos e grupos, ao nível da comunidade, internamento, consulta externa e ambulatório, tendo como objetivo máximo a promoção da saúde e do bem-estar e a prevenção e tratamento da doença, de acordo com a evidência científica. A direção do serviço de Alimentação e Nutrição compete a um técnico superior, com competências específicas na área da nutrição, nomeado pelo Conselho de Alimentação. O SNA tem como competências específicas:

- Intervir nas áreas de nutrição clínica;
- Intervir nas áreas de nutrição comunitária e saúde pública;
- Planeamento e gestão da alimentação e nutrição institucional
- Investigação e assessoria científica de acordo com os objetivos da ULSBA.

O Serviço de Nutrição e alimentação articula-se diretamente com os serviços hoteleiros relativamente à avaliação da composição das ementas fornecidas aos utentes e trabalhadores e na monitorização, preparação, confeção e distribuição das refeições. Intervém diretamente no SAL na contratação pública de prestação de serviços de nutrição e alimentação. (RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do Serviço de Nutrição e Alimentação.

Matriz 1.17: Matriz de riscos para o serviço de nutrição e alimentação

Unidade orgânica - Serviço de nutrição e Alimentação - (SNA)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Acumulação de funções e conflito de interesses	1.1 Regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas não aplicado	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.1.1 Verificação interna sobre a aplicação do regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas a todos os funcionários	SNA
	1.2 Favorecimento de fornecedor, laboratório ou ainda entidade externa	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.2.1 O SNA tem de ser convocado pela Farmácia para dar a sua opinião nos concursos públicos, relativamente, a produtos de nutrição 1.2.2 Auditorias internas efetuadas ao processo eletrónico do utente	SNA, Sfarm
Processamento de salários e suplementos	1.3 Registos mensais inadequados (horas extra, assiduidade, baixas médicas, faltas) favorecendo ou prejudicando funcionários	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Monitorização mensal do registo biométrico 1.3.2 Verificação e autorização das horas extraordinárias pelo superior hierárquico 1.3.3 Autorização de horas suplementares dentro dos limites legais ou fora deles devidamente fundamentadas	SNA
Gestão do património	1.4 Existência de Ativos Fixos Tangíveis não registados no património	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.1 Solicitar guia de transporte na mobilidade do equipamento	SNA
					1.4.2 Solicitar ao SAL de seis em seis meses listagens dos Ativos Fixos Tangíveis	SNA, SAL
					1.4.3 Solicitar ao SIE um plano de verificação de equipamentos	SAL, SIE
	1.5 Desvio de bens dos Ativos Fixos Tangíveis e bens inventariáveis ou deficiente controlo	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.5.1 Aplicação do regulamento da Comissão de Abates 1.5.2 Verificação periódica dos bens existentes fisicamente com os registos da aplicação SIGA (inventário) 1.5.3 Auditorias internas em colaboração com o SIE	SN, Comissão Abates SN, SAL SN, SIE
Gestão de utentes	1.6 Erros na inclusão de utentes em especialidades médicas	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Auditorias internas aos registos eletrónicos do processo do utente	SNA
Processos concursais	1.7 Não cumprimento do caderno de encargos e outras cláusulas dos contratos	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.7.1 Segregação de funções ao nível do processo de aquisição (elaborada pelo SNA) e na formação dos contratos (Feita pelo SAL) 1.7.2 O SNA ser solicitado quando da elaboração dos concursos públicos respeitantes à área de nutrição efetuados pela Farmácia	SNA, SAL SNA, Sfarm
	1.8 Alteração dos processos no decurso dos concursos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Elaborar as especificidades técnicas e caderno de encargos de acordo com a legislação em vigor	SNA, SAL
Regulamento Geral de Proteção de Dados	1.9 Não alinhamento das políticas relativas ao RGPD da instituição com o SNA	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.9.1 Alertar o SSTI para anular utilizadores inexistentes 1.9.2 Limitar acessos que impliquem dados sensíveis	SNA, EPD, SSTI SNA, EPD
Integração de Serviços entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares	1.10 Inexistência de integração entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares na área de nutrição dificultando o controlo	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.10.1 Propor ao Conselho de Administração um plano de integração dos serviços de nutrição entre CSP e CSH (para o módulo de nutrição)	CA, SNA

1.15 Área de psicologia clínica

A ULSBA não possui uma unidade de psicologia clínica autónoma. Assim, esta área está integrada no Departamento de Saúde Mental, dependendo diretamente desta direção clínica.

Foi definida a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área de psicologia clínica.

Matriz 1.18: Matriz de riscos para a área da psicologia clínica

Unidade orgânica - Serviço de Psicologia - (SP)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Acumulação de funções	1.1 Existência de conflito de interesses ou não divulgação de funções exercidas no privado	Alta 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.1.1 Cumprimento da legislação relativa a acumulação de funções e comunicação de atividades privadas	SP
					1.1.2 Existência de um plano de fiscalização dos funcionários do serviço de psicologia relativamente à entrega dos modelos internos relacionados com esta área	SP
					1.1.3 Divulgação e sensibilização dos funcionários para o cumprimento da legislação e incentivo à utilização dos modelos para comunicação de acumulação de funções e comunicação de atividade privada, existentes na intranet (site do SGRH)	SP
Abuso de poder	1.2 Não cumprimento da legislação relativa a "Abuso do poder" no âmbito da atividade profissional de psicologia na relação com o utente	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Aplicação do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses	SP
					1.2.2 Monitorização das atividades desenvolvidas	
Usurpação de funções	1.3 Exercício da profissão de psicólogo sem as habilitações legais exigidas ou inscrição na Ordem respetiva	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Arquivo dos documentos habilitantes, quer no serviço de psicologia, quer no processo do funcionário no SGRH	SGRH,SP
					1.3.2 Monitorização periódica sobre as condições habilitantes exercidas pelos profissionais	SP
Segurança da informação	1.4 Fuga de informação para quem não deve ter acesso à mesma incluindo para o exterior	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Aplicação do Código Deontológico da OPP	SP
					1.4.2 Existência de um plano de monitorização da informação	SP
	1.5 Acessos indevidos de funcionários aos processos clínicos ou ciberataques	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.3 Sensibilização dos psicólogos para as consequências legais, sobretudo, criminais relativas à fuga da informação	SP
					1.5.1 Políticas de mudança constante de password e adoção de outras políticas de segurança da informação	SP, SSTI
					1.5.2 Sensibilizar os psicólogos para programas de formação em cibersegurança	SP, SFI
Atividade assistencial	1.6 Alteração de dados para favorecimento de processos clínicos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.6.1 Plano ou regulamento para comunicação por parte do psicólogo ao superior hierárquico de quaisquer tentativas de suborno ou corrupção relacionado com ato clínico praticado no contexto profissional	SP
					1.6.2 Impedir a aceitação de ofertas que possam suscitar alteração de ato clínico favorável ao utente.	SP

1.16 Serviços Financeiros

De acordo com o regulamento interno da ULSBA a direção do serviço financeiro é exercida por um profissional designado pelo Conselho de Administração sob proposta da Presidente ou Vogal responsável pela área tendo em atenção o perfil e competências técnicas.

