

**EXTRATO DA ATA NÚMERO VINTE E QUATRO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE**

“Às nove horas e trinta minutos do dia cinco de junho de dois mil e vinte e cinco, 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:-----
(...)------

12. SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA-----**12.1 Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações
Conexas de 2024-----**

O Conselho de Administração tomou conhecimento do relatório supramencionado, referente ao ano de 2024 (dois mil e vinte e quatro), apresentado pelo Auditor Interno, Dr. Paulo Marques, e deliberou aprovar o mesmo.-----

Ao Secretariado do Conselho de Administração para remessa às entidades competentes.---
-----“(...)”

Beja, em 6 de junho de 2025

O Conselho de Administração

JOSÉ
CARLOS
CAPUCHO
QUEIMADO

Assinado de forma
digital por JOSÉ
CARLOS CAPUCHO
QUEIMADO
Dados: 2025.06.06
14:05:58 +01'00'

2024

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS



SERVIÇO DE AUDITORIA
INTERNA

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
BAIXO ALENTEJO EPE



ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E MATRIZES.....	1
ÍNDICE DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E MATRIZES.....	3
LISTA DE SIGLAS.....	6
FICHA TÉCNICA	8
I- SUMÁRIO EXECUTIVO.....	9
II – ENQUADRAMENTO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO .	11
1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	11
2. Organização interna da ULSBA	13
2.1 O Conselho de Administração.....	13
2.2 O Fiscal Único	13
2.3 O Conselho Consultivo	14
3. Missão, objetivos e Valores	15
4.Os recursos Humanos	17
5.Evolução dos dados financeiros.....	17
III – PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	19
1.Enquadramento do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	19
2. Os riscos de Corrupção e Infrações Conexas	20
3. Funções e responsabilidades dos intervenientes.....	22
4. Áreas de risco.....	22
5. Âmbito e objetivos.....	23
6.Metodologia	23
7. Riscos identificados e medidas de mitigação	24
7.1 Avaliação das medidas propostas.....	24
7.1.1 Conselho de Administração - Áreas comuns.....	25
7.1.2 Cuidados de saúde Primários.....	27
7.1.3 Unidade de Saúde Pública.....	29
7.1.4 Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.....	30
7.1.5 Departamento de Ambulatório	31
7.1.6 Equipa de Gestão de Altas.....	32
7.1.7 Área da Telemedicina.....	33



7.1.8 Serviço de Gestão dos Recursos Humanos.....	34
7.1.9 Gabinete de Formação, Investigação e F.....	37
7.1.10. Serviços Financeiros.....	39
7.1.11. Serviço de Nutrição e Alimentação.....	42
7.1.12. Serviço de Psicologia Clínica.....	44
7.1.13 Serviços Farmacêuticos.....	47
7.1.14. Serviço de Aprovisionamento e Logística.....	51
7.1.15 Serviços Hoteleiros.....	57
7.1.16 Serviço de Instalações e Equipamentos.....	60
7.1.17 Serviço de Sistemas e T. de Informação.....	65
7.1.18 Planeamento e Controlo de Gestão.....	68
7.1.19 Bloco Operatório - área enfermagem.....	71
7.1.20 Gabinete do Cidadão.....	72
7.1.21 Gabinete Jurídico e Contencioso.....	74
7.1.22 Gabinete Qualidade, S. e Ambiente.....	77
7.1.23 Comissão de Trabalhadores.....	78
7.1.24 Serviço de Auditoria Interna.....	79
7.1.25 Comissão de Abates.....	81
7.1.26 Regulamento Geral Proteção Dados.....	82
IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	84
1. Conclusões.....	84
2. Recomendações.....	84



ÍNDICE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E MATRIZES

TABELAS

Tabela 2.1: O Conselho de Administração.....	13
Tabela 2.2: Evolução dos Recursos Humanos 2015-2024.....	17
Tabela 2.3: Evolução das rubricas do balanço.....	18
Tabela 3.1: Gestão de Riscos por nível de intervenção.....	22

FIGURAS

Figura 2.1: Distrito de Beja.....	11
Figura 2.2: Estrutura da ULSBA.....	12
Figura 2.3: Área da influência da ULSBA.....	12
Figura 3.1: Classificação da corrupção.....	20
Figura 3.2: Tipos de infrações Conexas.....	21
Figura 3.3: Tipos de infrações Conexas.....	21
Figura 3.4: Fases da elaboração do Relatório de Execução.....	24

MATRIZES

Matriz 3.1: Matriz de riscos do Conselho de Administração – áreas comuns.....	26
Matriz 3.2: Matriz de riscos dos Cuidados de Saúde Primários.....	27
Matriz 3.3: Matriz de riscos da Unidade de Saúde Pública.....	29
Matriz 3.4: Matriz de riscos da área dos MDCTS.....	30
Matriz 3.5: Matriz de riscos da área da consulta externa.....	31
Matriz 3.6: Matriz de riscos da área da gestão de altas.....	32
Matriz 3.7: Matriz de riscos na área da telemedicina.....	34

Matriz 3.8: Matriz de riscos na área do Serviço de Gestão dos Recursos Humanos.....	35
Matriz 3.9: Matriz de riscos na área da formação profissional.....	38
Matriz 3.10: Matriz de riscos na área dos serviços farmacêuticos.....	40
Matriz 3.11: Matriz de riscos na área da nutrição e alimentação.....	43
Matriz 3.12: Matriz de riscos na área da psicologia clínica.....	44
Matriz 3.13: Matriz de riscos na área financeira.....	47
Matriz 3.14: Matriz de riscos na área do aprovisionamento e logística	51
Matriz 3.15: Matriz de riscos na área dos transportes.....	56
Matriz 3.16: Matriz de riscos na área hoteleira.....	58
Matriz 3.17: Matriz de riscos na área do serviço de instalações e equipamento.....	61
Matriz 3.18: Matriz de riscos na área do SSTI.....	66
Matriz 3.19: Matriz de riscos na área do Planeamento e Controlo de Gestão.....	69
Matriz 3.20: Matriz de riscos na área bloco operatório – enfermagem.....	71
Matriz 3.21: Matriz de riscos na área do gabinete do cidadão.....	73
Matriz 3.22: Matriz de riscos na área jurídica	75
Matriz 3.23: Matriz de riscos na área da qualidade, segurança e ambiente.....	77
Matriz 3.24: Matriz medidas de riscos na área da comissão dos trabalhadores.....	78
Matriz 3.25: Matriz de riscos na área da auditoria interna.....	79
Matriz 3.26: Matriz de riscos na área dos ativos fixos tangíveis e intangíveis.....	81
Matriz 3.27: Matriz de riscos na área da proteção de dados.....	83

QUADROS

Quadro 3.1: Execução das medidas preventivas de riscos na área comum.....	27
Quadro 3.2: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos Cuidados Primários...28	
Quadro 3.3: Execução das medidas preventivas de riscos na área da saúde pública.....	30
Quadro 3.4: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos MCDTS.....	31
Quadro 3.5: Execução das medidas prevenção dos riscos na área da gestão de altas.....	33



Quadro 3.6: Execução das medidas de prevenção de riscos na área da gestão dos recursos humanos.....	37
Quadro 3.7: Execução das medidas de preventivas de riscos na área da formação profissional.....	39
Quadro 3.8: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos serviços farmacêuticos.....	41
Quadro 3.9: Execução das medidas preventivas de riscos na área da nutrição e alimentação.....	44
Quadro 3.10: Execução das medidas preventivas de riscos na área da psicologia clínica.....	45
Quadro 3.11: Execução das medidas preventivas de riscos na área financeira.....	49
Quadro 3.12: Execução das medidas preventivas de riscos na área de aprovisionamento e logística.....	53
Quadro 3.13: Execução das medidas de preventivas de riscos na área dos transportes.....	57
Quadro 3.14: Execução das medidas preventivas de riscos na área hoteleira.....	59
Quadro 3.15: Execução medidas preventivas de riscos na área do serviço de instalações e equipamentos.....	63
Quadro 3.16: Execução das medidas preventivas de riscos na área do serviço de sistemas e tecnologias da informação.....	67
Quadro 3.17: Execução das medidas preventivas de riscos na área do planeamento e controlo de gestão.....	70
Quadro 3.18: Execução das medidas preventivas de riscos no bloco operatório – área de enfermagem.....	72
Quadro 3.19: Execução das medidas preventivas de riscos na área do gabinete do cidadão.....	73
Quadro 3.20: Execução das medidas preventivas de riscos na área jurídica.....	76
Quadro 3.21: Execução das medidas preventivas de riscos na área da comissão dos trabalhadores.....	79
Quadro 3.22: Execução das medidas preventivas de riscos na área da auditoria interna.....	80
Quadro 3.23: Execução das medidas preventivas de riscos da matriz de riscos na área dos abates de bens.....	82
Quadro 3.24: Execução das medidas preventivas na área da proteção de dados.....	83



LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde
AIPD – Avaliação de Impacto de Proteção de Dados
BEP – Bolsa de Emprego Público
BO – Bloco Operatório
CA – Conselho de Administração
CC – Contabilista Certificado
CCP – Código dos Contratos Públicos
CIT – Contrato Individual de Trabalho
CNTS – Centro Nacional de Telemedicina
CP – Código Penal
CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção
CRSI – Comité de Risco e Segurança Informática
CS – Centro de saúde
CT – Centro de Telemedicina
CT – Comissão de Trabalhadores
CTFP – Contrato Trabalho em Funções Públicas
DA-CE – Departamento Ambulatório e Consulta Externa
DL – Decreto Lei
DMCDT – Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
DSFC – Departamento Saúde Familiar e Comunitária
DSP – Departamento Saúde Pública
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipas Comunitárias Suporte em Cuidados Paliativos
EGA – Equipa Gestão de Altas
EPD – Encarregado de Proteção de Dados
GC – Gabinete do Cidadão
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
GCP – Gestor dos Contratos Públicos
GFI – Gabinete de Formação e Investigação
GQSA – Gabinete Qualidade, Segurança e Ambiente
GJC – Gabinete Jurídico e Contencioso
GPiG – Gabinete Planeamento da Informação de Gestão
GPO – Gabinete Prevenção de Ocorrências
HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes
IGCP – Instituto de Gestão do Crédito Público
JC – Jurídico e Contencioso
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MENAC – Mecanismo Anticorrupção
OPP – Ordem dos Psicólogos Clínicos
PPRCIC – Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados
SAI – Serviço Auditoria Interna



SAL – Serviço de Aprovisionamento e Logística
SICA – Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
SICC – Sistema Informação Centralizado de Contabilidade
SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos
SF – Serviço Financeiro
SGRH – Serviço de Gestão dos Recursos Humanos
SH – Serviços Hoteleiros
SNA – Serviço de Nutrição e Alimentação
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SGCP – Serviço de Gestão, Planeamento e Controlo de Gestão
SP – Serviço de Psicologia Clínica
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SRH – Serviço de Recursos Humanos
SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação
ST – Serviço de Transportes
SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais
TC – Tribunal de Contas
ULS – Unidade Local de Saúde
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
USP – Unidade de Saúde Pública



FICHA TÉCNICA

Título	Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
Referencial	artº 86º DL nº 52/2022, de 4.08
Autor	Serviço de Auditoria Interna
Endereço	Rua António Fernando Covas Lima S/N - 7800-001 Beja
Colaboração	Conselho de Administração, serviços da ULSBA
Ano	2024
Contactos	ca@ulsba.min-saude.pt

I – SUMÁRIO EXECUTIVO

A ULSBA sendo uma entidade pública empresarial, enquadrada na administração indireta do Estado, tem como principal missão a produção de serviços de saúde a uma comunidade adstrita à região do Baixo Alentejo. Nesta perspetiva, de acordo com a legislação em vigor está sujeita à elaboração do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, e respetivos Relatórios de Execução dos mesmos.

A ULSBA elaborou o Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o ano 2024, abrangendo 27 áreas/serviços da instituição, 166 riscos de corrupção e infrações conexas e 328 medidas preventivas desses mesmos riscos. Destes riscos 20 são de pequeno risco, 88 de risco moderado, 40 de alto risco e 18 críticos, abrangendo de forma transversal toda a instituição, incluindo os riscos dos cuidados primários e hospitalares, o próprio Conselho de Administração, comissões técnicas entre outras.

A elaboração do relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o ano de 2024 traduz o resultado do trabalho feito pelos diversos serviços ou áreas envolvidas no projeto comum de minimização de riscos de corrupção e infrações conexas na ULSBA, cumprindo o tipificado no DL n.º 52/2022 de 04.08 e DL n.º 109-E/2021, de 09.12. O relatório em causa será aprovado em Conselho de Administração e enviado às entidades de tutela, de superintendência e de fiscalização.

O relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do corrente ano, tem como resultado a aplicação de 328 medidas, 24 não aplicadas e estão em execução 92. O elevado sucesso na aplicação das medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, revela o enorme envolvimento de toda a organização na implementação de medidas que promovam o melhoramento contínuo no combate à fraude e corrupção.

Em termos percentuais, verifica-se uma execução de 64,63 % das medidas propostas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, 28,04 % das mesmas estão em execução e apenas 7,33% não foram aplicadas. As medidas preventivas dos riscos de corrupção e infrações conexas não executadas, devem ser monitorizadas de forma reiterada para os anos de 2025 e 2026, em especial as de risco crítico que não foram executadas, através do relatório intercalar. Desta forma, o SAI vai incidir a sua monitorização nesta área no sentido de se aplicar a totalidade das medidas propostas.

Assim, o quadro seguinte representa o resumo dos riscos de corrupção e infrações conexas identificados na ULSBA bem como as medidas preventivas dos mesmos riscos.



Designação	Responsáveis Execução do Plano	Medidas Preventivas	Executadas	Em Execução	Não Executadas	Total
Conselho de Administração	Órgão de Gestão	16	7	9		16
Departamento Comunitário de Saúde Familiar	Dr. Luis Coentro	16	2	8	6	16
Unidade de Saúde Pública	Drª Sara Duarte	9		9		9
Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	Drª Joana Vacas de Carvalho	10		10		10
Consulta Externa	Drª Maria Gião	13		13		13
Gestão de Altas	Enf. Fátima Pinheiro	6	4	2		6
Centro Telemedicina	Dr. Marciano Lopes	7		7		7
Serviço de Gestão dos Recursos Humanos	Dr. Vítor Paixão	21	13	3	5	21
Gabinete Formação e Investigação	Drª Sandra Guiomar	11	10	1		11
Serviços Farmacêuticos	Drª Paula Sadio	20	15	3	2	20
Serviço de Nutrição e Alimentação	Drª Verónica Túbal	19	10	7	2	19
Serviço de Psicologia Clínica	Drª Ana Charraz	14	13	1		14
Serviços Financeiros	Dr. António Palma	19	17	1	1	19
Serviço de Aprovisionamento e Logística	Drª Mariana Raposo	18	14	4		18
Área dos Transportes	Drª Mariana Raposo/Dr. Brás Palma	12	10	1	1	12
Serviços Hoteleiros	Drª Maria João Lino	12	5	4	3	12
Serviço de Instalações e Equipamentos	Eng. Ana Franco	25	22		3	25
Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação	Dr. Norberto Chinita	12	10	2		12
Planeamento e Controlo de Gestão	Dr. Manuel Soares	8	6	2		8
Bloco Operatório - área enfermagem	Enf. Ana Mota	7	7			7
Gabinete do Cidadão	Drª Graça Fortunas	7	6	1		7
Gabinete Jurídico e Contencioso	Drª Sónia Calvário	8	8			8
Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente	Drª Ester Machado	9	9			9
Comissão de Trabalhadores	Enf. Sónia Gomes	8	6	2		8
Serviço de Auditoria Interna	Dr. Paulo Marques	9	9			9
Comissão de Abates	Dr. António Machado	5	5			5
Regulamento Geral de Proteção de Dados	Drª Conceição Pires	7	4	2	1	7
		328	212	92	24	328

Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas futuros devem absorver todas as áreas não consideradas neste Plano, e se for o caso, também as que se justifiquem neste mesmo Plano de 2024-2026.

II – ENQUADRAMENTO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

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 pelo regulamento interno homologado em Conselho de Administração e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não contrariem os estatutos. localiza-se no distrito de Beja e 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⁽¹⁾, sendo o maior distrito do país e uma população residente de cerca de 146 275 habitantes, distribuída por 14 municípios e 75 freguesias. Fazem parte do distrito, de acordo com a figura 1.1 os concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, 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.

Figura 2.1: Distrito de Beja



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

1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

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. Tem ainda de assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica de abrangência.

¹ Segundo Censos de 2023 publicados no Instituto Nacional de Estatística.

