

2023

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



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Ata N.º 13
04.04.2024
Ponto 8.1

Aprovado

ULSBA, EPE

[Signature]
Vanessa Faria
Vogal Executiva

[Signature]
José Queimado
Presidente do CA

[Signature]
Vera Guerreiro
Diretora Clínica CSII
[Signature]
Luis Coentro
Diretor Clínico CSII

[Signature]
António Pascoa
Enfermeiro Director

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO
ALENTEJO

ÍNDICE

ÍNDICE	1
ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS, FIGURAS, PROCESSOS E QUADROS	2
LISTA DE SIGLAS.....	4
FICHA TÉCNICA	6
I. ENQUADRAMENTO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO	7
1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	7
2. Missão, objetivos e Valores	8
3. Organização Interna da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	10
3.1 O Conselho de Administração	10
3.2 O Fiscal Único	11
3.3 O Conselho Consultivo	12
4. Os recursos Humanos da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	12
II. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.....	13
1. Enquadramento do Plano de Prev. de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas..	13
2. Os riscos de Corrupção e Infrações Conexas	14
3. Funções e responsabilidades dos intervenientes	16
4. Áreas de risco	17
5. Âmbito e objetivos	18
6. Metodologia	18
7. Riscos identificados e medidas de mitigação	19
7.1 Análise de risco.....	19
7.2 Avaliação das medidas propostas.....	20
8. Implementação das medidas de mitigação de riscos por serviço.....	21
8.1 Serviço de Auditoria Interna.....	21
8.2 Serviços farmacêuticos	22
8.3 Serviço Jurídico e Contencioso.....	24
8.4 Serviço de Gestão de Doentes	24
8.5 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação.....	25
8.6 Serviço de Gestão dos Recursos Humanos.....	27
8.7 Serviço de Aprovisionamento e Logística.....	28
8.8 Serviços Financeiros	29
8.9 Bloco Operatório – área enfermagem	30
8.10 Regulamento Geral de Proteção de Dados.....	32
9. Conclusões e recomendações.....	33
9.1 Conclusões.....	33
9.2 Recomendações.....	34

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS, PROCESSOS, ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Índice de Tabelas:

Tabela 1: Mandato do Conselho de Administração.....	11
Tabela 2: Mandato do Fiscal Único.....	11
Tabela 3: Recursos Humanos da ULSBA.....	12
Tabela 4: Medidas preventivas de riscos implementadas no serviço de Auditoria Interna.....	22
Tabela 5: Medidas preventivas de riscos implementadas nos serviços Farmacêuticos.....	23
Tabela 6: Medidas preventivas de riscos implementadas no serviço Jurídico e Contencioso...	24
Tabela 7: Medidas preventivas dos riscos implementadas na área da Admissão de Doentes...	25
Tabela 8: Medidas preventivas de riscos implementadas no serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação.....	26
Tabela 9: Medidas preventivas de riscos implementadas no serviço de Gestão dos Recursos Humanos.....	27
Tabela 10: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes.....	28
Tabela 11: Medidas preventivas de riscos implementadas pelos serviços Financeiros.....	29
Tabela 12: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo Bloco Operatório.....	30
Tabela 13: SIGIC auferido pelos enfermeiros do Bloco Operatório.....	31
Tabela 14: Medidas preventivas de riscos implementadas na área do RGPD.....	33

Índice de Quadros:

Quadro 1: Gestão de riscos por nível de intervenção.....	16
Quadro 2: Responsáveis de serviços/Áreas da ULSBA.....	17
Quadro 3: Riscos potenciais das áreas/Serviços da ULSBA.....	19
Quadro 4: Resumo da execução das medidas propostas no PPRCIC de 2022-2023.....	21
Quadro 5: Medidas preventivas dos riscos implementadas no serviço de Auditoria Interna.....	22
Quadro 6: Medidas preventivas dos riscos implementadas nos Serviços Farmacêuticos.....	22
Quadro 7: Medidas preventivas dos riscos implementadas no serviço Jurídico e Contencioso...	24
Quadro 8: Medidas preventivas dos riscos implementadas na área da Gestão de Doentes.....	25
Quadro 9: Medidas preventivas dos riscos implementadas no serviço de Sistemas Tecnologias da Informação.....	26
Quadro 10: Medidas preventivas dos riscos implementadas no serviço de Gestão dos Recursos Humanos.....	27