Entre as competências dos serviços financeiros, salientam-se:

- Realizar as operações de abertura encerramento e prestação de contas;
- Proceder à contabilização de todos os documentos inerentes a gastos, rendimentos, ativos, passivos e capitais próprios;
- Elaborar a informação económica e financeira para fins internos e externos dando cumprimento aos deveres de informação periódica nos termos da lei;
- Dar cumprimento às obrigações fiscais da instituição;
- Elaborar o plano de desempenho e o orçamento nos termos definidos pelo Órgão de Gestão;

- Acompanhar a execução orçamental;
- Elaborar a informação de controlo da execução orçamental dando cumprimento aos deveres de informação periódica nos termos da lei;
- Elaborar e manter organizada a contabilidade analítica;
- Contribuir para a elaboração do relatório de contas;
- Emitir a faturação pelos serviços prestados e complementares;
- Contactar com os devedores para recebimento de créditos;
- Proceder a todos os pagamentos, recebimentos e controlo de disponibilidades;
- Gerir os fundos disponíveis cumprindo toda a legislação na área dos mesmos. (RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área financeira:

Matriz 1.19: Matriz de riscos para a área financeira

Unidade orgânica - Serviços Financeiros - (SF)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Pagamento a fornecedores sem visto Tribunal de Contas	1.1 Efetuar pagamentos aos fornecedores sem existir visto prévio do tribunal de contas quando este é exigido	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.1.1 Existência de um plano de coordenação entre o SAL e o SF onde aquele avise o SF da existência de contratos com visto do TC	SF, SAL
Prazos de pagamentos a fornecedores	1.2 Não existência de um plano de pagamentos para evitar quebras de fornecimento	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.2.1 Reforço de procedimentos mensais ao nível do rateio de pagamento a fornecedores 1.2.2 Existência de um orçamento de tesouraria com definição de pagamento a todos os fornecedores	SF SF
Retenção de garantia nas empreitadas públicas de acordo com o CCP	1.3 Pagamento a fornecedores de empreitadas públicas sem cumprimento da retenção de garantia de acordo com o Código de Contratação Pública	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.3.1 O SF desencadeia procedimentos alertando o gestor do contrato para colocar na fatura a designação de "sujeito a retenção de garantia" 1.3.2 Adoção de procedimentos de reconciliação contabilística da conta "cauções e retenção de garantia" para verificar o cumprimento da retenção de garantia	SF, Gestor do contrato SF, Contabilista Certificado
Atos clínicos não faturados	1.4 Atos clínicos não faturados ou faturados de forma incorreta	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Adoção de procedimentos mensais para verificação de atos clínicos extra SNS não faturados 1.4.2 Solicitar ao SSTI o desenvolvimento de uma aplicação que detete os atos clínicos não faturados	SF SF, SSTI
Lei de compromissos	1.5 Incumprimento da lei de compromissos e pagamentos em atraso	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.5.1 Cabimentar todos os processos de compra e em consequência existência de compromissos para toda a despesa 1.5.2 Garantir a existência de verbas disponíveis para as despesas efetuadas e reforço de verbas por parte da tutela	SF SF, CA
Prescrição de faturas	1.6 Risco de prescrição na cobrança de faturas, conforme legislação aplicável	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.6.1 Elaboração de regulamento para esta área 1.6.2 Continuação dos procedimentos, nomeadamente, envio trimestral a contencioso das faturas em risco de prescrição e arquivo digital das listagens enviadas 1.6.3 Verificação da antiguidade de saldos 1.6.4 Oficializar as entidades em dívida com primeiro e segundo ofício	SF SF, SJ SF, Contabilista Certificado SF
Gestão de entidades	1.7 Alteração de dados não autorizados na gestão de entidades e aplicação contabilística	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 9	1.7.1 Segregação de funções 1.7.2 Definição correta de autorizações de funções na aplicação informática	SIE, SP SSTI, SF
Controlo financeiro	1.8 Desvio de fundos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Segregação de funções 1.8.2 Reconciliação bancária dentro dos prazos normais 1.8.3 Contagens de surpresa ao caixa 1.8.4 Reconciliação periódica de saldos externos e entre entidades e a contabilidade	SIE, Serviços SIE ROC e Auditor Interno SF

1.17 Serviço de Aprovisionamento Logística e Transportes

Conforme descrito no Regulamento Interno da ULSBA a direção do serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes é exercida por um profissional designado pelo Conselho de Administração sob proposta do Presidente ou Vogal responsável da área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.

Compete ao Serviço de Aprovisionamento e Logística:

- O planeamento das necessidades de bens e materiais consumíveis;
- Negociar as condições mais vantajosas para a organização no âmbito das consultas efetuadas e dos procedimentos de aquisição aprovados em aplicação dos métodos e técnicas de mercado concorrencial;
- Organizar e manter o cadastro das instalações equipamentos e viaturas;
- Atualizar o inventário anual procedendo ao cálculo das respetivas depreciações/amortizações e elaborar os relatórios periódicos do desenvolvimento dos investimentos em curso em colaboração com os serviços financeiros;
- Garantir a gestão administrativa e económica de todos os procedimentos de aquisição de bens e serviços de obras públicas em conformidade com as disposições legais;
- Gestão e controlo de stocks, designadamente, o desenvolvimento das ações de gestão administrativa, económica e física dos stocks;
- Controlar e avaliar a gestão dos artigos e a prestação dos serviços;
- Participar na definição do sistema de controlo interno;
- Assegurar o bom funcionamento da reprodução de documentos da ULSBA.

Foi definida a matriz do risco para o Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes.

Matriz 1.20: Matriz de riscos do serviço de aprovisionamento e logística

Unidade orgânica - Serviço de Aprovisionamento e Logística - (SAL)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Renovação de contratos	1.1 Falha na renovação dos contratos sem o devido controlo dos prazos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Continuação dos procedimentos instaurados de controlo de contratos e solicitar upgrades à aplicação existente para controlo dos prazos dos contratos	SAL
Favorecimento de fornecedores	1.2 Na modalidade de ajuste direto relativo a contratos de aquisição de bens e serviços, favorecimento indevido de fornecedor	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Aplicabilidade da legislação do CCP e reforço de boas práticas nesta área	SAL
Contratação pública - Ajuste direto	1.3 Violação da legislação na modalidade de procedimento contratual de ajuste direto	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	1.3.1 Selecção de contratos para verificação da aplicação da legislação CCP	SAL
Gestão da frota automóvel	1.4 Deficiente controlo de gastos com viaturas e ajudas de custo atribuídas a funcionários	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Optimização do sistema informático existente e reforço dos procedimentos que vêm sendo aplicados no controlo de custos da gestão de frota	SAL, Nucleo Transportes
Contratação pública	1.5 Não cumprimento do CCP no que concerne à eficácia e publicação do contrato, nos procedimentos de ajuste direto, de acordo com artº 127º CCP e não cumprimento das regras da CCP relativas à caução, nos termos artº 88º e ss.	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.5.1 Upgrade da aplicação informática para gerar alertas	SAL
					1.5.2 Verificação se todos os contratos estão publicados na internet	SAL
Planeamento de compras	1.6 Processo de planeamento de compras inadequado	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.6.1 Existência de um plano para identificação global das necessidades de compras e elaboração do mesmo nos prazos corretos	SAL
Processos de aquisição de compras	1.7 Falta de transparência e independência nos processos de aquisição de compras	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.7.1 Assinatura da declaração de incompatibilidades pelo gestor do contrato	SAL
					1.7.2 Rotatividade e escolha correta dos membros dos júris de concursos públicos	
	1.8 Aceitação de ofertas de terceiros influenciando o processo de compra e facilitando o tráfico de influências	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.8.1 Elaboração de um código de conduta com medidas para prevenção de situações análogas ou incluir cláusulas no regulamento interno do serviço que prevejam estas situações	SAL
	1.9 Limitação da concorrência nos processos de ajuste direto e cadernos de encargos	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.9.1 Existência de manual de procedimentos e boas práticas atualizado no serviço de aprovisionamento	SAL
Gestão de stocks	1.10 Rotura de stocks ou atraso no fornecimento dos serviços	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.10.1 Gestão eficaz de stocks com inclusão de mecanismos de alerta	SAL
	1.11 Existência de produtos fora dos prazos				1.11.1 Existência de mecanismos de alerta no programa de gestão de stocks	SAL
	1.12 Desvio de produtos armazenados				1.12.1 Implementar sistemas de controlos de acessos específico a armazéns e segregação de funções	SAL
Valorização dos inventários	1.13 Inadequada valorização dos inventários	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.13.1 Incluir o rappel e notas de crédito no custo médio dos bens	SAL
Inventariação de bens	1.14 Inadequado registo e custódia dos bens ao nível do inventário	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.14.1 Plano de inspeções físicas dos bens ou solicitar por amostragem aos diretores de serviços a confirmação da existência dos equipamentos	SAL
					1.14.2 Articulação com o SIE para controlo dos equipamentos.	SAL
					1.14.3 Conciliação periódica do ficheiro da contabilidade com o da aplicação de registo de inventários	SAL

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área de transportes/gestão de frota da ULSBA.