A Unidade Local de Saúde desenvolve a sua atividade em três níveis de prestação de cuidados:

- **Os Cuidados de Saúde Primários** são assegurados à população da área de abrangência da ULSBA através dos Departamentos de Saúde Familiar e Comunitário (DSFC) e o Departamento de Saúde Pública (DSP). O DSFC é uma estrutura intermédia de gestão com autonomia técnica e atribuições específicas, cuja sede fica situada no Centro de Saúde de Beja. É constituído por 13 centros de saúde e respetivas extensões de saúde, designadamente: CS Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa, Vidigueira. Integra também a Consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica em cuidados de saúde primários e outras atividades consideradas relevantes.
- **Cuidados de Saúde Hospitalares** assegurados pelo Hospital José Joaquim Fernandes, localizado em Beja, disponibilizando 22 especialidades médicas, organizadas em Departamentos (Saúde Mental, Especialidades Cirúrgicas, Especialidades Médias, Mulher e Criança, Ambulatório e Urgência, Emergência e Anestesiologia, MCDT).
- **Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos**, assegurados, respetivamente, pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e pela Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP Beja), parte integrante da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Figura 2.2: Estrutura da ULSBA



Figura 2.3: Área da influência da ULSBA



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 (Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira) uma Unidade de Saúde Familiar incluindo mais de 60 extensões de saúde.

2. Organização interna da ULSBA

A ULSBA é constituída por três Órgãos Sociais:

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

2.1 O Conselho de Administração

O Conselho de Administração da ULSBA é um dos três Órgãos Sociais e a sua composição, competências, nomeação, funcionamento e mandato está tipificado nos estatutos do SNS, conforme Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. O Conselho de Administração da ULSBA é composto pelos elementos descritos na tabela seguinte.

Tabela 2.1: O Conselho de Administração

Cargo	Titular	Nomeação	Mandato
Presidente do Conselho de Administração	José Carlos Capucho Queimado	Despacho n.º 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 n.º 4610/2023, de 17 abril do Gabinete 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 n.º 7307/2023, de 11 julho do Gabinete do Sr. Ministro da Saúde e Secretário Estado do Tesouro	03-07-2023 a 31-12-2025
Vogal Executiva	Vanessa Pinto de Almeida Faria Almodôvar	Despacho n.º 4610/2023, de 17 abril do Gabinete 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 n.º 4610/2023, de 17 abril do Gabinete Sr. Ministro da Saúde e Secretário de Estado do Tesouro	06-04-2023 a 31-12-2025

2.2 O Fiscal Único

O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULSBA. As competências do Fiscal Único estão tipificadas no DL n.º 52/2022, de 4 de agosto. Conforme Despacho n.º 1517/2016, de 29 de dezembro, do Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças, para o triénio de 2016-2018, foi designado o Fiscal Único:



CRC – COLAÇO, ROSA & ASSOCIADO, SROC

O mandato do Fiscal Único terminou em dezembro de 2018, contudo, mantem-se em funções nos termos do DL n.º 52/2022, de 4 de agosto, no qual é mencionado **“cessando o mandato, o Fiscal Único mantem-se em exercício de funções até à designação de novo titular ou à declaração ministerial de cessação de funções.”**

A sociedade de revisores oficiais de contas descrita supra foi alterada para:

MOORE STEPHENS & ASSOCIADOS, SROC, SA

2.3.0 Conselho Consultivo

O Conselho Consultivo foi nomeado por Despacho n.º 3813/2013, de 1 de março, do Ministro da Saúde nos termos do n.º 4 do art.º 21.º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, a duração do mandato deste órgão social é de três anos e foi renovado por igual período.

Atualmente, a instituição não tem Conselho Consultivo.

3. Visão, 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, as cirurgias em tempo útil, garantindo o cumprimento dos tempos recomendados no atendimento urgente.

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 (PPRIC:2024-2026).

4. Os recursos Humanos

A ULSBA no final de 2024 possuía um total de 1783 funcionários, mais 13 comparativamente a 2023, cujo número total de funcionários era de 1770. A presente tabela apresenta a evolução dos recursos humanos da instituição desde o ano 2015 até à presente data.

Tabela 2.2: Evolução dos Recursos humanos 2015-2024

Período: Janeiro a Dezembro	Períodos									
	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Contrato Trabalho em Funções Públicas (CTFP)	542	585	626	669	708	742	770	785	793	813
Contrato Individual de Trabalho sem Termo (CIT S/Termo)	1116	1013	982	951	893	857	804	775	711	681
Contrato Individual de Trabalho com Termo (CIT C/Termo)	55	100	108	118	69	48	35	26	68	51
Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo Incerto	48	52	66	60	78	59	63	57	63	76
Contrato de Trabalho a Termo Resolutivo Certo	13	12	0	0	0	0	0	0	0	3
Avença	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cedência Ocasional de Interesse Público	1	2	8	9	11	10	7	8	7	9
Cedência Ocasional	6	4								
Comissão de Serviço Pública	1	1								
Total	1783	1770	1791	1808	1821	1717	1680	1652	1643	1634

Fonte: SRH

Desde 2015 até ao presente a ULSBA aumentou o número de funcionários em especial entre os anos 2019 e 2020, devido à necessidade de contratação de profissionais para combate à doença SARCOV 2.

5. Evolução dos dados financeiros

O quadro seguinte permite verificar a evolução das principais rubricas do balanço desde o ano de 2016. A instituição tem reforçado o aumento do ativo total, ao mesmo tempo acompanhada pelo aumento do passivo total e diminuição dos capitais próprios, salvo no ano de 2023 em que aumentaram. Esta diminuição dos capitais próprios, que atualmente, são negativos, justifica-se pelo acumular de resultados negativos desde o ano de 2016. Na data da elaboração deste documento o ano de 2024 ainda não estava finalizado pelo que não foi incluído.



Tabela 2.3: Evolução das rubricas do balanço

Período: Janeiro a Dezembro	Realizado							
	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Ativo não corrente	29 720 317,43	27 047 553,89	24 835 129,49	24 301 108,94	23 169 045,54	23 129 799,55	23 234 185,64	23 437 404,86
Ativo corrente	38 109 190,80	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	67 829 508,23	63 654 790,17	61 272 417,91	59 721 260,66	56 755 123,45	53 679 826,01	45 510 688,90	34 250 534,80
Total do Capital Próprio	-23 898 103,76	-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	2 809 625,16	1910 904,62	1642 862,43	1167 712,49	613 161,45	310 719,45	207 421,83	375 718,80
Passivo corrente	88 917 986,83	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	91 727 611,99	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	67 829 508,23	63 654 790,17	61 272 417,91	59 721 260,66	56 755 123,45	53 679 826,01	45 510 688,90	34 250 534,80

III – PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Nos termos do artº 86º dos estatutos do Serviço Nacional de Saúde, Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna elabora um relatório anual de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, aprovado pelo Conselho de Administração e submetido por este ao Conselho da Prevenção da Corrupção, aos membros do Governo da área da Saúde e Finanças e às entidades de superintendência e fiscalização, nos termos do nº 7 do artº 6º do regime geral anticorrupção previsto no DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro. O mencionado relatório tem por base os riscos de Corrupção e Infrações Conexas identificados pelos responsáveis dos serviços/áreas, bem como as medidas de prevenção dos mesmos, inseridos no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Desta forma, o SAI procedeu à elaboração do mencionado Relatório de Execução, apresentando de seguida os resultados da monitorização do mesmo.

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

Para cumprimento da Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho da Prevenção da Corrupção (CPC), foi elaborado o Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas do período 2024-2026, aprovado pelo Conselho de Administração em 14.03.2024, através da ATA nº 10. De acordo com a mencionada recomendação é solicitado pelo Conselho de Prevenção da Corrupção a definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do Plano, sob a direção do órgão máximo da instituição, bem como, a elaboração de um relatório de Execução, solicitando a todos os organismos de controlo, inspeção e auditoria, que nas suas ações, verifiquem, de acordo com 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, sendo caso disso, as razões que motivaram a não resposta. Além disso, o DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, institui o **Regime Geral Anticorrupção**, no qual define vários pilares no combate à corrupção: aprovação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas bem como os relatórios de Execução, a elaboração do Código de Ética e Conduta, a elaboração e cumprimento de um plano de formação que contenha ações de formação anticorrupção, a definição de um canal de denúncias internas e nomeação de um Responsável de Cumprimento Normativo.

Assim, levando em consideração as recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção e do MENAC foi efetuada a monitorização do Plano, para verificação do grau de implementação das medidas identificadas em cada área e descritas no mesmo Plano, bem como da necessidade de revisão dos riscos em cada área de gestão da ULSBA. Na sequência, foi elaborado este relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do ano de 2024.

Este processo, sendo dinâmico, exige um acompanhamento constante e um controlo eficaz dos processos de controlo interno da ULSBA, visando obter uma melhoria contínua dos processos internos nas áreas mais sensíveis e que comportam maior risco, sendo necessária a avaliação da execução do PPRCIC e também a necessidade de identificação de situações potenciadoras de novos riscos considerando a necessidade de revisão/atualização do próprio Plano.

A coordenação e elaboração do Relatório de Execução do PPRCIC é da responsabilidade do Serviço de Auditoria Interna nos termos do Estatuto do SNS, artº 86º DL nº 52/2022, de 4 de agosto. Nessa função, articula-se com o órgão de gestão e diversos serviços/áreas da ULSBA.

2. Os riscos de Corrupção e Infrações Conexas

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, do conhecimento de todos os profissionais da ULSBA, através de uma abordagem sistémica ao nível dos conceitos de “**Risco**”, “**Corrupção**” e “**Infrações Conexas**”. À luz desta ideia, convém esclarecer o significado destes conceitos:

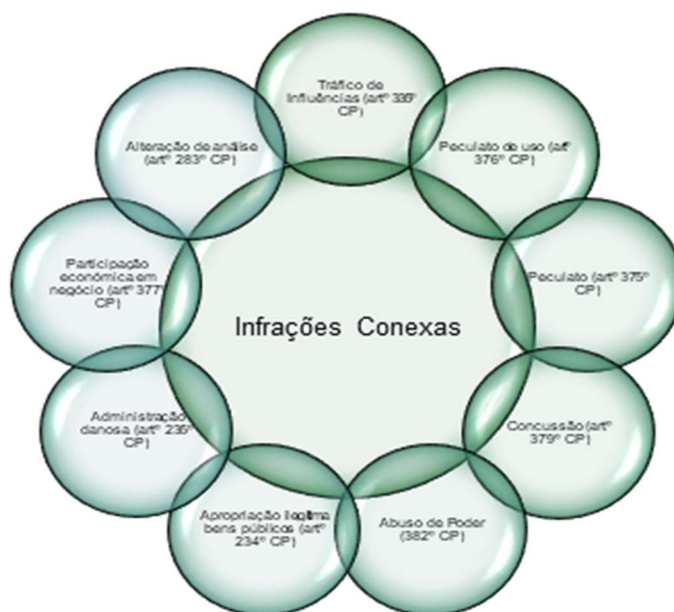
- **Risco** – O facto gerador de risco, eventual, ou circunstancial, de ocorrência provável e futura, suscetível de gerar corrupção ou infração conexa e medido numa escala de probabilidade de ocorrência e gravidade das suas consequências, positivas ou negativas, atendendo ao efeito produzido nos objetivos 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:

Figura 3.1: Classificação da corrupção



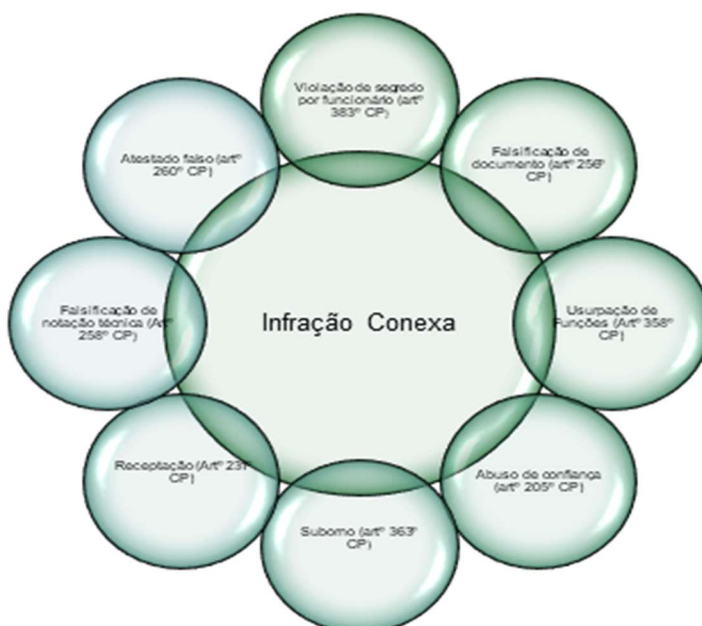
- **Infração conexa** – tipifica um comportamento não desejável entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas para obtenção de vantagem ou compensação para o agente público. De entre muitas podemos destacar as seguintes

Figura 3.2: Tipos de infrações Conexas



Fonte: PPRCIC 2024-2026

Figura 3.3: Tipos de infrações Conexas



3. Funções e responsabilidades dos intervenientes

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas identifica de forma clara as responsabilidades dos diversos intervenientes, sobre os recursos necessários e disponíveis e a forma de intervenção ao nível do mesmo. A tabela seguinte extraída e adaptada do Plano de Prevenção de Riscos do Tribunal de Contas, permite identificar os intervenientes e respetivas responsabilidades.

Tabela 3.1: Gestão de Riscos por nível de intervenção

Gestão de riscos		
Nível de intervenção	Intervenientes	Funções e responsabilidades de intervenção
Plano Estratégico	Conselho de Administração	É o órgão responsável pela Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.
Plano Tático	Diretores e Coordenadores de Serviços da ULSBA	Responsáveis pela implementação e acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Identificam os principais riscos em termos de corrupção e infrações conexas e asseguram a implementação das medidas para mitigação desses mesmos riscos.
Plano Operacional	Funcionários	Devem ter conhecimento dos riscos e assegurar a forma de os poderem reduzir contribuindo para um processo de melhoria contínua.
Controlo Interno	Serviço de Auditoria Interna	Elabora o PPRCIC e acompanha a execução das medidas identificadas no mesmo, elaborando o respetivo Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Fonte: adaptado pelo SAI

4. Áreas de risco

A lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que cria o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), a funcionar junto do Tribunal de Contas, considera no art.º 7.º atividades de risco agravado:

- Aquisições de bens e serviços;
- Empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso;
- Permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares;
- As decisões de ordenamento e gestão territorial;
- Bem como outras que suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem e seus familiares.

Sabendo que a ULSBA apresenta uma estrutura e gestão complexa, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contempla áreas transversais a toda a instituição.

5. Âmbito e objetivos

O Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da ULSBA, visa averiguar em que medida o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, foi de uma forma geral cumprido, mediante a verificação do grau de cumprimento das medidas nele expostas, e também, refletir sobre a necessidade de revisão e consequente atualização do mesmo, caso se identifiquem situações potenciadoras de riscos na instituição ou nos Serviços/Áreas de intervenção.

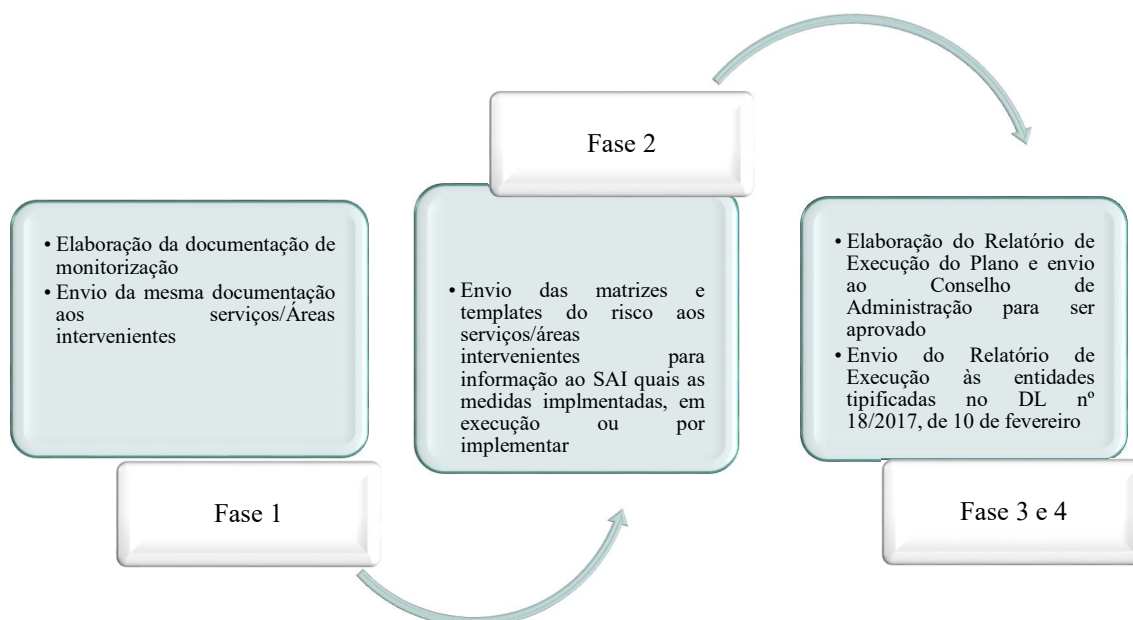
A elaboração do relatório de Execução do PPRCIC, além de ser uma obrigação legal, reforça a credibilidade, ao nível da transparência da instituição e a sua capacidade potenciadora de implantar boas práticas de governação, prevenindo a ocorrência de riscos na área da corrupção e infrações conexas. O processo de monitorização está assim refletido neste relatório de execução e contempla os seguintes aspetos:

- O grau de execução das medidas adotadas e a necessidade da adoção de novas medidas;
- A descrição dos riscos eliminados, ou aqueles cujo risco foi reduzido e os que se mantêm;
- O apuramento dos riscos identificados ao longo do ano e que não foram contemplados no Plano inicial;
- A identificação dos responsáveis envolvidos na gestão do Plano;
- Outros aspetos considerados de relevante interesse na gestão do Plano.

6. Metodologia

A elaboração do Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, procura reiterar processos e seguir uma sequência lógica e transversal a toda a instituição. Assim, conforme demonstrado seguidamente, na fase 1, foi planeada e elaborada a documentação necessária à monitorização das medidas inseridas no PPRCIC de 2024-2026. Numa segunda fase, foram enviadas aos serviços/áreas as **matrizes de risco** inseridas no PPRCIC para informação ao SAI das medidas **implementadas**, em **execução** ou **não executadas**. Numa terceira fase, receção no SAI da informação dos diversos serviços/áreas a incluir no PPRCIC de modo a ser aferido o grau de execução das mesmas em resposta ao risco identificado. De seguida, elaboração e apresentação do Relatório de Execução de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas ao Conselho de Administração para aprovação. Por fim, após aprovação do Relatório de Execução, envio do mesmo às entidades tipificadas no artº 86º do DL nº 52/2022, de 4 de agosto e DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro.

Figura 3.4: Fases da elaboração do relatório de Execução



Fonte: SAI

7. Riscos identificados e medidas de mitigação

Os riscos dos serviços/áreas da ULSBA inseridos no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, foram classificados como “Risco pequeno” (risco de grau 1 a 3), “Risco Moderado” (risco de grau 4 a 6), “Risco Alto” (risco de grau 8 a 12), “Risco Crítico” (risco de grau 15 a 20) de acordo com matriz inserida no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2024-2026.

Foram inseridas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, 27 áreas/serviços com potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. A ULSBA elaborou o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para 2024-2026, tendo identificado os riscos e medidas de resposta a esses mesmos riscos conforme matrizes de risco para cada área. Salienta-se a identificação de 166 riscos potenciais de envolverem corrupção e infrações conexas e 328 medidas de resposta a esses mesmos riscos a serem implementadas pelos serviços/áreas identificados.

7.1 Avaliação das medidas propostas

O SAI validou as medidas de mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas propostas pelos serviços/áreas apresentando os resultados neste relatório.



Atendendo à complexidade da instituição não foi possível incluir todas as áreas, quer dos cuidados de saúde primários, hospitalares ou paliativos. Assim, esta abordagem deve ser analisada em vários Planos e por diversos anos de modo a ser contemplado todos os serviços e áreas da ULSBA. Além disso, o Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas deve ser analisado todos os anos no triénio para o qual o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas tem validade.

Nessa perspetiva as páginas seguintes contemplam a análise das medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas numa base anual mas que deve ser analisada no último ano de validade do Plano para verificar se todas as medidas definidas inicialmente foram aplicadas.

7.1.1 Conselho de Administração – áreas comuns

A matriz 3.1 engloba os riscos de corrupção e infrações conexas da responsabilidade do Conselho de Administração bem como as medidas preventivas a serem aplicadas por este órgão para mitigação desses mesmos riscos. Foram identificados 8 riscos de corrupção e infrações conexas e 16 medidas preventivas desses mesmos riscos conforme matriz seguinte.

Matriz 3.1: Matriz de riscos do Conselho de Administração – áreas comuns

Unidade orgânica - Conselho de Administração e áreas comuns - (CA)						Grau cumprimento		
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Não executada	Executada	Em execução
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)		X	
					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		X	
					1.1.3 Cumprimento do regime geral do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro		X	
					1.1.4 Aplicação da segregação de funções, quer ao nível do Conselho de Administração na distribuição de funções, quer ao nível dos serviços			X
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		X	
	1.3 Não existência de avaliações, um plano para esta área e não aplicação dos Acordo Coletivos de Trabalho	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.3.1 Aplicação de todos os Acordos Coletivos de Trabalho existentes		X	
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		X	
					1.4.2 Aprovação e cumprimento de um Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades		X	
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			X
					1.5.2 Registo informático de todas as delegações de competências existentes na ULSBA.			X
Gestor do contrato	1.6 Aplicação da recomendação Técnica do IMPIC 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			X
					1.6.2 Publicitação na intranet da ULSBA, por concurso, de todos os gestores de contratos			X
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			X
					1.7.2 Colocação de sinalética relativa a captação de imagens			X
Gestão organizacional	1.8 Adução de dados para cumprimento dos objetivos do Contrato Programa	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Monitorização do contrato programa		X	
					1.8.2 Elaboração do Plano de Desenvolvimento Organizacional e cumprimento do mesmo		X	

Foram apresentadas 16 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas para mitigação dos 8 riscos de corrupção e infrações conexas apresentadas pelo Conselho de Administração. No ano de 2024, foram cumpridas 9 medidas e as restantes estão em execução, conforme quadro seguinte.

Quadro 3.1: Execução das medidas preventivas de riscos na área comum

Identificação dos riscos						Medidas preventivas					
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução
Órgão de gestão - áreas comuns	8		6	1	1	16	9	56,25%			7

7.1.2 Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários na ULSBA são assegurados, na sua área de influência direta, através do Departamento de Saúde Familiar e Comunitária (DSFC) e Departamento de Saúde Pública (DSP). O DSFC desenvolve atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados. Desenvolve ainda atividades de investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. A área dos cuidados de Saúde Primários engloba os centros de saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira. Integra ainda a Consulta de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica em cuidados de saúde primários e outras atividades consideradas relevantes. Engloba ainda todas as extensões de saúde do Baixo Alentejo.

Nesta área foram definidos 7 riscos de corrupção e infrações conexas aos quais correspondem 16 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme matriz nº 3.2.

Matriz 3.2: Matriz de riscos dos Cuidados de Saúde Primários

Unidade orgânica - Departamento Cuidados de Saúde Primários - (DSFC)										
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em Execução	Não executadas	
Informação no RNU	1.1 Inscrições inadequadas no Registo Nacional de Utentes (RNU)	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.1.1 Monitorização mensal do registo de utentes	DSFC e funcionários utilizadores		x		
					1.1.2 Assegurar ao nível de todos os CS o cumprimento do Despacho nº 1774-A/2017, de 24 de fevereiro	DSFC		x		
					1.1.3 Elaboração de um Regulamento/Instrução de Trabalho com os procedimentos do Despacho nº 1774-A/2017, de 24 de fevereiro e sua distribuição a todos os CS para aplicação	DSFC			x	
					1.1.4 Cruzamento periódico da informação entre o RNU e o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO)				x	

Organização e gestão dos recursos existentes	1.2 Afetação inadequada de recursos, nomeadamente, equipamentos e controlo dos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.2.1 Existência/elaboração de manual DSFC/CS com informação dos equipamentos essenciais, os que são de partilha comum e os que não são e a forma como são partilhados.	DSFC			X
					1.2.2 Elaboração de um regulamento sobre a partilha de equipamentos entre USF e outras entidades				X
Optimização do circuito do medicamento e outros produtos clínicos	1.3 Utentes sem acesso a medicamentos pela morosidade no acesso aos mesmos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Definição de procedimentos extraordinários para requisição extraordinária de medicamentos	DSFC e Diretores áreas clínicas		X	
					1.3.2 Procedimentos para atualização de perfis dos produtos farmacêuticos e produtos de consumo clínico	DSFC, SSTI e Diretores áreas clínicas		X	
Custódia dos Bens	1.4 Risco de perda, furto ou desvio de equipamentos ou falta de controlo no seu abate	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 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	DSFC, SAL			X
					1.4.2 Cumprimento do Manual de Abate de Ativos Fixos Tangíveis e Intangíveis da ULSBA	DSFC, SAL		X	
	1.5 Falta de controlo dos inventários existentes nos CS	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.5.1 Cumprimento dos procedimentos de inventariação, nomeadamente, das instruções de contagens de bens inventariáveis	DSFC		X	
					1.5.2 Auditorias internas aos inventários	DSFC			X
Assiduidade e regime de acumulação de funções	1.6 Não cumprimento do manual do Sisqual, falta de picagem do ponto	Muito Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Reforço sobre o cumprimento das medidas descritas no manual Sisqual	DSFC	X		
					1.6.2 Auditorias internas ao sistema de controlo de assiduidade	DSFC, SAI	X		
	1.7 Não cumprimento do regime de acumulação de funções ou comunicação de funções privadas por médicos e enfermeiros	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.7.1 Sensibilizar os funcionários para o cumprimento do regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	DSFC		X	
					1.7.2 Auditorias internas ao regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas	DSFC		X	

O DSFC mudou a direção do serviço pelo que a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para esta área não foi aplicada na íntegra. Ainda assim, após monitorização efetuada pelo SAI no ano 2024, conclui-se o seguinte.

Quadro 3.2: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos Cuidados Primários

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Cuidados de Saúde Primários	7	1	3	3		16	2	12,50%	6	37,50%	8	50,00%

7.1.3 Unidade de Saúde Pública

A Gestão, estrutura e funcionamento da Unidade de Saúde Pública (USP) da ULSBA rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, republicado pelo Decreto-Lei n.º 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.

Foi definida a matriz n.º 3.3 para a Unidade de Saúde Pública na qual foram inseridos 4 riscos de corrupção e infrações conexas, aos quais foram associadas 9 medidas preventivas desses mesmos riscos a serem implementadas no período 2024-2026.

Matriz 3.3: Matriz de riscos da Unidade de Saúde Pública

Unidade orgânica - Unidade de Saúde Pública - (USP)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não Executadas
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	USP		x	
					1.1.2 Verificação interna sobre a aplicação do regime de acumulação de funções e comunicação de funções privadas a todos os funcionários	USP		x	
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	USP		x	
					1.2.2 Promover a uniformização e transparência das decisões técnicas para evitar influência nas decisões	USP		x	
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	USP		x	
					1.3.2 Aplicação do Regulamento Sanitário Internacional nas suas várias vertentes	USP		x	
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	USP, SSTI		x	
					1.4.2 Limitar acessos que impliquem dados sensíveis	USP		x	
					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	USP, SPMS, SSTI, CA		x	

A Unidade de Saúde Pública no período de realização deste Relatório de Execução tem a diretora da Unidade ausente em baixa médica. Desta forma, não foi possível monitorizar esta área. O quadro seguinte demonstra que todas as medidas preventivas de riscos estão em execução até ao ano 2026.

Quadro 3.3: Execução das medidas preventivas de riscos na área da saúde pública

Identificação dos riscos						Medidas preventivas					
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução
Unidade de Saúde Pública	4		2	2		9					9
											100,00%

7.1.4 Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

O Departamento dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTS) englobam, conforme organograma da ULSBA, o Serviço de imagiologia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Medicina Física e Reabilitação e Anatomia Patológica e a Unidade de Hemodialise. Agrega todos os exames dos meios de diagnóstico e terapêutica da ULSBA, incluindo os exames efetuados no exterior. Nesta área foram definidos quatro riscos e onze medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas conforme matriz 3.4.

Na área dos MDCTS foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 4 riscos de corrupção e infrações conexas e 10 medidas preventivas dos mesmos riscos.

Matriz 3.4: Matriz de riscos da área dos MDCTS

Unidade orgânica - Área MCDT - (DMCDT's)											
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não Executadas		
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 Centralizar a autorização dos termos de requisição de MCDT's	CA, DMCDT's		x			
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	DMCDT's		x			
					1.2.2 Continuação do reforço dos procedimentos administrativos através do arquivo do documento de prescrição, fatura, requisição e o Termo de Responsabilidade e verificação do correto preenchimento de todos os documentos	DMCDT's		x			
					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		x			
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	DMCDT's		x			
					1.3.2 Auditorias internas à requisição/execução dos MCDT's	DMCDT's		x			
Contratos de prestação de serviços, adjudicações e concursos	1.4 Risco de concluir 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	DMCDT's		x			
					1.4.2 Execução de auditorias internas para verificação dos parâmetros exigidos de controlo interno e boas práticas, bem como deteção de fraudes	DMCDT's		x			
					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	DMCDT's		x			
					1.4.4 Verificação por amostragem dos cadernos de encargos e restantes documentos exigidos no processo de execução de um MCDT	DMCDT's		x			

Não foi possível monitorizar esta área por o Conselho de Administração estar a prever nomear um diretor (a) para esta área pelo que todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações

conexas estarem em execução. O quadro 3.4 agrega o resumo das medidas executadas nesta área conforme demonstrado.

Quadro 3.4: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos MCDTS

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
MCDTS	4	1	1	2		10					10	100,00%

7.1.5 Departamento de ambulatório – consulta externa

A estrutura de cuidados hospitalares da ULSBA está organizada em Departamentos, Serviços e Unidades Funcionais entre outros, dos quais a área da Consulta Externa faz parte. A área da Consulta Externa engloba as várias áreas de especialidades médicas solicitadas por utentes do Serviço Nacional de Saúde. Assim, na área da Consulta Externa foi definida a matriz de riscos descrita em seguida, que possui 8 riscos de corrupção e infrações conexas, dos quais 2 são de alto risco, 4 moderados e 1 de risco pequeno. Foram definidas 13 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas para mitigação destes mesmos riscos.

Matriz 3.5: Matriz de riscos da área da consulta externa

Unidade orgânica - Departamento Ambulatório/Consulta Externa - (DA-CE)												
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas			
Marcação de consultas	1.1 Risco de alteração das marcações de consultas por influências externa à área administrativa	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	DA - CE		x				
					1.1.2 Alteração de tarefas através da alteração frequente de funcionários ou polivalência de funções	DA - CE		x				
	1.2 Favorecimento de familiares e amigos				1.2.1 Auditorias frequentes aos procedimentos instaurados e frequência de ações de formação respeitantes a riscos de corrupção e infrações conexas	DA - CE		x				
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		x				
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		x				
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	DA - CE		x				
					1.5.2 Verificar os médicos em regime de prestação de serviços e analisar todas as consultas adicionais efetuadas pelos mesmos	DA - CE		x				
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	CA, DA-CE		x				
					1.6.2 Reorganização do espaço físico com alteração do posto de marcação das consultas externas	CA, DA-CE		x				
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	DA - CE		x				
					1.7.2 Definição de políticas de segurança da informação, nomeadamente, no âmbito do RGPD em articulação com o SSTI			x				
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	DA - CE		x				
					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		x				

Todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas da área da consulta externa estão em execução.

7.1.6 Equipa de Gestão de Altas

A equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa multidisciplinar que existe na ULSBA 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. A Equipa de Gestão de Altas da ULSBA dispõe de uma equipa constituída por um enfermeiro, um médico de medicina interna, um técnico superior assistente social e uma assistente técnica.

A matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para esta área engloba 3 riscos de corrupção e infrações conexas, dos quais dois são altos e um moderado. Para estes riscos foram definidas 6 medidas de mitigação desses mesmos riscos.

Matriz 3.6: Matriz de riscos na 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	Executadas	Em Execução	Não Executada
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		x	
	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	x		
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	x		
					1.3.2 Controlo do acesso à informação identificando todos os funcionários nos circuitos eletrónicos	EGA	x		
					1.3.3 Definição em conjunto com Encarregado de Proteção de Dados (EPD) das políticas de privacidade de acesso à informação	EGA, EPD		x	

As medidas 1.1.1 e 1.3.3 estão em execução e dependem da estratégia conjunta na instituição para executar uma avaliação do impacto de proteção de dados (AIPD) que está para ser desenvolvida. Na medida 1.1.2 os doentes são sinalizados na plataforma eletrónica SI RNCCI gerida pela SPMS. Os processos transitam para a ECL da área de residência do doente e para a ECR Alentejo. É desenvolvido um trabalho de proximidade com as equipas envolvidas e articulação com os envolvidos. A EGA surge como parceiro dos serviços no planeamento da alta dos utentes.