Matriz 1.21: Matriz de riscos para a área de transportes e gestão de frota

Unidade orgânica - Serviço de Aproveitamento - Serviço de Transportes - (SAL-ST)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Controlo dos gastos de gestão de frota	1.1 Não controlo de gastos de viaturas e gestão de frota	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.1.1 Implementação de uma aplicação para gestão de frota	ST, CA
					1.1.2 Continuação da elaboração de relatórios periódicos para controlo de gastos e envio ao Conselho de Administração	ST, CA
					1.1.3 Controlos periódicos nas ajudas de custo e deslocações em viaturas próprias, combustível, manutenção e outros gastos importantes na gestão de frota	ST
Transportes não urgentes	1.2 Não cumprimento dos requisitos legais de atribuição de transporte não urgente	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Auditorias internas ao cumprimento dos requisitos legais	SAI
					1.2.2 Segregação de funções e realização da função por mais do que um funcionário	SAL
	1.3 Favorecimento de entidades transportadoras	Muito Baixa 1	Diminuto 2	Risco Pequeno 2	1.3.1 Elaboração de relatórios periódicos sobre as corporações de bombeiros mais requisitadas em colaboração com o Contabilista Certificado	SAL, CC
Cumprimento de obrigações fiscais	1.4 Falta de emissão de guias de transporte na deslocação de materiais em circulação	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.4.1 Articulação mensal entre o Núcleo de Transportes e o Contabilista Certificado para verificação de todos os transportes em determinado período de tempo e se foram emitidas todas as	ST, CC, SF
Controlo da requisição de transportes internos	1.5 Falta de controlo ou registo dos transportes internos, quer os requisitados, ocasionalmente, quer os frequentes como deslocação de enfermeiros e médicos e CS	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.1 Continuação das inspeções internas com carácter periódico	ST
					1.5.2 Implementação de uma aplicação para gestão de frota	ST, SAL, CA
Trabalho suplementar	1.6 Existência de excesso de trabalho suplementar para motoristas, colocando em risco a realização de transportes por cansaço e trabalho realizado fora dos limites legais sem fundamentação	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.6.1 Arquivo de todo trabalho suplementar devidamente fundamentado e fora dos limites legais	ST, SGRH
					1.6.2 Reforço do controlo mensal das ajudas de custo dos motoristas	ST, SGRH
					1.6.3 Reforço de recursos humanos e atribuição de todo o tipo de serviços escalas a todos os motoristas	ST

1.18 Serviços hoteleiros

A direção do Serviço Hoteleiro é exercida por um funcionário, licenciado, designado pelo Conselho de Administração sob proposta do Presidente ou Vogal Executivo responsável pela área, na sequência do processo de seleção e recrutamento mediante manifestação de interesse individual e com comprovada experiência profissional na área sendo designado direção intermédia de primeiro grau.

O Serviço Hoteleiro tem competência nas seguintes áreas:

- Alimentação (fornecimento de refeições)
- Higienização e instalação de equipamentos
- Tratamento e processamento de roupa
- Recolha e tratamento de resíduos
- Central de telefones, comunicações fixas e receção
- Desinfestação
- Máquinas de vending (RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área hoteleira

Matriz 1.22: Matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área hoteleira

Unidade orgânica - Serviços Hoteleiros - (SH)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Comunicações móveis	1.1 Utilização indevida das comunicações móveis e telefones e favorecimento de fornecedor	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Concurso público para comunicações móveis	SH
					1.1.2 Controlo eficaz dos plafonds das comunicações por funcionário e de forma periódica	SH
Atribuição de aparelhos de comunicação	1.2 Atribuição de aparelhos de comunicação indevida e falta de controlo dos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Elaboração de um plano/regulamento de atribuição de aparelhos de comunicação.	SH
					1.2.2 Atribuição de plafonds mensais e controlo dos mesmos	
Higiene e limpeza	1.3 Falta de controlo dos débitos mensais, consumos, riscos de infeção e legislação aplicável	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Elaboração de um plano de auditorias internas ou de controlo de gestão e cumprimento de normas legislativas	SH
					1.3.2 Controlo eficaz da faturação mensal das empresas com contratos externos na área mencionada	SH
Materiais de higiene e conforto hospitalar	1.4 Falta de controlo dos custos mensais relativos a roupa hospitalar e o seu estado em condições de higiene e segurança hospitalar	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Plano de controlo de gastos mensais e responsabilização dos serviços	SH
					1.4.2 Efetuar inventários periódicos	SH
					1.4.3 Contratos que incluam penalizações contratuais por incumprimento a fornecedores externos	SH
					1.4.4 Auditorias internas aos materiais em uso	SH
Equipamentos hoteleiros Ativos Fixos Tangíveis	1.5 Falta de controlo dos Ativos Fixos Tangíveis	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.5.1 Controlos periódicos dos equipamentos e verificação dos mesmos através do inventário da ULSBA - por amostragem	SH, SAL
	1.6 Apropriação indevida de equipamentos hospitalares	Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Reforço do sistema de vigilância	SH, CA

1.19 Serviço de Instalações e Equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) tem como missão garantir a execução de intervenções de manutenção preventivas e corretivas às instalações e equipamentos, ao mais baixo custo, com a maior qualidade técnica possível seja por pessoal próprio tecnicamente habilitado, seja por coordenação e fiscalização da atividade de pessoal tecnicamente habilitado adstrito a prestadores de serviços externos. A direção do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) é exercida por um licenciado designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área na sequência de processo de seleção e recrutamento mediante manifestação de interesse individual e com comprovada experiência na área sendo cargo de direção intermédia de 1º grau.

São competências do Serviço de Instalações e Equipamentos:

- Garantir a manutenção preventiva e corretiva, exploração de centrais e redes e outras instalações;
- Assegurar a manutenção preventiva e corretiva do equipamento industrial hospitalar (e da saúde em geral);
- Garantir a manutenção corretiva e preventiva do equipamento médico-cirúrgico;
- Garantir a manutenção dos edifícios, dos quais a ULSBA é proprietária, bem como daqueles que, não sendo propriedade da ULSBA, são utilizados por esta para o desempenho da sua atividade, de acordo com as condições previstas no contrato de arrendamento ou protocolo estabelecido;
- Garantir a segurança das instalações e equipamentos;
- Manter organizados e atualizados os esquemas, as plantas e os traçados dos edifícios e das instalações, bem como dos elementos técnicos dos equipamentos;

- Elaborar por meios próprios e contratados projetos e pareceres técnicos, nomeadamente, para, alteração, ampliação, remodelação, conservação, manutenção de instalações e edifícios e colaboração, no âmbito de concursos de empreitadas, na avaliação de propostas e articulação com a Fiscalização no acompanhamento das obras;
- Elaborar em colaboração com os diretores dos departamentos e serviços, condicionado ao orçamento da ULSBA, à vida útil dos bens e à inovação tecnológica, o plano de aquisição e substituição de equipamentos médico-cirúrgicos;
- Produzir especificações técnicas para aquisição de equipamento industrial hospitalar e médico-cirúrgico, tendo em conta os requisitos funcionais definidos pelos serviços e recomendações técnicas da Unidade Operacional de Normalização de Instalações e Equipamentos bem como da regulamentação específica em vigor;
- Garantir com exatidão e atempadamente o registo da atividade do serviço nas perspetivas dos recursos humanos e financeiros de modo a extrair indicadores de produtividade, essenciais à avaliação da atividade do serviço;
- Garantir o registo rigoroso de todos os dados técnicos, intervenções e custos associados a estes e outros dados relevantes para a avaliação do registo histórico da manutenção dos equipamentos e infraestruturas, com vista à avaliação dos seus custos de exploração e manutenção e sua rentabilidade;
- Controlar as disposições dos contratos de prestação de serviços de assistência técnica e avaliar os formadores.

Foi definida a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do SIE.