A medida 1.2.1 foi aplicada na totalidade. Existem reuniões formais e informais com os serviços. Existem reuniões multidisciplinares com todos os profissionais envolvidos dos serviços utilizadores da RNCCI. Existe uma reunião semanal com o serviço de urgência existindo também reunião semanal da equipa de gestão de altas.

Quanto às formações no ano de 2024 ocorreram as seguintes: ortopedia e cirurgia em janeiro, fevereiro em psiquiatria, formação da equipa médica de ortopedia em março, ginecologia e urologia em novembro.

Na medida 1.3.1 o acesso da informação de gestão de altas é restrito ao corpo clínico da área onde se encontra o utente.

Sobre a medida 1.3.2 e referente ao acesso ao RNCCI:

- Enfermeiros gestores dos serviços utilizadores da RNCCI, solicitam acesso aos seus colaboradores para puderem efetuar a referênciação para a RNCCI.
- Todos os Médicos efetivos dos serviços têm acesso à RNCCI;
- Todas as Técnicas de Serviço Social com acesso à RNCCI – exceção do SU, que não é um serviço referenciador;
- Todos os administrativos dos serviços têm acesso à RNCCI;
- Acesso criados pela responsável da EGA – todos os acessos com password individual;
- Todos os Registos rastreáveis.

Em suma, foram aplicadas as medidas que estão disponibilizadas no quadro seguinte. De todas as medidas identificadas foram aplicadas 4 (66.67%) e 2 (33.33%) estão em execução.

Quadro 3.5: Execução das medidas de riscos aplicadas na área da gestão de altas

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Gestão de Altas	3		2	1		6	4	66,67%		0,00%	2	33,33%

7.1.7 Área da Telemedicina

A área da Telemedicina na ULSBA insere-se numa estratégia sobre esta temática para o Sistema Nacional de Saúde e não apenas para o Serviço Nacional de Saúde, cujo Centro Nacional de Telemedicina é gerido pelo CNTS (Centro Nacional de Telemedicina) 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 Telemedicina 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 Telemedicina 2019-2022).

Assim, na área da Telemedicina foi definida a seguinte matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 4 riscos, sendo 1 crítico, 1 alto, 1 moderado e 1 pequeno. Foram ainda definidas 7 medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Matriz 3.7: Matriz de riscos na área da telemedicina

Unidade orgânica - Área Centro Telesaúde (CT)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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		X	
					1.1.2 Existência de linhas telefónicas 24 ao dia no atendimento de utentes	CT, CA		X	
	1.2 Utilizar imagens ou vídeos do utente não autorizadas	Alta 4	Grande 4	Risco Crítico 16	1.2.1 Informar o utente da captação de vídeo e imagem	CT		X	
					1.2.2 Alinhar as políticas de privacidade com as normas do regulamento Geral de Proteção de Dados	CT, SSTI, CA		X	
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	CT		X	
					1.3.2 Verificação e supervisão das listagens de inscrição de utentes	CT		X	
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		X	

O responsável da área da telemedicina aposentou-se, desta forma enquanto não for nomeado outro responsável, todas as medidas estão em execução.

7.1.8 Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

O Serviço de Recursos Humanos faz parte da estrutura da ULSBA enquadrado no departamento dos Serviços Gerais, Apoio e Logística. 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 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 recurso 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.

Assim, para esta área foram definidos 12 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 4 de alto risco, 7 de risco moderado e 1 de risco pequeno. Além disso, foram consideradas 21 medidas preventivas desses mesmos riscos, conforme matriz anexada.

Matriz 3.8: Matriz de riscos na área do Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
					1.1.2 Elaboração de um regulamento de seleção e recrutamento	SGRH	x		
	1.2 Não abertura de concurso público ou manifestação de interesse individual	Baixa 2	Diminuto 2	Risco Moderado 4	1.2.1 Divulgação prévia de aviso de concurso público ou manifestação de interesse individual	SGRH	x		
	1.3 Falta de transparência e igualdades de oportunidades	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.3.1 Sempre que possível requisitar júri não pertencente à instituição	SGRH	x		

1.4 Existência de conflito de interesses em decisões emitidas pelo SGRH	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Solicitar ao funcionário, anualmente, e numa base de amostragem a declaração de rendimentos	SGRH e SF			x
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	1.5.1 Análise concreta do pedido de acumulação de funções tendo em conta as funções públicas exercidas e/ou privadas	SGRH	x		
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	1.6.1 Verificação anual da pontuação correta dos trabalhadores e aplicação dos Acordos Coletivos de Trabalho	SGRH	x		
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	1.7.1 Definição de um plano com cronograma a nível institucional na intranet sobre aquisição ou perda de pontos	SGRH			x
1.8 Deslocação em viatura própria e ajudas de custo sem cumprimento dos requisitos legais	Muito Baixo 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.8.1 Seleção e conferência periódica da conformidade legal dos boletins de itinerário	SGRH e Serviço origem	x		
				1.8.2 Conciliação mensal entre o boletim de itinerário e pedido de autorização de deslocação	SGRH e serviço de origem	x		
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	1.9.1 Reforço da monitorização dos contratos de prestação de serviços	SGRH	x		
				1.9.2 Solicitar ao SSTI o desenvolvimento de aplicação informática para controlo de todos os contratos da ULBSA respeitantes a legislação laboral e prestação de serviços (mão de obra)	SGRH, SSTI		x	
				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			x
1.10 Processamento de salários com erros e/ou omissões	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.10.1 Seleção mensal, por amostragem, de recibos de vencimento e verificação da sua conformidade	SGRH, Serviço origem	x		
				1.10.2 Reforço de segregação de funções entre assiduidade, processamento e pagamento	SGRH, SF e Serviço origem	x		
				1.10.3 Verificação periódica da padronização da aplicação RHV pela SPMS ou propor a sua padronização.	SGRH, SPMS	x		
1.11 Distribuição incorreta de suplementos remuneratórios como despesas de representação	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.11.1 Publicação na intranet da listagem dos funcionários que recebem suplementos	CA, SGRH			x
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 ULBSA sobre aprovação de trabalho extraordinário que envolva os limites legais	SGRH, Serviços de origem, CA		x	
				1.12.2 Alertar o CA para o incumprimento dos limites legais de horários extraordinários. Aplicar o template existente nesta área.	SGRH, CA		x	
				1.12.3 Aplicação informática para controlo trabalho suplementar na instituição	SGRH, Serviços de origem, SSTI, CA			x
				1.12.4 Adopção de procedimentos de autorização e controlo de trabalho suplementar	CA, SGRH e serviços de origem	x		

Assim, foram aplicadas 13 medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, não foram aplicadas 5 e estão 3 em execução conforme quadro seguinte.

Quadro 3.6: Execução das medidas de riscos na Gestão dos Recursos Humanos

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Recursos Humanos	12	1	7	4		21	13	61,90%	5	23,81%	3	14,29%

Medida 1.1.2 – Existe um manual de seleção e recrutamento aprovado em Conselho de Administração conforme ATA nº 10 de 02.03.2022 estando dentro do prazo de atualização.

Medida 1.2.1 – Os concursos públicos de recrutamento são divulgados na internet e intranet da ULSBA, BEP, Diário da República, jornal de expansão nacional e local e figuras de estilo da própria ULSBA onde são afixados.

Medida 1.6.1 – A notificação da avaliação do biénio 2021/2022 está concluída, faltando apenas ultimar alguns pagamentos. Todos os funcionários foram notificados da perda ou ganho de pontos conforme avaliação. Foram aplicados todos os acordos de trabalho com exceção do acordo de trabalho dos trabalhadores informáticos, administradores hospitalares que segundo o diretor dos SGRH não se aplica e dos trabalhadores dos Técnicos Superiores de Saúde cuja decisão está dependente de deliberação do Conselho de Administração.

Medida 1.7.1 – Não foi definido um cronograma na intranet da ULSBA sobre a perda ou ganho de pontos de avaliação.

Medida 1.9.1 – O SGRH reforçou o controlo dos contratos de prestação de serviços de mão de obra.

Medida 1.9.3 – Não foi publicada nota de serviço institucional que sensibilize os diretores/coordenadores de serviços a comunicarem ao SGRH a entrada em atividade de prestadores de serviços em data anterior ao exercício de atividade e a sua rescisão.

Medida 1.10.2 – O SGRH está a reforçar os procedimentos para a segregação de funções entre as diversas áreas do serviço num processo de melhoria contínua.

O SAI monitorizou a execução das medidas em causa e constatou que foram executadas 13 medidas, 3 delas estão em execução e 5 não foram executadas, conforme o quadro 3.6.

7.1.9 Gabinete de formação, investigação e documentação

O gabinete de Formação, Investigação e Documentação 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.

Foi definida a seguinte matriz para a área em causa contendo 6 riscos sendo 1 de risco alto, 3 de risco moderado e um de risco pequeno. Foram definidas 11 medidas preventivas de riscos conforme matriz anexada.

Matriz 3.9: Matriz de riscos na área da formação profissional

Unidade orgânica - Serviço de Formação e Investigação - (GFI)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	GFI	x		
					1.1.2 Solicitar o preenchimento do formulário de acumulação de funções ou comunicação de funções no privado	GFI	x		
	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	GFI	x		
					1.2.2 Monitorizar em todas as ações de formação as credenciais de formação	GFI	x		
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	GFI		x	
					1.3.2 Realização de ações de formação relevantes para a instituição	GFI	x		
	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	GFI	x		
					1.4.2 Estudo da legislação, em especial da área médica, enfermagem e trabalho, para definição das ações de formação obrigatórias	GFI	x		
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	GFI	x		
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	GFI,SF	x		
					1.6.2 Não efetuar pagamentos sem previa verificação dos requisitos legais e validação das despesas apresentadas	GFI, SF	x		

Conforme matriz n° 3.9 foram executadas 10 medidas de mitigação de riscos de corrupção e infrações conexas e está uma em execução, como também demonstrado no quadro seguinte.

Quadro 3.7: Execução das medidas preventivas de riscos na área da formação profissional

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Formação profissional e investigação	6	1	3	1		11	10	90,91%		0,00%	1	9,09%

Medida 1.1.1. - Relativamente ao pagamento de honorários aos formadores internos eventuais, a instituição paga as formações profissionais, contudo não sobrepõe pagamentos sobre o salário.

Medida 1.1.2 - São sempre solicitadas as declarações de acumulação de funções autorizadas em Conselho de Administração.

Medida 1.3.1- Em 2024 não foi publicado na íntegra o Plano de Formação, mas foram publicitados na intranet e divulgados via email, os cursos individualmente. Em 2025 a publicação na intranet será conforme o descrito no ponto 1.3.1, logo que o Plano de Formação Profissional esteja aprovado em Conselho de Administração.

7.1.10 Serviços Farmacêuticos

De acordo com o Decreto-Lei n.º 44204/62, de 2 de fevereiro, entre outras, são competências dos serviços farmacêuticos:

- 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;
- 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.

Foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas envolvendo 10 riscos dos quais dois são de alto risco, sete de risco moderado e um de pequeno risco. Ao mesmo tempo foram definidas 20 medidas preventivas dos riscos mencionados conforme matriz apresentada.

Matriz 3.10: Matriz de riscos na área dos serviços farmacêuticos

Unidade orgânica - Serviços Farmacêuticos - (SFam)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade de ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
Gestão de produtos e Equipamentos	1.1 Acesso indevido de pessoas não autorizadas a instalações	Baixo	Moderado	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	Sfam	x		
					1.1.2 Pedir a instalação de uma porta blindada com postigo para atendimento após as 17 horas	Sfam		x	
Gestão de produtos e Equipamentos	1.2 Desvio de produtos farmacêuticos e apropriação dos mesmos	Baixa	Moderado	Risco Moderado 6	1.2.1 Restringir acessos, unicamente, a funcionários e pessoal autorizado	Sfam	x		
					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	Sfam	x		
Imparcialidade na aquisição de serviços e produtos	1.3 Inexistência de isenção e imparcialidade na aquisição de bens e serviços farmacêuticos	Baixa	Moderado	Risco Moderado 6	1.3.1 Diversificação na escolha de fornecedores quando possível	Sfam			x
					1.3.2 Reforçar a utilização das plataformas eletrónicas e segregação de funções entre quem recebe e quem seleciona os fornecedores	Sfam	x		
Aprovisionamento de Produtos Farmacêuticos	1.4 Existência de produtos obsoletos fora do prazo e inutilizados	Possível	Moderado	Risco Alto 9	1.4.1 Reforçar o Controlo eficaz dos prazos de validade e cumprimento de especificidades técnicas para conservação de produtos farmacêuticos	Sfam	x		
					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	Sfam, SSTI	x		
					1.4.3 Sensibilizar para o cumprimento das boas práticas de armazenamento e distribuição de medicamentos nos armazéns dos serviços farmacêuticos	Sfam	x		
					1.4.4 Auditorias internas aos armazéns de medicamentos na instituição (definir grupo de responsáveis)	Sfam		x	
Gestão de produtos Farmacêuticos	1.5 Erros nas entradas e saídas de produtos farmacêuticos no sistema informático	Possível	Moderado	Risco Alto 9	1.5.1 Em caso de erro reforçar junto dos colaboradores as medidas de controlo	Sfam	x		
					1.5.2 Continuidade na aplicação dos controlos já definidos neste processo	Sfam	x		
					1.5.3 Solicitar a instalação de sistemas informáticos que permitam minimizar o erro	Sfam, CA			x
Ensaio clínico	1.6 Incumprimento de procedimentos nos ensaios clínicos	Baixa	Moderado	Risco Moderado 6	1.6.1 Cumprir os procedimentos definidos no manual de ensaios clínicos	Sfam	x		
Acumulação de funções	1.7 Não declarar o regime de acumulação de funções ou exercício de atividades no privado	Baixa	Diminuto	Risco Moderado 4	1.7.1 Continuar a sensibilizar os colaboradores para o cumprimento dos regimes em causa, no início de cada ano	Sfam	x		
Controlo de medicamentos	1.8 Erros na preparação e distribuição de medicamentos	Baixa	Moderado	Risco Moderado 6	1.8.1 Dar continuidade aos mecanismos de controlo e minimização das medidas de prevenção implementadas	Sfam	x		
Desvio de medicamentos	1.9 Desvio de substâncias controladas, em especial relacionados com estupefacientes	Baixa	Moderado	Risco Moderado 6	1.9.1 Todos os estupefacientes serem dispensados apenas por farmacêuticos	Sfam	x		
					1.9.2 Os estupefacientes permanecerem em sala fechada com acesso por código	Sfam	x		
					1.9.3 Efetuar o inventário semanal de estupefacientes e inventário mensal de benzodiazepinas	Sfam		x	
Relacionamento com indústria farmacêutica	1.10 Favorecimento de fornecedores através dos contactos com a indústria farmacêutica	Muito Baixa	Moderado	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	Sfam, CA	x		

Conforme verificado na área dos Serviços Farmacêuticos foram aplicadas 20 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, três estão em execução e duas não foram aplicadas, também por não serem totalmente da sua responsabilidade. O quadro seguinte demonstra a percentagem de aplicação das medidas mitigadoras de riscos de corrupção e infrações conexas.

Quadro 3.8: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos serviços farmacêuticos

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviços Farmacêuticos	10	1	7	2		20	15	75,00%	2	10,00%	3	15,00%

Sobre a execução das medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas na área dos serviços farmacêuticos há que considerar o seguinte:

Medida 1.1.1 - O serviço tem 2 portas de entrada, uma das quais se encontra fechada, e a outra aberta por um profissional do serviço, efetuando o atendimento quer aos doentes de ambulatório, quer para receção de mercadoria. A porta de acesso interno ao serviço está aberta durante o dia, mantendo a passagem do balcão fechada para pessoas estranhas ao serviço. Os fluxos de entrada e saída são controlados por uma assistente operacional cujo posto de trabalho se situa no balcão do serviço.

Medida 1.1.2 – Aguarda-se instalação das camaras de videovigilância de acordo com solicitação já efetuada.

Medida 1.2.1 - Apenas têm acesso aos produtos farmacêuticos os profissionais do serviço. Por motivos estruturais e de gestão dos espaços de trabalho não há capacidade para limitar acessos a grupos profissionais do serviço que não trabalham diretamente com medicamentos como os assistentes técnicos, no entanto estes só têm acesso ao serviço quando acompanhados por outros profissionais autorizados. Medicamentos sujeitos a controlo especial como os estupefacientes, estão armazenados num cofre com acesso exclusivo aos profissionais farmacêuticos.

Medida 1.2.2 – Foram realizadas várias auditorias (verificada auditorias realizadas em maio de 2024 ao centro de saúde de Serpa. Documento arquivado no SAI).

Medida 1.3.1 - A seleção de fornecedores é realizada pelo SAL, pelo que, a aplicação desta medida não é da responsabilidade dos Serviços Farmacêuticos.

Medida 1.3.2 - O SAL utiliza plataformas eletrónicas nos procedimentos de aquisição e está garantida a segregação de funções de aquisição/ receção e aprovisionamento de medicamentos.

Medida 1.4.1 - Foi implementado um procedimento de controlo de prazos de validade cujo documento base está em fase de aprovação.

Medida 1.4.2 - Está implementado o sistema de gestão de temperaturas e humidade ambiental com alarmística - My sirius.

Medida 1.4.3 - São realizadas ações de sensibilização periódicas nas reuniões de serviço.

Medida 1.4.4 - Foram realizadas auditorias aos produtos obsoletos em todos os Centros de Saúde da ULSBA. O Serviço Farmacêuticos pretende estender aos serviços clínicos hospitalares em 2025.

Medidas 1.5.1 e 1.5.2 – O Serviço Farmacêutico continua a aplicar as medidas de controlo na gestão dos produtos farmacêuticos.

Medida 1.6.1 – O Serviço Farmacêutico não efetuou ensaios clínicos durante o ano de 2024, no entanto existe um manual de procedimentos aprovado em Conselho de Administração.

Medida 1.7.1 – Foram aplicadas medidas de sensibilização na primeira reunião de serviço em cada ano.

Medida 1.8.1 – Foram aplicadas medidas ao nível do controlo dos medicamentos. Documento de controlo arquivado no SAI.

Medidas 1.9.1 a 1.9.3 – As medidas definidas nestas medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas foram todas cumpridas. Verificados controlos efetuados no armazém 1 e às Benzodiazepinas e estupefacientes, cujos documentos estão arquivados no SAI.

Medida 1.10 - A participação em eventos científicos pelos profissionais do serviço é previamente autorizada pela chefia direta, conforme EDOCS 47892/47706/47703/47321/47271/47044.

7.1.11 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.

Para esta área foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas, contendo 10 riscos de corrupção e infrações conexas dos quais 4 são riscos altos, 4 moderados, 1 de pequeno risco e 19 medidas preventivas desses mesmos riscos.

Matriz 3.11: Matriz de riscos na área da 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	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
	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	SNA, Sfarm		x	
					1.2.2 Auditorias internas efetuadas ao processo eletrónico do utente				x
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	SNA	x		
					1.3.2 Verificação e autorização das horas extraordinárias pelo superior hierárquico		x		
					1.3.3 Autorização de horas suplementares dentro dos limites legais ou fora deles devidamente fundamentadas		x		
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	x		
					1.4.2 Solicitar ao SAL de seis em seis meses listagens dos Ativos Fixos Tangíveis	SNA, SAL		x	
					1.4.3 Solicitar ao SIE um plano de verificação de equipamentos	SAL, SIE		x	
	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	SN, Comissão Abates	x		
					1.5.2 Verificação periódica dos bens existentes fisicamente com os registos da aplicação SIGA (inventário)	SN, SAL	x		
				1.5.3 Auditorias internas em colaboração com o SIE	SN, SIE		x		
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 eletronicos do processo do utente	SNA			x
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)	SNA, SAL		x	
					1.7.2 O SNA ser solicitado quando da elaboração dos concursos públicos respeitantes à área de nutrição efetuados pela Farmácia	SNA, Sfarm		x	
	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	x		
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	SNA, EPD, SSTI	x		
					1.9.2 Limitar acessos que impliquem dados sensíveis	SNA, EPD	x		
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		x	

O Serviço de Nutrição e Alimentação das 19 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas definidas na matriz de riscos nº 3.11, aplicou 10, não aplicou 2 medidas e estão em execução 7 medidas, conforme quadro seguinte.

Quadro 3.9: Execução das medidas preventivas de riscos na área da nutrição e alimentação

Identificação dos riscos						Medidas preventivas					
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução
Serviço Nutrição e Alimentação	10	1	4	5		19	10	52,63%	2	10,53%	7

7.1.12 Serviço de Psicologia Clínica

A área de psicologia clínica engloba todos os psicólogos do hospital e está integrada para efeitos de organograma nos serviços de apoio clínico da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE. Assim, para esta área foi definida a seguinte matriz de riscos contendo 6 riscos de corrupção e infrações conexas. Além disso, foram definidas 14 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, cuja aplicação está demonstrada de seguida.

Matriz 3.12: Matriz de riscos na 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	Executadas	Em Execução	Não Executadas
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	x		
					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	x		
					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	x		
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	x		
					1.2.2 Monitorização das atividades desenvolvidas		x		

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	X		
				1.3.2 Monitorização periódica sobre as condições habilitantes exercidas pelos profissionais	SP	X		
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	X		
				1.4.2 Existência de um plano de monitorização da informação	SP		X	
				1.4.3 Sensibilização dos psicólogos para as consequências legais, sobretudo, criminais relativas à fuga da informação	SP	X		
1.5 Acessos indevidos de funcionários aos processos clínicos ou ciberataques	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.5.1 Políticas de mudança constante de password e adoção de outras políticas de segurança da informação	SP, SSTI	X		
				1.5.2 Sensibilizar os psicólogos para programas de formação em cibersegurança	SP, SFI	X		
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	X		
				1.6.2 Impedir a aceitação de ofertas que possam suscitar alteração de ato clínico favorável ao utente.	SP	X		

O Serviço de Psicologia clínica aplicou 14 medidas conforme monitorização e fundamentação descrita e tem 1 medida em execução. As aplicações destas medidas estão definidas no seguinte quadro, onde podemos constatar que foram aplicadas 92,86 % e apenas 7,14 % estão em execução até 2026.

Quadro 3.10: Execução das medidas de riscos na área da psicologia clínica

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviço de psicologia clínica	6		4	2		14	13	92,86%		0,00%	1	7,14%

Medida 1.1.1 - Cumprimento da legislação relativa a acumulação de funções e comunicação de atividades privadas está comprovada pela emissão do EDOC/2023/52500, EDOC/2024/3196, e EDOC/2023/52955 (Documentos internos) no serviço de psicologia clínica.

Medida 1.1.2 e 1.1.3 – O Serviço apresentou a ATA nº 1/2024 onde consta um ponto sobre o plano de sensibilização e fiscalização nesta área.

Medida 1.2.1 - Aplicação do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Foi Divulgado o Regulamento n.º 898/2024 que aprova o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), acessível em pasta partilhada de acesso a todos os psicólogos. Salienta-se que cabe à OPP regular a profissão de Psicólogo/a em Portugal, de acordo com a Lei nº 57/2008, de 4 de Setembro, com as alterações da Lei nº 138/2015, de 7 de Setembro. A OPP recebe e trata reclamações/queixas relativas à prática profissional dos/as Psicólogos/ as, sendo as mesmas tratadas de acordo com a legislação em vigor. O serviço de psicologia clínica não foi notificado de qualquer tipo de queixa, relativa aos psicólogos em exercício de funções na ULSBA, quer por parte do órgão profissional, quer a nível da instituição ULSBA através do canal de denúncias e/ou através do gabinete do cidadão.

Medida 1.3.1 e 1.3.2 – Esta monitorização é efetuada pelo Serviço de Gestão dos Recursos Humanos, através do arquivo pessoal de cada psicólogo em concreto, arquivando todos os comprovativos relativos às habilitações académicas e outras.

Medidas 1.5.1 a 1.5.2 – A Coordenadora do serviço divulgou a ATA interna com o nº1/2024, a todo o serviço onde consta um ponto relativo às medidas de segurança de informação em especial a mudança constante de password, sensibilizando os psicólogos para formação na área da cibersegurança.

Medida 1.6.1 - Impedir a aceitação de ofertas que possam suscitar alteração de ato clínico favorável ao utente. A Coordenadora do serviço divulgou por todos os psicólogos o Regulamento n.º 898/2024 que aprova o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

Transcreve-se o ponto "5 - Prática e intervenção psicológicas", nomeadamente o ponto 5.20 — " Honorários. São fixados de forma a representar uma justa retribuição pelos serviços prestados e discutidos com o/a cliente antes do estabelecimento da relação profissional. A definição de honorários em relação a quaisquer outros serviços complementares ao processo de intervenção (como deslocações, elaboração de relatórios ou pareceres) deve ser feita de forma igualmente justa e acordada previamente com o/a cliente. Os/As psicólogos/as devem, por princípio, recusar ofertas por parte dos/as clientes."

7.1.13 Serviços Financeiros

O serviço financeiro enquadra-se para efeitos de organograma da ULSBA nos Serviços de Apoio Geral e Logístico. Possui entre outras as seguintes competências:

- 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. (PPRCIC, 2024-2026)

Foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área financeira contendo 8 riscos de corrupção e infrações conexas sendo 1 crítico, 3 de alto risco, 3 de risco moderado e 1 risco pequeno. Ao mesmo tempo foram definidas 19 medidas de mitigação desses mesmos riscos, conforme matriz descrita.

Matriz 3.13: Matriz de riscos na área financeira

Unidade orgânica - Serviços Financeiros - (SF)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
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	SF	x		
					1.2.2 Existência de um orçamento de tesouraria com definição de pagamento a todos os fornecedores	SF	x		

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"	SF, Gestor do contrato	x		
					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, Contabilista Certificado	x		
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	SF	x		
					1.4.2 Solicitar ao SSTI o desenvolvimento de uma aplicação que delete os atos clínicos não faturados	SF, SSTI	x		
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	SF	x		
					1.5.2 Garantir a existência de verbas disponíveis para as despesas efetuadas e reforço de verbas por parte da tutela	SF, CA			x
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	SF		x	
					1.6.2 Continuação dos procedimentos, nomeadamente, envio trimestral a contencioso das faturas em risco de prescrição e arquivo digital das listagens enviadas	SF, SJ	x		
					1.6.3 Verificação da antiguidade de saldos	SF, Contabilista	x		
					1.6.4 Oficializar as entidades em dívida com primeiro e segundo ofício	SF	x		
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	SIE, SP	x		
					1.7.2 Definição correta de autorizações de funções na aplicação informática	SSTI, SF	x		
Controlo financeiro	1.8 Desvio de fundos	Baixa 2	Moderado 3	Risco Moderado 6	1.8.1 Segregação de funções	SIE, Serviços	x		
					1.8.2 Reconciliação bancária dentro dos prazos normais	SIE	x		
					1.8.3 Contagens de surpresa ao caixa	ROC e Auditor Intern	x		
					1.8.4 Reconciliação periódica de saldos externos e entre entidades e a contabilidade	SF	x		

Foram aplicadas 19 medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, uma delas está em execução e outra não foi executada, de acordo com o quadro seguinte.

Quadro 3.11: Execução das medidas preventivas de riscos na área financeira

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviço financeiro	8	1	3	3	1	19	17	89,47%	1	5,26%	1	5,26%

Medida 1.1.1 – O Serviço financeiro solicita mensalmente esta lista ao Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes. Comprovativo de email entre o SF e SAL sobre o pedido de plano de articulação entre serviços para contratos sujeitos a visto do TC.

Medida 1.1.2 – O Serviço financeiro efetua um rateio mensal dos pagamentos a fornecedores e sempre que exista possibilidade de fornecimentos prioritários, em casos excecionais. Comprovativo do mês de novembro arquiva no dossier permanente do SAI.

Medida 1.2.2 – Não existe um orçamento de tesouraria definido de forma formal. Contudo, existe uma ordem de prioridades para os pagamentos mensais: vencimentos, despesas correntes (água, luz, gás, comunicações, combustíveis), outsourcings, fornecedores locais, empresas com pagamentos prioritários, acordos de pagamentos e pagamentos por antiguidade. Comprovativo anexado no dossier permanente do SAI.

Medida 1.3.1 - Os SF não têm conhecimento dos contratos efetuados e quais são os que estão sujeitos a retenção de garantia. Essa informação está na posse do SAL e do gestor do contrato. O que os SF recebem é a confirmação do gestor do contrato sobre a obrigação de retenção de garantia sempre que é conferida uma fatura. Há assim, uma articulação entre o SF e o gestor de contrato. Comprovativo anexado no SAI.

Medida 1.3.2 - Existe a reconciliação contabilística da conta de cauções e retenção de garantia efetuada de forma periódica.

Medida 1.4.1 – Todos os meses o SF envia para a área da Admissão de Doentes listagem de episódios não faturados com erros para correção dos mesmos.

Medida 1.4.2 – Não foi solicitado ao SSTI o desenvolvimento de uma aplicação informática para deteção de erros com episódios clínicos, todavia, a aplicação SONHO gera listagens com os episódios que contêm erros.

Medida 1.5.1 - Todas as despesas para serem efetuadas carecem de um cabimento. Neste momento os processos de compra são elaborados pelo serviço de aprovisionamento, logística e

transportes e integrados diretamente na aplicação de contabilidade SICC. À semelhança dos cabimentos, os compromissos também são integrados na contabilidade provenientes da aplicação GLINTT. Nenhuma fatura é contabilizada, sem que previamente tenha um cabimento, um compromisso e uma nota de encomenda. A validação das datas exigidas por lei é da responsabilidade do serviço de aprovisionamento que efetua o processo de aquisição.

Medida 1.5.2 – O reforço de fundos é responsabilidade da tutela.

Medida 1.6.1 – O SF está a elaborar um regulamento sobre prescrição de faturas e cobrança de clientes, apresentando-o até ao final de 2026.

Medida 1.6.2 – O envio de faturação em cobrança difícil ao serviço de contencioso é efetuado periodicamente.

Medida 1.6.3 – O SF efetua a circularização de saldos de contas correntes no encerramento de contas.

Medida 1.6.4 – O SF envia o 1º e 2º ofício sempre que se justifique.

Medida 1.7.1 e 1.7.2 – Estão definidos perfis na aplicação SICC para diferentes operadores concretizando-se a segregação de funções.

Medida 1.8.1 e 1.8.2 – A reconciliação bancária é efetuada por funcionário dos serviços financeiros. Recebidos os extratos das diferentes contas bancárias, são também gerados os extratos de movimentos bancários registados na aplicação SICC de contabilidade. Depois são identificados todos os movimentos que foram efetuados pelos bancos e que não foram efetuados pelos serviços financeiros e todos os movimentos já registados pelos serviços financeiros e não registados ainda pelos bancos. Todos os registos em divergência são identificados no mapa da reconciliação mensal. Após o registo o funcionário que a elabora, procede à análise de divergências envolvendo o contabilista certificado e diretor financeiro, procedendo à regularização das mesmas. Comprovativo anexado ao dossier permanente do SAI comprovando reconciliação bancária do IGCP a 30 de setembro 2024.

Medida 1.8.3 - Efetuada aleatoriamente pelo diretor financeiro, normalmente 2 vezes por ano, sendo verificado o valor do saldo em caixa, que pode ser em dinheiro, cheques ou documentos. Arquivada no SAI no dossier permanente comprovativo de verificação de fundo maneo e folha de caixa de 13 de junho 2024.

Medida 1.8.4 – Anualmente, é efetuada a circularização de saldos pelo Revisor Oficial de Contas e a área financeira com os saldos de conta corrente externas.

7.1.14 Serviço de Aprovisionamento e Logística

As principais competências do Serviço de Aprovisionamento e Logística são:

- 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 e Logística.

Assim, foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área de aprovisionamento e logística contendo 14 riscos de corrupção e infrações conexas sendo 2 de risco crítico, 4 de risco elevado, 5 de risco moderado e 1 de pequeno risco. Foram definidas 18 medidas de prevenção destes mesmos riscos, conforme matriz definida em seguida.

Matriz 3.14: Matriz de riscos na área do 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	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
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	x		
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 Seleção de contratos para verificação da aplicação da legislação CCP	SAL	x		

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, Área Transportes	X		
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		X	
					1.5.2 Verificação se todos os contratos estão publicados na internet	SAL		X	
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	X		
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	X		
					1.7.2 Rotatividade e escolha correta dos membros dos júris de concursos públicos		X		
	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		X	
	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		X	
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	X		
	1.11 Existência de produtos fora dos prazos				1.11.1 Existência de mecanismos de alerta no programa de gestão de stocks	SAL	X		
	1.12 Desvio de produtos armazenados				1.12.1 Implementar sistemas de controlos de acessos específico a armazéns e segregação de funções	SAL	X		
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	X		
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	X		
					1.14.2 Articulação com o SIE para controlo dos equipamentos	SAL	X		
					1.14.3 Conciliação periódica do ficheiro da contabilidade com o da aplicação de registo de inventários	SAL	X		

Assim, foram aplicadas 14 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas estando 4 em execução para aplicação até 2026, conforme quadro seguinte.