Matriz 1.23: Matriz de riscos para a área do Serviço de Instalações e Equipamentos

Unidade orgânica - Serviço de Instalações e Equipamentos - (SIE)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Contratação de serviços	1.1 Monitorização dos contratos de serviços de forma inadequada ou fora do prazo	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.1.1 Monitorização mensal dos contratos de prestação de serviços por funcionário e adopção de controlo por folha de Excel, programa EASYVISTA ou outro	SIE
	1.2 Deficiente acompanhamento dos contratos de empreitadas e equipamentos respeitantes a garantias, trabalhos a mais e penalidades	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Monitorização mensal dos contratos ou autos de medição em articulação com a fiscalização	SIE
					1.2.2 Controlo de vistorias/fiscalizações sobre os trabalhos a mais em articulação com a fiscalização e representante do dono da obra	SIE
					1.2.3 No caso das empreitadas controlo das mesmas em articulação com o gestor de contrato	SIE
Especificações técnicas	1.3 Deficiente capacidade na resposta da elaboração das especificações técnicas para equipamentos médicos e atualização de instalações (redes e edifícios)	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.2.4 No caso dos equipamentos controlo dos prazos de garantia em articulação com o património para ativação dos contratos de manutenção	SIE, SAL
					1.3.1 Revisão e elaboração das especificações técnicas efetuadas entre utilizador e SIE	SIE, Direção de serviços
Trabalho suplementar	1.4 Não cumprimento dos limites legais do trabalho suplementar na distribuição de tarefas do serviço e prevenções	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.3.2 Capacitação técnica para execução das especificações técnicas, através de técnicos credenciados e quando não for possível recorrer ao exterior	SIE
					1.4.1 Verificação pela chefia dos horários de trabalho e segregação de funções	SIE e CA
					1.4.2 Reforço de recursos humanos	SIE
Monitorização temperaturas frigoríficos	1.5 Deficiente monitorização da temperatura dos frigoríficos afetos à farmácia, centros de saúde e internamento	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.3 Confirmação da necessidade de trabalho suplementar pontual e sua fundamentação no caso de estar acima do limite legal	SIE
					1.5.1 Substituição do apetrechamento técnico atualizado do controlo das temperaturas com sistema de alarme de acordo com decisão do Conselho de Administração	SIE, CA
					1.5.2 Existência de contrato de manutenção de acompanhamento dos equipamentos afetos ao controlo de temperaturas	SIE, serviços
					1.5.3 Acompanhamento pelo pessoal do SIE, ou contratação no exterior da manutenção/certificação do equipamento do frio	SIE, Serviços
Gestão de edifícios e equipamentos	1.6 Falta de pessoal técnico credenciado na área em causa	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.4 Articulação indispensável com os utilizadores de equipamentos de frio para que numa situação de alarme haja resposta dos mesmos no local. (Nomeação de responsáveis nos CS para esta verificação; no caso da farmácia deslocação ao local da técnica designada)	SIE, Serviços
	1.7 Falta de fornecimento de equipamento aos serviços prejudicando a produção de atos clínicos	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	1.6.1 Contratação de pessoal credenciado	CA
	1.8 Inventariação de equipamentos e instalações ou estas serem efetuadas de forma incorreta não permitindo o seu controlo eficaz	Alta 4	Moderado 3	Risco Crítico 12	1.7.1 Elaboração de um plano de investimentos anual, tendo em conta o levantamento prévio das necessidades dos serviços	SIE, Serviços
					1.8.1 Existência de plano de articulação frequente com a área de registo de ativos fixos tangíveis e intangíveis para troca de informação sobre registos de ativos	SAL
	1.9 Ocorrências de desvios/furtos/roubos de equipamentos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.9.1 Responsabilizar periodicamente os diretores de serviços enviando as fichas dos ativos não correntes para controlo	SIE
					1.9.2 Plano de monitorização constante entre o registo de bens e os inventários existentes nos serviços	SIE, SAL
	1.10 Sistemas automáticos de deteção de incêndios avariados	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.10.1 Cumprir os planos pré-existent para esta área	SIE
	1.11 Cumprimento das disposições constantes da Portaria nº 1532/2008, de 29 de dezembro, relativa ao regulamento de técnico de segurança contra incêndios em edifício	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.11.1 Elaboração de um plano que contenha as disposições desta portaria para aprovação em Conselho de Administração	CA
					1.11.2 Aplicação do plano previamente aprovado em Conselho de Administração relativamente a incêndios	
Direção de Serviço	1.12 Falta de abastecimento de água, eletricidade e gás nos edifícios da instituição	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.12.1 Verificar planos de contingências instituídos	SIE
					1.12.2 Existência de um plano de verificação frequente do sistema de abastecimento de água, eletricidade e gás de modo a evitar rupturas e problemas de abastecimento	SIE
Direção de Serviço	1.13 No ciclo de gestão alterações constantes das direções de serviço promovendo alteração de normas existentes pois o SIE desempenha funções importantes no contexto institucional que requerem estabilidade	Alta 4	Moderado 3	Risco Crítico 12	1.13.1 Desencadamentar de processos para estabilizações das direções de serviços e processos	CA

1.20. Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

A direção do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação é exercida por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta da Presidente ou vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas.

E de acordo com o mencionado no Regulamento Interno da ULSBA, compete em especial a esta área:

- Assegurar a operacionalidade, manutenção e segurança do parque informático e da rede de informação da ULSBA bem como as ligações às redes exteriores, designadamente, à rede da informação da saúde;
- Instalar novos equipamentos informáticos e de infraestruturas, particularmente, de rede e cablagem, procedendo às ações necessárias ao seu correto funcionamento;
- Configurar os sistemas de forma homogénea e coerentes em toda a ULSBA de acordo com as configurações que venham a ser definidas;
- Analisar e dar parecer sobre as necessidades de equipamento informático expressas pelos departamentos e serviços numa perspetiva de rentabilização e racionalização de oportunidade;
- Apoiar o utilizador na exploração das aplicações informáticas das tecnologias de informação e comunicação da ULSBA;
- Promover em articulação com a área da formação, ações de formação dos utilizadores das aplicações informáticas existentes;
- Implementar medidas e técnicas organizativas de segurança da informação que impeçam a sua destruição, perda acidental, alteração, difusão ou acessos não autorizados;
- Assegurar a exploração das aplicações de suporte ao sistema de informação da ULSBA bem como a interligação com a SPMS;
- Organizar e manter registos cadastrais de todos os equipamentos informáticos instalados na ULSBA e monitorizar os tempos de imobilização;
- Orientar e coordenar o planeamento do sistema de informação da ULSBA;
- Assegurar e promover a utilização da internet e intranet.(RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação.

Matriz 1.24: Matriz de riscos para o serviço dos Sistemas e Tecnologias da Informação

Unidade orgânica - Serviço Sistemas e Tecnologias de Informação (SSTI)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Plano Estratégico para as TI	1.1 Falta de elaboração ou elaboração deficiente de um Plano Estratégico para as Tecnologias de Informação da ULSBA	Muito Baixa 1	Diminuto 2	Risco Pequeno 2	1.1.1 Envolvimento de todas as áreas da ULSBA, incluindo CA, na construção do Plano Estratégico para as TI	SSTI, CA
					1.1.2 O CA monitoriza a execução do Plano Estratégico	SSTI, CA
Contratação de serviços e equipamentos	1.2 Contratação inadequada e/ou falta de monitorização dos contratos, em especial, prazos de renovação	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Monitorização dos contratos e verificação do (in)cumprimento das cláusulas contratuais	SSTI
					1.2.2 Elaboração de um plano de avaliação do fornecedor relativo ao cumprimento contratual	SSTI
					1.2.3 Antecipar entrega dos pareceres prévios, e especificações técnicas, para elaboração do caderno de encargos e consequente adjudicação dos contratos de manutenção no ano anterior ao da execução.	SSTI
Governança das Tecnologias de Informação e Comunicação	1.3 Falta de controlo de todas as aplicações da ULSBA ou controlo deficiente, falta de política de Backups, falta de controlo dos utilizadores das aplicações da instituição	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.3.1 Revisão da Política de Segurança da Informação	SSTI, EPD
					1.3.2 Partilhar responsabilidades e procedimentos ao nível da atribuição de acessos com o SRH	SSTI, SGRH
					1.3.3 Padronização dos perfis de acesso aos sistemas e divulgação dos mesmos	SSTI
Gestão de proteção de dados	1.4 Não cumprimento da legislação sobre proteção de dados no respeitante ao Software existente na ULSBA	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Alinhar a Política de Segurança da Informação com a Política de RGPD	SSTI, EPD
Suporte e apoio ao utilizador	1.5 Falta de apoio e não resposta a incidentes informáticos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.5.1 Monitorização do desempenho do Helpdesk do SSTI	SSTI
					1.5.2 Realização de ações de formação ao HelpDesk	SSTI
					1.5.3 Criar uma base de dados de conhecimento para aplicar a incidentes conhecidos	SSTI

1.21 Planeamento e Controlo de Gestão

A área de Planeamento e controlo de Gestão presta serviços da área de análise e monitorização da produção e controlo de gestão. A direção do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão é efetuada por um funcionário nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, de acordo com o perfil e competências técnicas de gestão, possuindo licenciatura adequada com comprovada experiência na área, na sequência do processo de seleção e recrutamento ou manifestação de interesse individual constituindo um cargo de direção intermédia de 1º grau.

São competências da área do Planeamento e Controlo de Gestão:

- Coordenar os processos de planeamento anuais designadamente o Plano Estratégico e Orçamento;
- Coordenar de forma descentralizada a elaboração do Relatório de Gestão e Contas;
- Acompanhar o processo de contratação com a tutela desde a fase do planeamento à execução e monitorização;
- Monitorizar o cumprimento da produção contratada por serviço e de forma agregada da ULSBA e por medidas corretivas dos desvios encontrados;
- Monitorizar os objetivos de acesso, desempenho assistencial, resultados em saúde, desempenho económico-financeiro e outros contratados com a tutela ou definidos internamente pelo Conselho de Administração;

- Elaborar relatórios mensais de acompanhamento do contrato Programa e Orçamento Económico para garantir a divulgação interna;
- Elaborar trimestralmente a informação estatística da atividade clínica principal, tanto dos cuidados primários como hospitalares e garantir a sua divulgação interna;
- Elaboração trimestral da estatística da atividade clínica principal e sua divulgação interna;
- Garantir a produção da informação de forma fiável, rigorosa e completa, bem como garantir uma resposta atempada a todos os pedidos de informação interna;
- Assegurar o cumprimento das obrigações de reporte nos termos contratuais estabelecidos pela tutela no âmbito da produção, nomeadamente, submeter toda a informação necessária no sistema de informação para a contratualização e acompanhamento (SICA);
- Acompanhar o processo de codificação da produção passível de agrupamento em GDH e elaboração periódica de relatórios que avaliem a taxa de codificação, propondo sugestões de melhoria e estimativas de produção de GDH com faturação à ACSS;
- Acompanhar o processo de faturação à ACSS em colaboração com os Serviços Financeiros e Gestão de Doentes, propor correções ao registo da produção com vista a minimizar os atos médicos produzidos e não faturados;
- Apoiar o monitor da prescrição médica de medicamentos e MCDT na elaboração dos relatórios trimestrais e na monitorização regular da prescrição;
- Monitorizar a fiabilidade dos registos administrativos de produção nas várias aplicações informáticas em utilização na ULSBA;
- Assegurar o cumprimento das obrigações de divulgação dos instrumentos de gestão e outra informação no âmbito do Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado;
- Colaborar na elaboração de candidatura de projetos a fundos comunitários, designadamente na análise da viabilidade económico-financeira do investimento. (RI, ULSBA 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do Planeamento e controlo de Gestão:

Matriz 1.25: Matriz de riscos de corrupção para o serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Unidade orgânica - Serviço de Planeamento e controlo de Produção - (SPCQ)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Contrato programa	1.1 Adulteração dos resultados do contrato programa	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.1.1 Reforço de medidas de monitorização periódica do contrato programa	SCPG
					1.1.2 Reuniões constantes do Conselho de Administração com a direção do serviço para gestão do processo de monitorização do contrato programa	SCPG, CA
					1.1.3 Existência de um plano de ação para cumprimento do contrato programa, nomeadamente, reforço de medidas de monitorização e acompanhamento da produção	SCPG
Reporte da informação	1.2 Erros ou inexactidão no reporte da informação às entidades externas	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.2.1 Reporte da informação com verificação cuidada e cumprimento da legislação aplicada	SCGP
					1.2.2 Elaboração de um manual de procedimentos na área do planeamento e controlo da produção	SCGP
	1.3 Não validação da informação de acordo com os parâmetros das normas e boas práticas em vigor	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.3.1 Formação periódica dos funcionários e verificação dos registos	SCGP, SFI e área intervenientes
					1.3.2 Segregação de funções	SCGP e área intervenientes
					1.3.3 Monitorização periódica do registo da produção e existências de procedimentos instalados para tal	SCGP

1.22. Bloco Operatório – área de enfermagem

A matriz relativa ao Bloco Operatório, área de enfermagem, diz respeito à equipa de enfermagem que a compõe. A ULSBA está inscrita para efeitos de SIGIC, pelo que, distribui verbas adicionais pelos colaboradores de enfermagem.

Foi descrita a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área de enfermagem do bloco operatório:

Matriz 1.26: Matriz de riscos para a área de enfermagem no bloco operatório

Unidade orgânica - Bloco Operatório - Área Enfermagem (BO)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Atribuição de SIGIC a funcionário	1.1 Não distribuição equitativa dos SIGICs por toda a equipa de enfermagem	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.1.1 Publicação do horário em local visível e de acesso geral a todos os enfermeiros do BO	BO
					1.1.2 Publicação desse mesmo horário em formato papel no dossier "Horário de enfermagem"	BO
					1.1.3 Elaboração mensal do relatório/gráfico de distribuição mensal de SIGICs e envio a todos os enfermeiros da área do bloco operatório ou sua publicação em local de acesso por todos	BO
Inventário de produtos estupefacientes	1.2 Não realização e registo periódico e frequente do inventário de substâncias psicoativas	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Elaboração de inventários de 8 em 8 horas de Benzodiazepinas e outros produtos estupefacientes	BO
Desenvolvimento atividades de enfermagem que assegurem a qualidade, acessibilidade, conforto e segurança das atividades cirúrgicas.	1.3 Não existir conhecimento científico atualizado na área de enfermagem	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Adopção de medidas e técnicas para assegurar a qualidade, conforto, acessibilidade e segurança das cirurgias.	BO
					1.3.2 Estratégia de formação contínua com vista à melhoria dos cuidados prestados	BO
Regime acumulação de funções	1.4 Não comunicação do regime de acumulação de funções ou comunicação de funções privadas. Conflito de interesses	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.1 Reforço de solicitação do regime de acumulação de funções e sensibilização de funcionários	BO

1.23 Gabinete do Cidadão

O Gabinete do Cidadão foi criado pelo Despacho nº 26/86, de 24 de julho, da Ministra da Saúde. Compete ao mesmo promover a participação informada e responsável dos cidadãos detentores de direitos e deveres ao nível da saúde. Desenvolve as suas atividades nos termos da Lei nº 15/2014, de 21 de março, alterada pelo DL nº 44/2017, de 20 de abril que consolidou os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. O Gabinete do Cidadão é coordenado por um funcionário nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área tendo em consideração o perfil e competências técnicas.

São competências específicas do Gabinete do Cidadão:

- Receber, analisar e acompanhar as sugestões, queixas, reclamações e elogios, apresentados pelos utentes e cidadãos em geral, nos termos da legislação em vigor;
- Monitorizar o processo de tratamento de exposições;
- Promover e divulgar os direitos e deveres dos cidadãos;
- Verificar regularmente o grau de satisfação dos cidadãos que contrataram com a ULSBA;
- Colaborar em estreita colaboração com o Serviço Social;
- Apresentar anualmente, um relatório ao Conselho de Administração onde constem as exposições, reclamações e sugestões recebidas;

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área de atuação do Gabinete do Cidadão.