Quadro 3.12: Execução das medidas preventivas de riscos na área do aprovisionamento e logística

Identificação dos riscos						Medidas preventivas					
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução
Serviço de Aprovisionamento e Logística	14	1	5	4	4	18	14	77,78%			4

Medida 1.1.1 - Existe controlo dos prazos na realização dos contratos; existe controlo de todos os procedimentos em todas as áreas de aquisição, i) - Material de consumo clínico ii) – Medicamentos, iii) – Material de consumo Hoteleiro e outros iiiii) – Equipamentos, manutenção e Informática.

Em todos os procedimentos sempre que o valor o exija estabelecemos contrato escrito. Seguiram-se assim todas as regras da contratação pública (código da contratação pública), utilizando a plataforma VORTAL, sempre que possível, e publicitando na BASEGOV. Esse controlo é feito pelo dirigente máximo do SAL (Serviço de Aprovisionamento e Logística) em articulação com os colaboradores da seção de compras, sendo que cada um deles é responsável por determinadas áreas de aquisição e tipos de procedimento, operacionalizando assim o controlo pretendido.

Medida 1.2.1 - No que respeita a procedimento por Ajuste direto/ favorecimento a fornecedores cumpriu-se a legislação em vigor, mormente, o CCP. Se existe repetição de fornecedores em alguns procedimentos de Ajuste Direto, tal facto não se deve ao favorecimento, mas sim à dificuldade de oferta a nível local ou ainda, porque determinado fornecedor dispõe daquele bem ou daquele serviço que a ULSBA necessita. Certo que o objetivo final é sempre o serviço público e, por conseguinte, a obtenção de ganhos de eficácia e eficiência.

Medida 1.3.1 - O ajuste direto é utilizado sempre no cumprimento dos artigos 18.º e seguintes do CCP, como foi verificado.

Medida 1.4.1 - Deficiente controlo de gastos com viaturas e ajudas de custo. No ano civil de 2021, foi realizada uma auditoria pela IGAS e pelo Serviço de Auditoria Interna que identificou várias situações de pagamentos de ajudas de custo que tinham sido deliberadas pelo órgão gestor, e que na douta opinião da IGAS e SAI não cumpriam os ditames da lei. Assim sendo, nessa data, essas ajudas de custo diminuíram em termos de encargos, e foi feito um trabalho cuidado/supervisionado e com resultados positivos.

Medidas 1.5.1 e 1.5.2 - Este ponto divide-se nas alíneas a) e b):

- a) **Não cumprimento do CCP (Artº 127) respeitante à publicação dos contratos** - de facto, este trabalho de publicação de todos os ajustes diretos na Intranet da ULSBA, não

têm sido feitos devido ao reduzido número de elementos no sector das compras; tem sido preocupação formar uma **equipa nova** nesta área porque era praticamente inexistente. Assim, as publicações na Intranet têm ocupado uma posição secundária, todavia, o SAL encontra-se atento a esta lacuna, estando já a providenciar essa publicação em articulação com o Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação. É mesmo um objetivo para este ano civil proceder à publicação de todos os contratos de acordo com o determinado pela lei.

- b) **Não cumprimento das regras do CCP no concernente à caução**- Em todos os cadernos de encargos, programas de concurso e contratos daí resultantes, o tema da caução encontra-se sempre tratado.

Medida 1.6.1 - Processo de planeamento de compras inadequado - o planeamento de compras respeitante a investimentos é sempre efetuado com base nas necessidades apresentadas pelos serviços assistenciais, em colaboração e aprovação da Vogal Executiva do Concelho de Administração. Quanto ao planeamento de compras dos diferentes armazéns é feito pelo dirigente do serviço em articulação com o coordenador de stocks, correspondendo às reais necessidades dos serviços assistenciais; a introdução de novos artigos em armazém, obedece ao legislado. Ainda o planeamento de compras, adequado, e a respetiva operacionalização fazem-se também considerando os normativos em vigor para as compras públicas.

- i) Compras Centralizadas/SPMS
- ii) Acordos Quadro/SPMS
- iii) Ajustes Diretos, Consultas Prévias e Concursos Públicos, sempre que exigido com publicação no JOUE.

Medida 1.7.1 e 1.7.2 - Falta de transparência e independência nos processos de aquisição de compras- Em todos os procedimentos, no âmbito do referido em 1.6, privilegia-se a transparência e independência nos processos de aquisição. Todos eles possuem a figura de **gestor do contrato**. É exigida a declaração de não existência de incompatibilidades o que pode ser verificado em todos os processos; no que diz respeito à rotatividade dos júris é sempre um objetivo deste SAL que assim aconteça. Privilegia-se, na constituição dos júris, elementos com apetência e formação para uma escolha isenta e objetiva, ultimamente, tem-se integrado nos júris funcionários do sector de compras que para o efeito têm recebido formação na área.

Medida 1.8.1 - Aceitação de ofertas de terceiros influenciando o processo de compra e facilitando o tráfico de influências- tal situação, segundo a diretora do SAL, nunca ocorreu no serviço; respeita-se na íntegra o legislado sobre a matéria. No que respeita ao código de conduta, o mesmo encontra-se a ser elaborado e assim que finalizado e aprovado pelo CA será publicado.

Medida 1.9.1 - Limitação da concorrência nos processos de ajuste direto e cadernos de encargos- Respeita-se, rigorosamente, como já referido, os padrões de conduta implícitos na contratação pública, pelo que são realizadas consultas preliminares aos fornecedores, centrados em obtermos o melhor preço e a satisfação dos clientes internos. Tal como o Código de Conduta,

encontra-se em fase de elaboração o regulamento de procedimentos que inclui as boas praticas do SAL.

Medida 1.10.1 - Rotura de stocks ou atraso no fornecimento dos serviços- A secção de compras do SAL foi reconstituída no ano de 2024, muitos elementos estão ainda a fazer a integração e em processo de inicio de aprendizagem, pelo que a operacionalização dos procedimentos de compra ocorre, esporadicamente com falhas, que necessitam de correção. Todos os Concursos Públicos Plurianuais necessitaram de se realizar em 2024/2025; registam-se algumas ruturas de stocks no material de consumo clinico, sobretudo no Bloco Operatório; resolveu-se sempre o problema de modo a evitar repercussões nos cuidados de saúde prestados ao doente. Tem acrescido a este problema demoras significativas nos fornecimentos de artigos de consumo clinico, por parte de alguns fornecedores. Estabeleceu-se uma articulação grande entre o Coordenador dos Stocks e sector de Compras de modo a satisfazer uma cada vez maior procura (consumos) internos, sempre cumprindo o CCP, sobretudo respeitando os prazos nele definidos. A par desta reorganização, reviu-se também o processo de implementação do armazém avançado do Bloco Operatório, incluindo a tipologia de artigos e os pontos de encomenda, de modo a evitar também ruturas de stocks no Bloco.

Medida 1.11.1 - Existência de produtos fora dos prazos- A pratica vai no sentido de poucos ou inexistentes produtos fora de prazo; o controlo ao nível dos diferentes armazéns, incluindo medicamentos é cuidado, tal como as entregas são faseadas sempre que se constata que tal é justificado.

Medida 1.12.1 - Desvio de produtos armazenados- Não se constata desvio de produtos em qualquer dos armazéns.

Medida 1.13.1 - Inadequada valorização dos inventários- Todos os bens encontram-se corretamente inventariados; foi feito um longo trabalho no ano anterior no sentido de reorganizar os circuitos e procedimentos inerentes ao sector do Património. Criou-se nova comissão de abate e restabeleceu-se a sua funcionalidade; este trabalho é feito em articulação com os Serviços Financeiros (Contabilista Certificado) o que permite uma adequada valorização dos inventários-
Probabilidade Baixa

Medida 1.14.1 a 1.14.3 - Inadequado registo e custódia dos bens ao nível do inventário- Existe a necessária articulação ao nível do Património / Inventario com os SIE e todos os serviços clínicos. Como já referido a articulação entre compras de bens e património é a necessária de modo a garantir que todas as aquisições são inventariadas e adequado o seu registo.

Nesta área do Serviço de Aprovisionamento e Logística foi ainda definida uma matriz para a área dos transportes. Esta matriz contém 6 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 1 crítico, 2 de risco alto, 2 de risco moderado e 1 de pequeno risco. Foram ainda definidas 12 medidas para mitigação desses mesmos riscos conforme matriz nº 2.14.

Matriz 3.15: Matriz de riscos na área dos transportes

Unidade orgânica - Serviço de Aprovisionamento - Serviço de Transportes - (SAL-ST)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executada	Em execução	Não executadas
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	x		
					1.1.2 Continuação da elaboração de relatórios periódicos para controlo de gastos e envio ao Conselho de Administração	ST, CA	x		
					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	x		
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	x		
					1.2.2 Segregação de funções e realização da função por mais do que um funcionário	SAL			x
	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	x		
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 a área de Transportes e o Contabilista Certificado para verificação de todos os transportes em determinado período de tempo e se foram emitidas todas as guias de transporte	ST, CC, SF		x	
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	x		
					1.5.2 Implementação de uma aplicação para gestão de frota	ST, SAL, CA	x		
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	x		
					1.6.2 Reforço do controlo mensal das ajudas de custo dos motoristas	ST, SGRH	x		
					1.6.3 Reforço de recursos humanos e atribuição de todo o tipo de serviços escalas a todos os motoristas	ST	x		

Assim, foram aplicadas 10 medidas preventivas de corrupção e infrações conexas, estando uma em execução e uma outra não foi executada conforme quadro seguinte.

Quadro 3.13: Execução das medidas preventivas de riscos na área dos transportes

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Área dos transportes	6	1	2	2	1	12	10	83,33%	1	8,33%	1	8,33%

A área dos transportes tem falta de recursos humanos, existindo apenas um funcionário para cada função desempenhada. Desta forma a **medida 1.2.2** não foi cumprida por impossibilidade de execução face à limitação dos referidos recursos humanos.

A **medida 1.4.1** está em execução tendo havido articulação entre a área financeira e dos transportes para providenciar as medidas adequadas ao controlo das guias de transporte emitidas na instituição. Será aplicada até 2026.

Todas as restantes medidas foram aplicadas na política de reforço de melhorias contínuas da área da gestão de frota de viaturas da ULSBA e transportes não urgentes.

7.1.15 Serviços hoteleiros

O Serviço de hotelaria engloba diversas áreas na instituição e tem as competências estabelecidas no regulamento interno conforme o descrito:

- 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

Assim, para esta área foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 6 riscos, sendo 1 risco crítico, 1 risco alto, 3 moderados e 1 de pequeno risco. Foram ainda estabelecidas 12 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme matriz nº 3.16.

Matriz 3.16: Matriz de riscos na área hoteleira

Unidade orgânica - Serviços Hoteleiros - (SH)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não Executadas
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		x	
					1.1.2 Controlo eficaz dos plafonds das comunicações por funcionário e de forma periódica	SH	x		
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		x	
					1.2.2 Atribuição de plafonds mensais e controlo dos mesmos			x	
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		x	
					1.3.2 Controlo eficaz da faturação mensal das empresas com contratos externos na área mencionada	SH	x		
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			x
					1.4.2 Efetuar inventários periódicos	SH			x
					1.4.3 Contratos que incluam penalizações contratuais por incumprimento a fornecedores externos	SH	x		
					1.4.4 Auditorias internas aos materiais em uso	SH	x		
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 ULBSA - por amostragem	SH, SAL			x
	1.6 Apropriação indevida de equipamentos hospitalares	Baixa 1	Moderado 3	Risco Pequeno 3	1.6.1 Reforço do sistema de vigilância	SH, CA	x		

Na área hoteleira foram aplicadas 5 medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, 4 estão em execução e 3 não foram executadas de acordo com o quadro seguinte.

Quadro 3.14: Execução das medidas preventivas na área hoteleira

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviços hoteleiros	6	1	3	1	1	12	5	41,67%	3	25,00%	4	33,33%

As medidas 1.1.1, 1.1.2, 1.2.1 e 1.2.2 foram transferidas para a área dos Serviços de Sistemas e Tecnologias de Informação.

Medida 1.3.1. - As Comissões Técnicas para as auditorias não estão ativas e foi feita apenas uma Auditoria em 2024. Vai ser proposto um plano de auditorias ao Conselho de Administração no âmbito desta matriz de riscos.

Medida 1.3.2. - Todos os meses são conferidas as faturas e visadas pela diretora do serviço. São conferidas as horas efetuadas/ contratadas em conjunto com a empresa.

Medida 1.4.1. - Não executado. Não está implementada contabilidade analítica para análise da situação concreta.

Medida 1.4.2. - Não é executado porque a roupa é alocada ao SUCH. Já foram realizados inventários quando se verifica que há muita falta de roupa nos serviços. Ultimamente não tem havido.

Medida 1.4.3. - Houve notificações de incumprimentos ao SUCH. Isto gerou troca de argumentações em sede de Audiência Prévia. Acordou-se colocar no HJJF-Beja um stock de roupa. Como deixou de haver falhas substanciais, não têm sido marcadas penalizações nas auditorias feitas mensalmente.

Medida 1.4.4. - São feitas auditorias mensais.

Medida 1.5.1. - Deixou de haver equipamentos na área de jurisdição do serviço hoteleiro.

Medida 1.6.1. - Foi instituído um grupo de trabalho na ULSBA para estudar questões relacionadas com a videovigilância e controle de acessos. O grupo acordou entregar um relatório ao Conselho de Administração, onde constam os orçamentos para câmaras de videovigilância, baias, quiosques para limitar livre entrada de pessoas, regulamento de controle de acessos onde se enquadra o estacionamento, circuitos de circulação automóvel a alterar, e outros. A situação ficará concluída no ano de 2025.

7.1.16 Serviço de Instalações e equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos 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 fornecedores externos.

São competências do Serviço de Instalações e Equipamentos:

- Garantir preventiva e corretiva exploração de centrais de redes e outras instalações;
- Assegurar a manutenção preventiva e corretiva do equipamento industrial hospitalar;
- Garantir a manutenção corretiva e preventiva do equipamento médico-cirúrgico;
- Garantir a manutenção dos edifícios dos quais a ULSBA é proprietária, bem como daqueles em que a ULSBA não é proprietária e são utilizados por esta para o desempenho da sua atividade de acordo com as condições do contrato de arrendamento ou protocolo;
- Garantir a segurança das instalações e equipamentos;
- Manter arquivados e atualizados os esquemas, as plantas e traçados do edifício e das instalações;
- 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.

Nesta área foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 6 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 1 crítico, 1 alto, 3 moderados e 1 de pequeno risco. Ao mesmo tempo foram definidas 25 medidas preventivas dos mesmos riscos conforme matriz 3.17.

Matriz 3.17: Matriz de riscos na área do serviço de instalações e equipamento

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	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
	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	x		
					1.2.2 Controlo de vistorias/fiscalizações sobre os trabalhos a mais em articulação com a fiscalização e representante do dono da obra	SIE	x		
					1.2.3 No caso das empreitadas controlo das mesmas em articulação com o gestor de contrato	SIE	x		
					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	x		
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	1.3.1 Revisão e elaboração das especificações técnicas efetuadas entre utilizador e SIE	SIE, Direção de serviços	x		
					1.3.2 Capacitação técnica para execução das especificações técnicas, através de técnicos credenciados e quando não for possível recorrer ao exterior	SIE	x		
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	1.4.1 Verificação pela chefia dos horários de trabalho e segregação de funções	SIE	x		
					1.4.2 Reforço de recursos humanos	SIE e CA	x		
					1.4.3 Confirmação da necessidade de trabalho suplementar pontual e sua fundamentação no caso de estar acima do limite legal	SIE	x		
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	1.5.1 Substituição do apetrechamento técnico atualizado do controlo das temperaturas com sistema de alarme de acordo com decisão do Conselho de Administração	SIE, CA	x		
					1.5.2 Existência de contrato de manutenção de acompanhamento dos equipamentos afetos ao controlo de temperaturas	SIE, serviços	x		
					1.5.3 Acompanhamento pelo pessoal do SIE, ou contratação no exterior da manutenção/certificação do equipamento do frio	SIE, Serviços	x		
					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	SIE, Serviços	x		
Doença legionela	1.6 Falta de pessoal técnico credenciado na área em causa	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.6.1 Contratação de pessoal credenciado	CA	x		

Gestão de edifícios e equipamentos	1.7 Falta de fornecimento de equipamento aos serviços prejudicando a produção de atos clínicos	Baixa 2	Grande 4	Risco Alto 8	1.7.1 Elaboração de um plano de investimentos anual, tendo em conta o levantamento prévio das necessidades dos serviços	SIE, Serviços	x		
	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	1.8.1 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			x
	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			x
					1.9.2 Plano de monitorização constante entre o registo de bens e os inventários existentes nos serviços	SIE, SAL			x
	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	x		
	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	x		
					1.11.2 Aplicação do plano previamente aprovado em Conselho de Administração relativamente a incêndios		x		
	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	x		
					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	x		
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 Desencadamentamento de processos para estabilizações das direções de serviços e processos	CA	x		

Conforme demonstrado na matriz nº 3.17 foram aplicadas 22 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas e não foram aplicadas três medidas as quais não são da responsabilidade do SIE conforme quadro nº 3.15.