Matriz 1.27: Matriz de riscos para o Gabinete do Cidadão

Unidade orgânica - Gabinete Cidadão (GC)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Livro de reclamações e livro amarelo	1.1 Acesso indevido a dados pessoais e confidenciais	Alta 4	Moderado 3	Risco Alto 12	1.1.1 Avaliar quem tem acesso aos livros de reclamações e outros livros de carácter confidencial	GC
Reclamações efetuadas via Gabinete Cidadão	1.2 Falta de envio das mesmas ao Conselho de Administração e entidades que devem dirimir os factos em especial a ERS	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Cumprimento do Regulamento Interno de Irregularidades da ULSBA	GC, CA, SAI
					1.2.2 Elaboração dos relatórios mensais/trimestrais das reclamações recebidas e dar conhecimento ao Conselho de Administração e entidades fiscalizadoras	GC, CA
					1.2.3 Registo de todas as reclamações em aplicação a ser desenvolvida para tal ou folha Excel, com número sequencial	GC
Atendimento de pessoal	1.3 Atendimento deficiente sem respeito das regras de boa conduta a serem observadas nestas circunstâncias	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Revisão do regulamento interno do Gabinete do Cidadão	GC
					1.3.2 Divulgação das boas práticas para atendimento ao pessoal	GC
Regulamento Geral de Proteção de Dados	1.4 Não cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados, em especial, no que concerne a dados sensíveis	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.4.1 Elaborar a política de proteção de dados para esta área	GC, EPD

1.24. Gabinete Jurídico e Contencioso

A Coordenação do Serviço Jurídico e Contencioso é efetuada por um funcionário nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável da área, tendo em conta o perfil e competências técnicas e de gestão, obrigatoriamente, licenciado em direito, com comprovada experiência na área, na sequência de processo de seleção e recrutamento mediante manifestação de interesse individual. Ao Gabinete Jurídico e Contencioso compete em especial, informar e assegurar a orientação e a prestação de pareceres jurídicos ao Conselho de Administração e a todos os serviços da ULSBA, para além da cobrança dos créditos da instituição em processo coercivo e assegurar o exercício de contencioso em qualquer tribunal.(RI da ULSBA, 2022)

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área jurídica e de contencioso.

Matriz 1.28: Matriz de riscos para o Gabinete Jurídico e Contencioso

Unidade orgânica - Serviço Jurídico e Contencioso - (SJ)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Prazos processuais	1.1 Incumprimento de prazos processuais nos processos dirimidos em tribunal	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Adopção de procedimentos internos para controlo de todos os processos contencioso	SJ
Falta de recursos Humanos	1.2 Falta de recursos humanos na área jurídica havendo riscos de prescrição de prazos	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.2.1 Preparação com a devida antecedência dos técnicos superiores com aposentação solicitada	SJ
Pareceres técnicos emitidos	1.3 Redução da qualidade nos pareceres técnicos emitidos, designadamente, por falta de investigação, fontes incorretas, erros técnicos e extemporaneidade	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Definição de prioridades	SJ
					1.3.2 Acesso a pesquisa científica atualizada	SJ
Influência de decisões	1.4 Pareceres técnicos emitidos com omissão de aspetos importantes, ou com erros de matérias de facto e de direito, com objetivo de manipular decisões	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.1 Dupla apreciação	SJ
					1.4.2 Segregação de funções nos processos mais complexos	SJ
Prescrição de faturas	1.5 Prescrição de faturas de acordo com a legislação aplicável	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.5.1 Reforço de procedimentos ao nível da articulação com o serviço financeiro, nomeadamente, solicitar mensalmente a antiguidade de saldos	SJ, SF
					1.5.2 Elaboração de um regulamento de prescrição de faturas em articulação com o SF	SJ,SF

1.25 Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente

O Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente (SGIQSA) presta serviços na área de gestão da qualidade, segurança e ambiente. O SGIQSA visa dar cumprimento às matérias legais nas áreas de atuação podendo ser constituído por um técnico superior, um enfermeiro e um assistente técnico. A Direção do serviço SGIQSA é exercida por um funcionário nomeado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou Vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas e de gestão, com licenciatura adequada, com comprovada experiência na área, na sequência de processo de seleção e recrutamento mediante manifestação de interesse individual, sendo um cargo de direção intermédia de 1º grau. As competências técnicas do SGIQSA constam de regulamento próprio homologado pelo Conselho de Administração.

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do SGIQSA.

Matriz 1.29: Matriz de risco para a área do SGIQSA

Unidade orgânica - Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente - (SGIQSA)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Gestão de riscos relacionados com o trabalho (assédio, violência, acidentes de trabalho etc)	1.1 Inexistência de plano de eliminação dos riscos do trabalho	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.1.1 Existência de um plano de riscos do trabalho, com metodologia apropriada e técnica na área	SGIQSA
					1.1.2 Inexistência de regulamentos na área devidamente atualizados	SGIQSA
Registo e tratamento dos acidentes de trabalho	1.2 Não cumprimento da legislação do trabalho na área dos acidentes de trabalho	Possível 3	Diminuto 2	Risco Moderado 6	1.2.1 Ações de formação direcionadas para a informação dos funcionários respeitante a acidentes de trabalho	SGIQSA, SI
Auditorias internas na área do risco	1.3 Falta de auditorias noturnas para verificação de riscos não detectáveis durante o período laboral (furto, iluminação, ruído, desvio de bens, qualidade ar, etc)	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Realização de auditorias de forma periódica	SGIQSA
					1.3.2 Cumprimento da legislação aplicável	SGIQSA
Gestão de resíduos	1.4 Não aplicação das normas respeitantes à legislação sobre resíduos	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.4.1 Verificação periódica da aplicação das normas respeitantes a resíduos, sua classificação e guias de transporte	SGIQSA
					1.4.2 Auditorias internas realizadas periodicamente	SGIQSA
Gestão da Qualidade	1.5 Não dinamizar de forma eficiente e continua programas de gestão da qualidade, especificamente, as normas ISO por falta de pessoal	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.5.1 Adoção de procedimentos de monitorização periódica e contratação de pessoal caso seja insuficiente	SGIQSA
	1.6 Incumprimento do Plano Anual de Auditorias da Qualidade por falta de recursos humanos	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Manter um conjunto de auditores da qualidade com disponibilidade para execução das auditorias do PAQ	

1.26 Área da Comissão de Trabalhadores

A Comissão de Trabalhadores é uma estrutura de representação coletiva dos trabalhadores independente do Estado, de partidos políticos, de instituições religiosas ou associações de outra natureza. A sua constituição, estatutos e representantes eleitos foram publicados no Boletim do Trabalho e do Emprego nº21 de 2021 de 8 de junho. A sua missão consiste na defesa e prossecução coletivas dos direitos e interesses dos trabalhadores. Esta estrutura é representativa de todos os trabalhadores da ULSBA, EPE independentemente da sua classe profissional ou vínculo laboral. A defesa dos interesses e direitos dos trabalhadores passa pela estreita relação entre os trabalhadores e a sua estrutura representativa. (intranet ULSBA, 2023).

Foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a Comissão de Trabalhadores.

Matriz 1.30: Matriz de riscos para a área da Comissão de Trabalhadores

Unidade orgânica - Área Comissão de Trabalhadores (CT)						
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis
Cumprimentos dos estatutos da CT	1.1 Falta de cumprimento do estatuto da Comissão de Trabalhadores em especial o artº 18º	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.1.1 Sensibilizar os trabalhadores sobre os deveres da CT	CT
					1.1.2 Ações de formação sobre os estatutos da Comissão de Trabalhadores	CT, SF
Favorecimento de trabalhadores	1.2 Favorecimento de trabalhadores em detrimento de outros	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Publicação de todas as deliberações do Conselho de Administração relativas a solicitações dos trabalhadores	CT, CA
					1.2.2 Cumprimento dos deveres estipulados no artº 18º dos estatutos da CT	CT
Cumprimento dos Acordos Coletivos de Trabalho	1.3 Incumprimento dos Acordos Coletivos de Trabalho que vinculam a ULSBA	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.3.1 Sensibilizar o Conselho de Administração sobre o cumprimento dos Acordos Coletivos de Trabalho	CT, CA
					1.3.2 Comunicar aos sindicatos ou entidades competentes das irregularidades existentes incluindo participação ao Serviço de Auditoria Interna dessas mesmas irregularidades nos termos do Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades	CT, SAI
	1.4 Não colaboração com a associações sindicais na resolução dos problemas dos trabalhadores	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.4.1 Adoção de medidas de transparência sobre relações tidas com sindicatos	CT
					1.4.2 Informar sempre o trabalhador de todas as decisões ou medidas adotadas quando a CT se relaciona com os sindicatos	CT

As matrizes dispostas foram inseridas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de acordo com a disposição no regulamento interno da ULSBA. Assim, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas elaborado para os anos de 2024-2026, engloba a identificação de 166 riscos e 311 medidas preventivas. O Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas a elaborar no final do corrente ano conterá a descrição das medidas implementadas no corrente ano.

Quadro 1.6: Riscos e medidas preventivas identificadas na ULSBA

Designação	Responsáveis Execução do Plano	Total de riscos	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Crítico	Medidas Preventivas
Conselho de Administração	Conselho Administração	8		6	1	1	16
Serviço Auditoria Interna	Dr. Paulo Marques	4		5		2	9
Comissão de Abates	Dr. Manuel Machado	4		4			5
Regulamento Geral Proteção Dados	Drº Conceição Pires	6	2	1	1	2	7
Departamento Cuidados Saúde Primários	Conselho de Administração	6	1	3	2		11
Unidade Saúde Pública	Drª Sara Duarte	4		2	2		9
MCDT'S	Drª Joana Vacas de Carvalho	4	1	1	2		11
Consulta Externa	Drª Maria Gião	4	1	1	2		
Equipa de Gestão Altas	Enfermeira Fátima Pinheiro	3		1	2		6
Telesaúde	Dr. Marciano Lopes	4	1	1	1	1	7
Serviço Gestão Recursos Humanos	Dr. Vítor Paixão	12	1	7	4		21
Serviço de Formação e Investigação	Drª Sandra Guiomar	5	1	3	1		11
Serviços Farmacêuticos	Drª Paula Sadio	10	1	7	2		20
Serviço Nutrição e Alimentação	Drª Verónica Túbal	10	1	4	5		19
Área de Psicologia Clínica	Drª Ana Charraz	6		4	2		14
Serviço Financeiro	Dr. António Palma	8	1	3	3	1	19
Serviço de Aproveitamento e Logística	Drª Mariana Raposo	12	1	5	4	2	18
Núcleo de Transportes	Dr. Brás Palma	6	1	2	2	1	12
Serviços hoteleiros	Drª Maria João Lino	6	1	3	1	1	12
Serviço de Instalações e Equipamentos	Drª Ana Franco	13	1	6	2	4	25
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	Dr. Norberto Chinita	5	1	2	1	1	12
Área do Planeamento e Controlo de Gestão	Dr. Manuel Soares	3	1	2			8
Bloco Operatório - área enfermagem	Enfermeira Ana Mota	4		4			7
Gabinete do Cidadão	Drª Graça Fortunas	4		2	1	1	7
Serviço Jurídico e Contencioso	Drª Sónia Calvário	5		3	2		8
SGI/QSA	Drª Ester Machado	6	2	4			9
Comissão de Trabalhadores	Enfermeira Sónia Gomes	4	1	2		1	8
Total		166	20	88	43	18	311

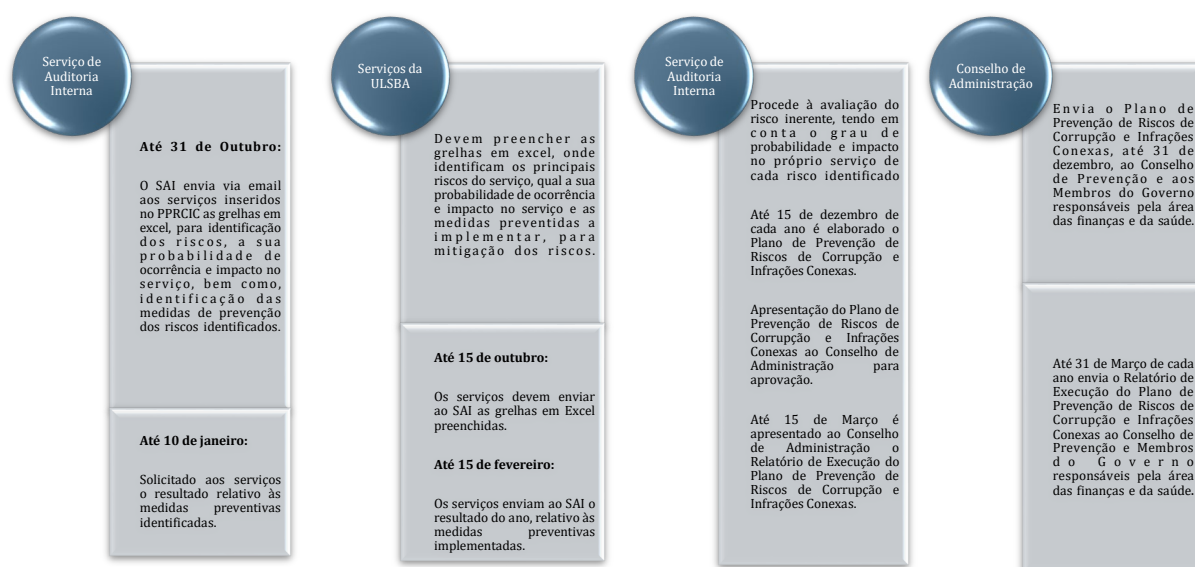
Fonte: Matrizes do PPRCIC 2024-2026

V. Monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O Plano Anual de Auditoria Interna engloba a monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, nos termos da al e) nº 2 do artº 19º, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro. Desta forma, o SAI deverá monitorizar o PPRCIC e prestar todo o apoio aos serviços da ULSBA na execução das medidas de mitigação dos riscos apresentados.

Todo o processo de monitorização contemplará as fases:

Ilustração 1.11: Fases de elaboração e execução do PPRCIC



Fonte: SAI

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas será revisto, no final do triénio 2024-2026, abrangendo as áreas da instituição aqui presentes, ou outras não contempladas, de modo a que sejam incluídos riscos de toda a instituição.

Anexos

	Infração	Conceito
Crimes de Corrupção	Corrupção ativa art.º 374º	1. Quem, por si ou interposta pessoa, com o seu consentimento ou retificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação, ou com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial com o fim do indicado no nº 1 do artº 373º. 3. A tentativa é punível.
	Corrupção passiva art.º 373º	1. O funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou retificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para a prática de qualquer ato ou omissão, contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela aceitação ou solicitação.
	Recebimento indevido de vantagem art.º 372º	1. O funcionário que, no exercício das suas funções ou por causa delas, por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou retificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida. 2. Quem, por si ou interposta pessoa, com o seu consentimento ou retificação, der ou prometer a funcionário, ou a terceiro por indicação ou conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida, no exercício das suas funções ou por causa delas.
Crimes Conexos (Código Penal)	Abuso de poder art.º 382º	1. O funcionário que, fora dos casos previstos nos artigos anteriores, abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.
	Tráfico de influência art.º 335º	1. Quem, por si ou interposta pessoa, com o seu consentimento ou retificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública.
	Peculato art.º 375º	1. O funcionário que ilegítimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel ou imóvel ou animal, públicos ou particulares, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.
	Peculato de uso art.º 376º	1 - O funcionário que fizer uso ou permita que outra pessoa faça uso, para fins alheios àqueles que se destinam, de veículos ou outras coisas móveis ou de animais de valor apreciável, que lhe forem entregues, públicos ou particulares, estiverem na sua posse ou lhe forem acessíveis em razão das suas funções. 2 - Se o funcionário, sem que razões especiais de interesse público o justifiquem, der a dinheiro público destino para uso público diferente daquele a que está legalmente afetado.
	Concussão art.º 379º	O funcionário que, no uso das suas funções ou poderes de fato delas decorrentes, por si ou interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou terceiro, mediante indução de erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que não lhe seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima.
	Suborno art.º 363º	Quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dávida ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a praticar fatos respeitantes aos art.º 359º ou 360º, sem que estes venham a ser cometidos.
	Participação económica em negócio art.º 377º	1. O funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender, ou realizar. 2. O funcionário que, por qualquer forma, receber, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial por efeito de ato jurídico-civil relativo a interesse que tinha, por força das suas funções, no momento do ato, total ou parcialmente, a disposição, administração ou fiscalização, ainda que sem os lesar.