Quadro 3.15: Execução medidas preventivas de riscos na área do serviço de instalações e equipamentos

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviço de instalações e equipamentos	13	1	6	2	4	25	22	88,00%	3	12,00%		0,00%

Todas as medidas foram monitorizadas pelo SAI e solicitadas provas da sua aplicação arquivadas no dossier permanente do SAI.

Medida 1.1.1 - O acompanhamento dos contratos é realizado pelos GCP através da aplicação SIGA onde são registadas as intervenções realizadas de acordo com a calendarização prevista. Os relatórios das intervenções realizadas são remetidos via email pelos prestadores e são integrados nas ordens de trabalho no SIGA. O acompanhamento dos contratos é realizado por GCP, de acordo com a sua área funcional de intervenção.

Medida 1.2.1 - As Autos de medição são elaborados mensalmente pela fiscalização e validados pela entidade executante e GCP.

Medida 1.2.2 - Os trabalhos complementares são alvo de análise pela Fiscalização, que promove a elaboração de parecer técnico, para ser submetido junto do Conselho de Administração e aprovação em conformidade.

Medida 1.2.3 - O acompanhamento das empreitadas é realizado através de reuniões de obra com periodicidade semanal, resultando os temas abordados transcritos em ata de reunião pela fiscalização. A fiscalização envia mensalmente um relatório de monitorização para a GCP, sendo remetido ao Conselho de Administração. A fiscalização elabora um registo diário com as atividades desenvolvidas na obra.

Medida 1.2.4 - O SIE tem acesso ao inventário através da aplicação SIGA, onde são registados pela Gestão Patrimonial os dados do equipamento e valor de aquisição.

Medida 1.3.1 - O SIE elabora as especificações técnicas das instalações e equipamentos, de acordo com a área funcional dos pedidos. As especificações para as intervenções promovidas pelo SIE, são realizadas pelos técnicos do SIE, cujas solicitações são efetuadas no programa de Gestão Documental EDOC.

Medida 1.3.2 - Os técnicos superiores que pertencem ao Serviço de Instalações e Equipamento elaboram as especificações técnicas de acordo com a sua formação base em engenharia. Quando não exista capacidade técnica interna para a elaboração das especificações técnicas, será solicitada a entidades externa à ULS. O técnico responsável pela exploração das instalações elétricas da ULS, pertence ao SUCH, através de protocolo celebrado entre as partes.

Medida 1.4.1 - Os horários de trabalhos são verificados na aplicação devida para o efeito SISQUAL, conforme procedimentos estabelecidos na ULS.

Medida 1.4.2 - No ano 2024, foram contratados 7 assistentes operacionais para o SIE.

Medida 1.4.3 - O SIE dispõe de uma escala de prevenção composta por 5 assistentes operacionais que é elaborada pela direção do serviço, em que apenas são ativados quando se verifica uma situação que não consiga ser contida pela 1ª linha operacional. O gabinete de prevenção a ocorrências, GPO (1ª linha) funciona 24 horas, dispondo atualmente de 6 assistentes operacionais que asseguram o funcionamento do SIE 24 horas.

A composição da escala engloba a realização de 3 turnos de oito horas cada, porquanto os AO realizam 1 hora por turno suplementar, devido ao seu CIT corresponder a 35 horas. Em operações de manutenção ou situações de emergência, como por exemplo roturas, avarias, que careçam de ser executadas no período noturno, ou de imediato, a equipa será reforçada para apoio. As intervenções são identificadas no SISQUAL pelo superior hierárquico que valida a folha de ponto.

Medida 1.5.1 - O levantamento das necessidades de monitorização é levantado no pelos serviços utilizadores, em conformidade com as normas e legislação em vigor.

Medida 1.5.2 - Existe contrato manutenção em regime de exclusividade com a empresa ZOR. Neste momento o sistema encontra-se em processo de ampliação, com a substituição das sondas de outro fornecedor que se encontram desatualizadas e por forma a uniformizar todo o sistema.

Medida 1.5.3 - Manutenção dos equipamentos de refrigeração é avaliada internamente pelo SIE, sendo solicitada intervenção ao exterior em caso de necessidade.

Medida 1.5.4 - O SIE faz a monitorização para efeitos de manutenção das sondas dos frigoríficos, quando identifica uma alteração procede da seguinte forma: entra em contato telefónico com os responsáveis de frio identificados pelos serviços adstritos da rede frio e regista na aplicação de monitorização que foi efetuado o contato. Como medida adicional, em 2025 foi implementado que para além do contato telefónica, será enviado um email a informar sobre a ocorrência.

Medida 1.6.1 - No protocolo celebrado entre a ULSBA e o SUCH encontra incluído um técnico de eletromecânica credenciado conforme definido termos do n.º 1 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 145/2017 de 30 de novembro (cumulativo).

Medida 1.7.1 - As necessidades de investimentos no âmbito da manutenção e instalações técnicas e remodelações são levantadas pelo SIE, junto do CA. O Gabinete de Investimentos da ULSBA promove junto CA o enquadramento e tipologia de investimentos disponíveis para apoio.

Medida 1.8.1 - O SIE apenas acede ao registo de ativos na aplicação SIGA, cuja responsabilidade da informação contida é da gestão patrimonial.

Medida 1.9.1 - A promovida pela Gestão Patrimonial.

Medida 1.9.2 -O SIE apenas intervém no âmbito da manutenção de instalações e equipamentos que estejam integrados na gestão patrimonial da ULS, consultando o inventário na aplicação SIGA. Os equipamentos encontram-se à guarda dos respetivos serviços da ULS. A atualização da base de dados do inventário cabe à gestão patrimonial.

Medida 1.10.1 - O SIE assegura a manutenção dos sistemas de SCIE, com planos de manutenção ativos com fornecedores externos.

Medidas 1.11.1 e 1.11.2 – O PEI, PE entre outros são desenvolvidos pelo serviço competente.

Medidas 1.12.1 e 1.12.2 – No âmbito da manutenção são promovidas verificações aos meios alternativos de abastecimento disponíveis no HJJF.

Medida 1.13.1 – A medida foi aplicada pelo Conselho de Administração.

7.1.17 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Entre outras funções compete ao Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação:

- 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 accidental, 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.

Assim, para esta área foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 5 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 1 crítico, 1 de risco alto, 2 moderados e 1 pequeno. Além disso, foram definidas 12 medidas preventivas desses mesmos riscos conforme matriz seguinte.

Matriz 3.18: Matriz de riscos na área do Serviço de Sistemas e Tecnologias de 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	Executadas	Em execução	Não Executada
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	x		
					1.1.2 O CA monitoriza a execução do Plano Estratégico	SSTI, CA	x		
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	x		
					1.2.2 Elaboração de um plano de avaliação do fornecedor relativo ao cumprimento contratual	SSTI	x		
					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	x		
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		x	
					1.3.2 Partilhar responsabilidades e procedimentos ao nível da atribuição de acessos com o SRH	SSTI, SGRH	x		
					1.3.3 Padronização dos perfis de acesso aos sistemas e divulgação dos mesmos	SSTI	x		
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		x	
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	x		
					1.5.2 Realização de ações de formação ao HelpDesk	SSTI	x		
					1.5.3 Criar uma base de dados de conhecimento para aplicar a incidentes conhecidos	SSTI	x		

De acordo com o quadro seguinte foram aplicadas 10 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas e estão em execução 2.

Quadro 3.16: Execução das medidas preventivas na área do serviço de sistemas e tecnologias de informação

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviço dos Sistemas e Tecnologias de Informação	5	1	2	1	1	12	10	83,33%		0,00%	2	16,67%

Medida 1.1.1 - Envolvimento de todas as áreas da ULSBA, incluindo CA, na construção do Plano Estratégico para as TI. Os anexos "Plano de Atividades TIC 2024-2026.msg" e "Reunião CA.msg" evidência a ocorrência de reunião com o CA para apresentação e aprovação de Plano de Atividades TIC 2024-2025. Este Plano de Atividades será objeto de revisão e atualização anual para realização de ponto de situação relativamente às atividades do ano anterior e também para planeamento das atividades futuras.

Medida 1.3.1 - Revisão da Política de Segurança da Informação. Os documentos anexos "Agendamento de reunião.msg", "Estratégia de Risco e Segurança da Informação.pptx" e "Regulamento CRSI-ULSBA", evidenciam a existência de reunião com a presença do Presidente do Conselho de Administração e simultaneamente Presidente do CRSI, onde foi debatida a estratégia para a operacionalização do CRSI e simultaneamente das medidas de cibersegurança a implementar. Brevemente será colocada à consideração do Presidente do Conselho de Administração a revisão da constituição do CRSI e já estão em curso a execução de algumas medidas no âmbito da Cibersegurança para garantir conformidade com a Diretiva NIS2, que visa fortalecer a cibersegurança na União Europeia, estando em curso o processo de transposição para a legislação portuguesa, cujo prazo limite já esteve estabelecido para 17 de outubro de 2024.

Medida 1.3.2 - Partilhar responsabilidades e procedimentos ao nível da atribuição de acessos com o SRH.

Medida 1.3.3 - Padronização dos perfis de acesso aos sistemas e divulgação dos mesmos. Está evidenciado no EDOC/2024/40624 de 22/09/2024 "Proposta de Transformação Digital - Gestão de Identidades" aquisição de um Módulo do sistema RISI Gestão de Identidades com o objetivo de controlar todos os acessos de utilizadores a aplicações informáticas e o seu desuso quando o funcionário deixa de exercer, incluindo funções de TOPO e administradores hospitalares. A conclusão da implementação deste módulo está dependente da conclusão da implementação do sistema RISI-GH (sistema de gestão de horários) porque as automatizações da atribuição/remoção de acessos aos sistemas de informação estão baseadas no Grupo Profissional, Serviço, Cargos e Funções atribuídos a cada trabalhador e registados pelo SRH.

Medida 1.5.3 - Criar uma base de dados de conhecimento para aplicar a incidentes conhecidos. O anexo "Manuais e Bases de Dados de Conhecimento TIC.docx" evidência a existência de Base de

Dados de Conhecimento para os utilizadores de sistemas, divulgadas na Intranet, assim como no Sistema EasyVista (SIGA-Backoffice) para os Administradores dos Sistemas.

Os documentos/ficheiros mencionados estão arquivados no dossier permanente do SAI e provam a execução das medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas em causa.

7.1.18 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.

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;
- 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.

Assim, para a área do Planeamento e Controlo de Gestão foi definida uma matriz de riscos contendo 3 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 2 riscos moderados e 1 de pequeno risco. Ao mesmo tempo foram definidas 8 medidas de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas a serem implementadas até 2026, conforme matriz descrita.

Matriz 3.19: Matriz de riscos na área do Planeamento e Controlo de Gestão

Unidade orgânica - Serviço de Planeamento e controlo de Produção - (SPCG)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
					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		x	
					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	x		
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	x		
					1.2.2 Elaboração de um manual de procedimentos na área do planeamento e controlo da produção	SCGP		x	
	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	x		
					1.3.2 Segregação de funções	SCGP e área intervenientes	x		
					1.3.3 Monitorização periódica do registo da produção e existências de procedimentos instalados para tal	SCGP	x		

De acordo com o quadro nº 3.17 foram aplicadas na área do Planeamento e Controlo de Gestão as seguintes medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas.

Quadro 3.17: Execução das medidas preventivas de riscos na área do Planeamento e Controlo de Gestão

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Planeamento e Controlo de Gestão	3	1	2			8	6	75,00%		0,00%	2	25,00%

Foi implementado em 2024 um sistema de pedidos de dados estatísticos via EDOC que protege os dados disponibilizados, originando um fluxo de autorização hierárquica no caso de dados identificativos, e obrigando o requerente a tomar conhecimento sobre a correta utilização dos dados disponibilizados. Além disso, o processo de pedido e cedência de dados estatísticos dentro da organização torna-se mais transparente porquanto todos os membros do GPIG têm acesso a todos os pedidos recebidos e respetivas respostas enviadas;

No GPIG (Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão) encontra-se previsto em PDO o projecto "(3.5.2) Inov Gest - Tratamento e publicitação de dados com BI" o que permitirá um acompanhamento da produção e dos objetivos do contrato Programa de forma mais fácil e rápida por parte dos utilizadores que venham a ser definidos pelo CA;

É também objetivo do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão reforço dos meios humanos para a área dos investimentos, para haver maior coordenação do acompanhamento mensal do Contrato Programa;

Outro objetivo é o da elaboração do Manual Interno do Gabinete, durante o ano de 2025.

Medida 1.1.3 - Não existe um plano de ação formalizado, mas são tomadas as diligências descritas na resposta ao ponto 1.3.3 e usado o manual interno de preenchimento dos mapas mensais SICA.

Medida 1.1.3 - regularmente é validada a informação extraída do SONHO e das bases de dados internas, para detetar falta de registos, registos incorretos ou incompletos. Sempre que detetada alguma anomalia é enviado para o serviço responsável (Admissão de Doentes, SSTI, entre outros) ficheiro com os números de episódios concretos ou dados da situação em causa para correção/regularização. (ex. registos de consultas sem médico associado, consultas p1 associadas a subsistemas diferentes de SNS, especialidades de consulta abertas no sistema mal associadas a serviço/centro de custo, consultas não médicas registadas como médicas e vice-versa, doentes sem alta do SU há mais de 9 dias, MCDT realizados sem associação a grupo de especialidade, entre outros); Toda a informação enviada mensalmente via SICA para a ACSS com os dados referentes à produção acumulada da instituição no ano em análise, segue de acordo com as orientações da tutela e respetivas instruções de preenchimento da informação, por valência e especialidade.

7.1.19 Bloco operatório – área de enfermagem

O Bloco Operatório sendo uma das áreas mais importantes de um hospital, contempla várias componentes importantes na dinâmica deste serviço, como recursos humanos, controlo de infeção, gestão do ambiente, planeamento e organização e tecnologia e informação.

Assim, a componente da gestão dos recursos humanos na área de enfermagem engloba um enfermeiro anestésista, um outro circulante, um instrumentista e um enfermeiro de cuidados pós anestésicos.

Assim, a matriz de riscos de corrupção e infrações conexas na área do bloco operatório respeita unicamente à área de enfermagem, englobando toda a equipa dos enfermeiros que compõem esta área. Foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas que contempla 4 riscos de corrupção e infrações conexas bem como 7 medidas de mitigação desses mesmos riscos conforme matriz descrita.

Matriz 3.20: Matriz de riscos na área bloco operatório – enfermagem

Unidade orgânica - Bloco Operatório - Área Enfermagem (BO)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
					1.1.2 Publicação desse mesmo horário em formato papel no dossier "Horário de enfermagem"	BO	x		
					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	x		
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	x		
Desenvolvimento atividades de enfermagem que assegurem a qualidade, acessibilidade, conforto e segurança das atividades cirúrgicas.	1.3 Não existir conhecimento científico e atualizado na área de enfermagem	Baixo 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	x		
					1.3.2 Estratégia de formação contínua com vista à melhoria dos cuidados prestados	BO	x		
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	x		

Da matriz exposta foram aplicadas todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas conforme quadro exposto.

Quadro 3.18: Execução das medidas preventivas de riscos no Bloco Operatório – área enfermagem

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Bloco operatório - enfermagem	4		4			7	7	100,00%		0,00%		0,00%

7.1.20 Gabinete do cidadão

O Gabinete do Cidadão foi criado pelo Despacho n° 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 n° 15/2014, de 21 de março, alterada pelo DL n° 44/2017, de 20 de abril que consolidou os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

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 tabela para a área mencionada contendo 4 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 1 risco crítico, 1 risco alto e 2 moderados. Igualmente, foram definidas 7 medidas para mitigação dos riscos apresentados.