	Infração	Conceito
Crimes Conexos (Código Penal)	Apropriação ilegítima de bens públicos art.º 234º	Quem por força de cargo que desempenha, detiver a administração, gerência ou simples capacidade de dispor de bens do setor público ou cooperativo, e por qualquer das formas deles, se apropriar ilegítimamente ou permitir intencionalmente que outra pessoa ilegítimamente se aproprie. A tentativa é punível
	Administração danosa art.º 235º	Quem, infringindo intencionalmente normas de controlo ou regras económicas, de uma gestão racional, provocar dano patrimonial importante em unidade económica do setor público ou cooperativo; A punição não tem lugar se o dano se verificar contra a expectativa fundada do agente
	Violação de segredo por funcionário art.º 383º	O funcionário que, sem estar devidamente autorizado revelar segredo de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado no exercício das suas funções, ou cujo conhecimento lhe tenha sido facilitado por cargo que exerce, com intenção de obter, para si ou para outra pessoa, benefício, ou com a consciência de causar prejuízo ao interesse público ou a terceiros. Se o funcionário praticar o fato previsto no número anterior criando perigo para a vida ou integridade física de outrem ou para bens patrimoniais alheios de valor elevado.
	Falsificação praticada por funcionário - art.º 257º	O funcionário que no exercício das suas funções: Omitir em documento, a que a lei atribui fé pública fato que esse documento se destina a certificar e a autenticar; ou Intercalar ato ou documento em protocolo, registo ou livro oficial, sem cumprir as formalidades legais; Com intenção de causar prejuízo a outra pessoa ou ao Estado, ou de obter para si ou outra pessoa benefício ilegítimo.
	Usurpação de funções - art.º 358º	Quem: Sem para tal estar autorizado, exercer funções ou praticar atos próprios de funcionário, de comando militar ou força de segurança pública, arrogando-se, expressa e tacitamente, essa qualidade; Exercer profissão ou praticar ato próprio de uma profissão para a qual a lei exige título, ou preenchimento de certas condições, arrogando-se, expressa e tacitamente, possuí-lo ou preenche-las, quando o não possui ou não as preenche; ou Continuar no exercício de funções públicas, depois de lhe ter sido oficialmente notificada demissão ou suspensão de funções.
	Abuso de confiança - art.º 205º	Quem ilegítimamente se apoderar de coisa móvel lhe tenha sido entregue por título não translativo da propriedade. A tentativa é punível. (...) Se o agente tiver recebido a coisa em depósito por lei em razão de ofício, emprego ou profissão, ou na qualidade de tutor, curador ou depositário judicial.

	Infração	Conceito
Infrações conexas: infrações disciplinares do trabalho em funções públicas - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LGTF)	Garantias de imparcialidade, incompatibilidades e impedimentos art.º 19º	No exercício das suas funções, os trabalhadores em funções públicas estão exclusivamente ao serviço do interesse público, tal como é definido, nos termos da lei, pelos Órgãos competentes da Administração. Sem prejuízo dos impedimentos previstos na Constituição e noutros diplomas, os trabalhadores com vínculo de emprego público estão sujeitos ao regime incompatibilidades e impedimentos previstos na presente secção.
	Garantias de imparcialidade, incompatibilidades com outras funções art.º 20º	As funções públicas são, salvo exceções, exercidas em regime de exclusividade.
	Garantias de imparcialidade, acumulação com outras funções públicas art.º 21º	O exercício de funções públicas pode ser acumulado com outras funções públicas não remuneradas, desde que a acumulação revista manifesto interesse público. O exercício de funções públicas pode ser acumulado com outras funções públicas remuneradas, desde que a acumulação revista manifesto interesse público e apenas nos seguintes casos: Participações em comissões e grupos de trabalho; Participação em Conselhos Consultivos e comissões de fiscalização ou outros órgãos colegiais de fiscalização ou controlo de dinheiros públicos; Atividades docentes ou de duração não inferior à fixada em Despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e Educação e que, sem prejuízo do cumprimento da duração semanal do trabalho, não se sobreponha em mais de um quarto ao horário inerente à função principal; Realização de conferências, palestras, ações de formação de curta duração e outras atividades de idêntica natureza;
	Garantias de imparcialidade, Secção II, Acumulação com funções ou atividades privadas art.º 22º	O exercício de funções públicas não pode ser acumulado com funções ou atividades privadas, exercido em regime de trabalho autónomo ou subordinado, com ou sem remuneração, concorrentes, similares, ou conflituantes com as atividades de natureza pública. Omitir em documento, a que a lei atribui fé pública fato que esse documento se destina a certificar e a autenticar; ou Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se concorrentes, similares ou conflituantes com as funções públicas as atividades privadas que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhado, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários. O exercício de funções públicas pode ser acumulado com funções ou atividades privadas que: Não sejam legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas; Não sejam desenvolvidas em horário sobreposto, ainda que parcialmente, ao das funções públicas; Não comprometam a isenção ou imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas; Não provoquem prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos; No exercício das funções ou atividades privadas autorizadas, os trabalhadores da Administração Pública não podem praticar quaisquer atos contrários aos interesses do serviço a que pertencem ou com eles conflitante A violação do disposto no número anterior determina a revogação da autorização para acumulação de funções, constituindo ainda infração disciplinar grave.

	Infração	Conceito
Infrações conexas: infrações disciplinares do trabalho em funções públicas - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LGTF)	Garantias de imparcialidade, Secção II, Deveres do trabalhador art.º 73º	O trabalhador está sujeito aos deveres previstos na presente lei, noutros diplomas legais e regulamentos e no instrumento regulamentação coletiva de trabalho que lhe seja aplicável. São deveres gerais dos trabalhadores: O dever geral de prossecução do interesse público; O dever de isenção; O dever de imparcialidade O dever de informação O dever de zelo; O dever de obediência; O dever de lealdade; O dever de correção; O dever de assiduidade; O dever de pontualidade. O dever de prossecução do interesse público consiste na sua defesa, no respeito pela Constituição, pela lei e pelos direitos legalmente protegidos dos cidadãos. O dever de isenção consiste em não retirar vantagens, diretas ou indiretas, pecuniárias ou outras, para si ou para terceiro, das funções que exerce. O dever de imparcialidade consiste em desempenhar as funções com equidistância relativamente aos interesses com que seja confrontado, sem discriminar positiva ou negativamente cada um deles, na perspetiva do respeito pela igualdade dos cidadãos. Não sejam legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas; O dever de informação consiste em prestar ao cidadão, nos termos legais, a informação que seja solicitada, com ressalva daquela que, naqueles termos, não deva ser divulgada. O dever de zelo consiste em conhecer e aplicar as normas legais e regulamentares e as ordens e instruções dos superiores hierárquicos, bem como exercer as funções de acordo com os objetivos que tenham sido fixados e utilizando as competências que tenham sido adequadas. O dever de obediência consiste em acatar e cumprir as ordens dos legítimos superiores hierárquicos, dadas em objeto de serviço e de forma legal. O dever de lealdade consiste em desempenhar as funções com subordinação aos objetivos do órgão ou serviço. O dever de correção consiste em tratar com respeito os utentes dos órgãos ou serviços e os restantes trabalhadores ou superiores hierárquicos.

Bibliografia:

CPC, (2023), disponível em <https://www.cpc.tcontas.pt/>

CPD, (2023). disponível em <https://www.cnpd.pt/>

IPAI, (2023), disponível em <https://www.ipai.pt/index.php>

Pinheiro, J.L. (2014), Auditoria Interna, 3ª Edição, Rei dos Livros. Lisboa

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2022-2023), ULSBA. Beja

Relatório e Contas (2022), ULSBA. Beja

Relatório do Governo Societário (2022), ULSBA. 2022