Matriz 3.21: Matriz de riscos na área do gabinete do cidadão

Unidade orgânica - Gabinete Cidadão (GC)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	x		
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	x		
					1.2.2 Elaboração dos relatórios mensais/trimestrais das reclamações recebidas e dar conhecimento ao Conselho de Administração e entidades fiscalizadoras	GC, CA	x		
					1.2.3 Registo de todas as reclamações em aplicação a ser desenvolvida para tal ou folha Excel, com número sequencial	GC	x		
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	x		
					1.3.2 Divulgação das boas práticas para atendimento ao pessoal	GC	x		
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		x	

Assim, das medidas definidas para prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, o gabinete do cidadão aplicou 6 e tem uma em execução que será aplicada até 2026 conforme quadro apresentado.

Quadro 3.19: Execução das medidas aplicadas pelo gabinete do cidadão

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Gabinete do cidadão	4		2	1	1	7	6	85,71%		0,00%	1	14,29%

Medida 1.1.1- Os Livros de Reclamações e de Elogios estão nos balcões administrativos dos Serviços/Unidades, tendo acesso a eles os Assistentes Técnicos e Enfermeiros. Nos Centros de Saúde, têm também acesso aos Livros os Coordenadores Médicos que, com a equipa nuclear (Enfermeiro Gestor e Coordenador Técnico) fazem a análise das exposições. Medidas preventivas:

- Aquisição de suportes próprios para os Livros e garantir a sua colocação em local visível aos cidadãos, mas cujo acesso está reservado aos profissionais, que os disponibilizam quando solicitados.
- Reforço e uniformização da informação da existência de ambos os Livros.

Medida 1.2.1 - Há observação pelo cumprimento do Regulamento Interno de Comunicação de Irregularidades, nomeadamente, na comunicação indireta, quando aplicável, de denúncias/exposições apresentadas no Gabinete do Cidadão, comunicadas ao Conselho de Administração e escritas no Livro de Reclamações. Todas são analisadas e respondidas superiormente, com envio da resposta à Entidade Reguladora da Saúde

Medida 1.2.2 - Em 2024 foi efetuado o Relatório de Atividades do ano transato (anexo) e apresentado ao Presidente do Conselho de Administração. Foi prestada informação, com periodicidade trimestral, ao Gabinete de Planeamento e Informação de Gestão. Foram efetuados 3 relatórios relativos à atividade do Gabinete do Cidadão, por solicitação do Diretor do Departamento de Urgência e Emergência da ULSBA.

Medida 1.2.3- O Gabinete do Cidadão mantém atualizada a Base de Dados relativa a todas as exposições recebidas, pelas diferentes vias, numerando-as sequencialmente e inscrevendo ainda o tipo de exposição, forma de entrada, serviço visado, categoria profissional do visado, tema da exposição e assunto. Ainda o número de dias desde a receção da exposição até à sua resposta.

Medida 1.3.1 - O Regulamento Interno do Gabinete do Cidadão foi revisto e atualizado em 2024 e aguarda aprovação pelo CA. Após aprovação será divulgado internamente na intranet da ULSBA.

Medida 1.3.2 - Em maio de 2024 houve participação dos elementos do Gabinete do Cidadão em ação de formação “Atendimento do Público e Comunicação”, destinada a profissionais que no âmbito da sua atividade na ULSBA, exerçam funções de atendimento direto ao público e necessitem desenvolver as suas competências na área da comunicação e relacionamento interpessoal. A comunicação interpessoal, o atendimento presencial e digital, a comunicação no atendimento em serviços de saúde e a gestão de conflitos e assertividade são áreas consideradas fundamentais no âmbito do Gabinete do Cidadão.

Medida 1.4.1 - Até 2026 será elaborada a Política de Proteção de Dados para esta área.

7.1.21 Gabinete jurídico e contencioso

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.

Na área jurídico e contenciosa foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 5 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo 2 riscos altos e 3 moderados. Foram ainda definidas 8 medidas de prevenção desses mesmos riscos conforme matriz seguinte.

Matriz 3.22: Matriz de riscos na área jurídica

Unidade orgânica - Serviço Jurídico e Contencioso - (SJ)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executadas
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	JC	x		
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	JC	x		
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	JC	x		
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	1.3.2 Acesso a pesquisa científica atualizada	JC	x		
					1.4.1 Dupla apreciação	JC	x		
Prescrição de faturas	1.5 Prescrição de faturas de acordo com a legislação aplicável	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.2 Segregação de funções nos processos mais complexos	JC	x		
					1.5.1 Reforço de procedimentos ao nível da articulação com o serviço financeiro, nomeadamente, solicitar mensalmente a antiguidade de saldos	JC, SF	x		
					1.5.2 Elaboração de um regulamento de prescrição de faturas em articulação com o SF	JC, SF	x		

Na definição desta matriz de risco há que efetuar uma declaração de interesses. A presente matriz foi definida em colaboração com a anterior responsável pela área jurídica e contenciosa. Assim, atendendo que a matriz estava em processo de aplicação de todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, a atual responsável pela área jurídica e de contencioso não sendo obrigada a concordar com a referida matriz, ainda assim emitiu as considerações descritas.

“Quanto à autoavaliação o risco de incumprimento de prazos é muito reduzido e apenas existe porque, muitas vezes, a intervenção processual depende de informações e documentos a fornecer por outros serviços. O procedimento adotado é a análise imediata das necessidades e a solicitação do secretariado do Conselho de Administração para que as informações/documentos necessários sejam fornecidos atempadamente ao GJC, de forma a que este possa elaborar as peças processuais a enviar aos tribunais.

Relativamente à falta de recursos humanos: encontra-se em processo de integração (ainda no período experimental) técnica superior (jurista) admitida em 17/12/2023, na sequência de procedimento concursal que decorreu entre agosto e final de novembro de 2024. A mesma encontra-se a ocupar posto de trabalho que vagou precisamente em agosto de 2024. Não existiam, desde 2022, técnicos com "aposentação solicitada", nem quaisquer técnicos que reunissem, ou reuniam, as mínimas condições para a aposentação. O técnico a que se alude no documento aposentou-se em agosto de 2022.

O risco de prescrição de prazos não moderado, dependente do volume e qualidade do trabalho atribuído ao GJC a que, apesar do aumento de número de técnicos, não consegue responder com a celeridade desejável. Todos os processos que chegam ao GJC e que requerem a observância de prazos (de caducidade ou de prescrição) são considerados prioritários relativamente às demais matérias.

Assim, com um risco de prescrição reduzido, considera-se que os recursos humanos são insuficientes para dar resposta atempada a todas as matérias submetidas ao GJC.

Quanto aos pareceres técnicos emitidos as prioridades estão a ser definidas e o "acesso a pesquisa científica atualizada" também existe (e existia), depende, porém, do tempo disponível para o necessário estudo e aqui, novamente, dependemos da quantidade de trabalho atribuído, dificultado com a inadequada instrução dos processos/procedimentos administrativos que chegam ao GJC (regra geral existe necessidade de - mesmo tratando-se de procedimentos semelhantes/iguais - solicitar-se documentação ou cumprimento de procedimentos prévios que já deveriam ter sido observados quando as matérias são enviados para o GJC, pese embora as constantes, reiteradas e claras indicações feitas por parte do nosso serviço).

A dupla apreciação é feita neste GJC, de forma a evitar erros. Neste GJC, os processos mais complexos são precisamente trabalhados em equipa e não em segregação.

Relativamente ao último ponto, não existe um risco alto de prescrição de faturas no GJC. Os procedimentos estão definidos desde 2017 (por deliberação de CA), e determinam as tarefas do SF, e prazos (e quantias), para o envio para o GJC, quando não consegue cobrar os montantes devidos à ULSBA. Montante considerável é o devido por companhias de seguros e é essencial submeter na plataforma, nos prazos legais, as faturas para que as paguem ou justifiquem porque declinam responsabilidade. Esta função é da responsabilidade do SF. Portanto o "regulamento" já existe. Não cabe ao GJC verificar mensalmente ou em qualquer outra periodicidade a "antiguidade de saldos". Ao GJC cabe proceder à cobrança nos termos determinados por deliberação em 2017, sendo que os processos têm de chegar devidamente instruídos ao GJC."

Assim, apesar da atual responsável pelo GJC não ter definido esta matriz, o SAI verificou que as medidas foram aplicadas tendo em conta o quadro seguinte.

Quadro 3.20: Execução das medidas preventivas de riscos na área jurídica

Área-Serviço	Identificação dos riscos					Medidas preventivas						
	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Área Jurídica e contencioso	5		3	2		8	8	100,00%				

7.1.22 Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente

O Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente (GQSA) presta serviços na área da qualidade, segurança e ambiente. O GQSA visa dar cumprimento às matérias legais nas áreas de atuação podendo ser constituído por um técnico superior, um enfermeiro e um assistente técnico. As competências técnicas do GQSA constam de regulamento próprio homologado pelo Conselho de Administração.

Foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a área do GQSA contendo 6 riscos de corrupção e infrações conexas dos quais 2 são pequenos e 4 moderados. Além disso, foram definidas 9 medidas preventivas desses mesmos riscos de corrupção e infrações conexas conforme matriz descrita.

Matriz 3.23: Matriz de riscos na área da qualidade, segurança e ambiente

Unidade orgânica - Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente - (GQSA)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executada
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	GQSA	x		
					1.1.2 Inexistência de regulamentos na área devidamente atualizados	GQSA	x		
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	GQSA, SFI	x		
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	GQSA	x		
					1.3.2 Cumprimento da legislação aplicável	GQSA	x		
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	GQSA	x		
					1.4.2 Auditorias internas realizadas periodicamente	GQSA	x		
Gestão da Qualidade	1.5 Não dinamizar de forma eficiente e contínua 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	GQSA	x		
	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 PAAQ		x		

Nesta área, foram aplicadas todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas.

7.1.23 Comissão de trabalhadores

A Comissão de Trabalhadores é uma estrutura de representação coletiva dos trabalhadores independentes 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 nº 21 de 08.21. A sua missão consiste na defesa e prossecução coletivas e direitos dos trabalhadores. A sua estrutura é representativa de todos os trabalhadores independente da sua classe e vínculo laboral.

Foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas para a Comissão de Trabalhadores, contendo 4 riscos, sendo 1 pequeno, dois moderado e 1 crítico. Foram definidas 8 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas, conforme matriz seguinte.

Matriz 3.24: Matriz de riscos na área da Comissão dos Trabalhadores

Unidade orgânica - Área Comissão de Trabalhadores (CT)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em execução	Não executada
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	x		
					1.1.2 Ações de formação sobre os estatutos da Comissão de Trabalhadores	CT, SFI		x	
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		x	
					1.2.2 Cumprimento dos deveres estipulados no artº 18º dos estatutos da CT	CT	x		
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	x		
					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	x		
	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 1.4.2 Informar sempre o trabalhador de todas as decisões ou medidas adotadas quando a CT se relaciona com os sindicatos	CT CT	x x		

A Comissão de Trabalhadores da ULSBA aplicou as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas definidas no quadro seguinte.

Quadro 3.21: Execução das medidas aplicadas na área da Comissão dos Trabalhadores

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Comissão Trabalhadores	4	1	2		1	8	6	75,00%		0,00%	2	25,00%

7.1.24. Serviço de auditoria Interna

Ao Serviço de Auditoria Interna compete a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Assim, para esta área foi definida uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas contendo 4 riscos de corrupção e infrações conexas sendo 2 riscos críticos e dois moderados. Foram ainda definidas 9 medidas preventivas dos mesmos riscos.

Matriz 3.25: Matriz de riscos na área da auditoria interna

Unidade Orgânica - Serviço de Auditoria Interna									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade e ocorrência	Impacto no serviço	Avaliação do risco	Medidas Preventivas - Resposta ao risco	Responsabilidade	Executadas	Em Execução	Não Executadas
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 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	x		
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	x		

Incompatibilidades	1.3 Não cumprimento do regime de incompatibilidades, acumulação de funções privadas ou existência de conflito de interesses	Baixa 2	Moderado 3	Rico 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	x		
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 atualização dos manuais, regulamentos e outros documentos de procedimentos internos nos serviços, durante o mandato do Auditor Interno.	SAI	x		

O quadro seguinte demonstra que foram aplicadas todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas.

Quadro 3.22: Execução das medidas preventivas de riscos na área da auditoria interna

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Serviço auditoria interna	4		2		2	9	9				9	100,00%

7.1.25 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 contendo 4 riscos de corrupção e infrações conexas, sendo todos moderados. Foram definidas 5 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas conforme matriz descrita.

Matriz 3.26: Matriz de riscos na área dos ativos fixos tangíveis e intangíveis

Unidade orgânica - Comissão de abates - (CdA)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	Em Execução	Não Executadas
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	x		
					1.1.2 Reuniões periódicas para decisão sobre abates	CdA	x		
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	x		
	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	x		
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	x		

Conforme quadro 3.23 foram aplicadas todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas nesta área.

Quadro 3.23: Execução da matriz de riscos na área dos abates de bens

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Comissão de Abates	4		4			5	5					0,00%

7.1.26 Regulamento Geral da Proteção de Dados

O 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 uma matriz de riscos de corrupção e infrações conexas na área da Proteção de Dados contendo 6 riscos de corrupção e infrações conexas sendo 2 críticos, 1 alto, 1 moderado e 2 pequenos. Foram ainda definidas 7 medidas de corrupção e infrações conexas para mitigação dos mesmos riscos conforme matriz seguinte.

Matriz 3.27: Matriz de riscos na área da proteção de dados

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	Executadas	Em Execução	Não executadas
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		x	
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		x	
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	x		
Tratamento de dados pessoais	1.4 Ocorrência de violação de dados pessoais	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Reforço de procedimentos sobre receção e tratamento de dados pessoais violados	EPD	x		
					1.4.2 Elaboração de auditorias	EPD			x
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	x		
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	x		

Conforme verificado foram executadas 4 medidas preventivas, não foi aplicada 1 e estão duas em execução demonstradas pelo quadro seguinte.

Quadro 3.24: Execução das medidas preventivas de riscos na área da proteção de dados

Identificação dos riscos						Medidas preventivas						
Área-Serviço	Riscos identificados	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco crítico	Medidas preventivas	Executadas	%	Não executadas	%	Em execução	%
Proteção de dados	6	2	1	1	2	7	4	57,14%	1	14,29%	2	28,57%

IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. Conclusões

A ULSBA tendo sido constituída em 2008, desde essa data tem vindo a implementar um sistema consistente de controlo interno ao nível de toda a organização e em especial nos vários serviços/áreas de gestão. Assim, face ao sistema de controlo interno implementado não se prevê ocorrência de riscos graves de corrupção e infrações conexas para o período analisado, verificando-se, inclusive, uma elevada quantidade de riscos identificados como sendo de “pequeno risco”.

A implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o período em análise, foi bem-sucedido havendo participação de todos os serviços/áreas envolvidas. A mencionada participação geral do PPRCIC denota a preocupação do Órgão de Gestão e Diretores/Coordenadores de serviços melhorarem o sistema de controlo interno da instituição.

Atendendo ao sucesso obtido na implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, conclui-se que as medidas adotadas para mitigação do risco foram eficazes e o PPRCIC é um instrumento de grande utilidade no melhoramento da gestão do risco na instituição e de grande utilidade na tomada de decisão, planeamento e execução de atividades.

Não é possível fazer a comparação homóloga pelo anterior Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas ser válido para os anos 2022-2023 e o atual para os anos 2024-2026, ficando a mesma para a próxima versão da elaboração do Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Fica, contudo, em síntese, a identificação de 166 Riscos de Corrupção e Infrações Conexas em toda a instituição e 328 medidas para mitigação desse mesmo risco, distribuídas pelas áreas da gestão da instituição, comissões técnicas entre outras, cuidados de saúde primários e hospitalares abrangendo toda a instituição.

2. Recomendações

Face ao exposto no presente relatório e conclusões obtidas, o SAI coloca à consideração do Conselho de Administração a adoção das recomendações:

- A aprovação do presente relatório nos termos da Recomendação nº 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), publicada em DR, 2ª série, nº 140 de 22 de julho de



2009 e enviar cópia do mesmo ao Conselho de Prevenção da Corrupção e órgãos de tutela, superintendência e fiscalização;

- Divulgar o presente relatório junto dos serviços/áreas mencionados no presente relatório, sensibilizando os mesmos para aplicação das medidas de prevenção de risco identificadas, que ainda se encontram em curso ou por implementar;
- Sensibilizar o Serviço de Formação Profissional da ULSBA para a necessidade de incluir no Plano Anual de Formação, ações de formação relativas ao Risco de Corrupção e Infrações Conexas (Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas);
- Publicar o presente relatório no Portal interno e externo da ULSBA;
- Sensibilizar os Diretores/Coordenadores de serviços para a importância da gestão do Risco no plano de gestão do sistema de controlo interno da instituição.
- Cumprimento do Regime Anticorrupção disponibilizando o referido relatório na plataforma no MENAC.