Quadro 11: Medidas preventivas dos riscos implementadas no serviço de Aprovisionamento e Logística.....	28
Quadro 12: Medidas preventivas dos riscos implementadas pelo Serviço Financeiro.....	29
Quadro 13: Medidas preventivas dos riscos implementadas pelo Bloco Operatório.....	30
Quadro 14: Medidas preventivas de riscos implementadas na área do RGPD.....	32

Índice de Ilustrações:

Ilustração 1: Classificação da corrupção.....	15
Ilustração 2: Tipos de infrações conexas.....	15
Ilustração 3: Tipos de infrações conexas.....	16

Índice de processos:

Processo 1: Fases da elaboração do relatório de Execução do PPRCIC.....	19
---	----

Índice de gráficos:

Gráfico 1: Riscos potenciais e medidas propostas por área/Serviços da ULSBA.....	20
--	----

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho
BO – Bloco Operatório
CA – Conselho de Administração
CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção
CCP – Código da Contratação Pública
CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico
CE – Comunidade Europeia
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
CPC – Controlo do Processo de Compras
CS – Centro de Saúde
DCSP – Departamento dos Cuidados de Saúde Primários
DL – Decreto-Lei
DR – Diário da República
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos
EU – União Europeia
IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde
IRS – Imposto sobre o Rendimento Singular
MENAC – Mecanismo Anticorrupção
PA – Processo de Aquisição
PAAI – Plano de auditoria Interna
PPRCIC – Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RI – Regulamento Interno
RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados
RGS – Relatório do Governo Societário
RH – Recursos Humanos
RHV – Recursos Humanos e Vencimentos
ROC – Revisores Oficiais de Contas
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RPPRCIC – Relatório do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
SAI – Serviço de Auditoria Interna
SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho
SICC – Sistema Integrado de Contabilidade Centralizada
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SF – Serviço Financeiro
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação
TC – Tribunal Constitucional
TI – Tecnologias da Informação
TSDT – Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica
ULS – Unidade Local de Saúde
ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

FICHA TÉCNICA

Responsável pela Elaboração e revisão	Serviço de Auditoria Interna
Contactos:	CA@ulsba.min-saude.pt
Âmbito	A elaboração do Relatório do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas encontra-se prevista nos estatutos do SNS e na legislação publicada em DR relativo ao Regime Anticorrupção.
Período de realização	Ano 2023
Colaboração	Conselho de Administração, Direções e Coordenações dos serviços da ULSBA
Disponibilidade	Site da Internet e intranet da ULSBA
Aprovado pelo Conselho de Administração	Conforme ATA emitida pelo Conselho de Administração
Remissão a entidades	Ministério da Saúde, Ministério das Finanças, Conselho de Prevenção da Corrupção, MENAC, ACSS e IGAS

I. 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 as 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.

1. Apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (doravante ULSBA) tem como objetivos principais a prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e diferenciados à população, primando pela excelência, e também, assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica de abrangência.

A sua atividade é exercida em dois níveis de cuidados, conforme descrito:

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

A ULSBA não possui médicos oncologistas, contudo, desenvolve a sua atividade nesta área, através de um polo de proximidade, desenvolvendo parecerias com o Hospital Espírito Santo em Évora. Em termos de serviços de apoio clínico a carteira de serviços engloba Imagiologia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Laboratório de Anatomia Patológica, Medicina Física e Reabilitação, Unidade de Técnicas Minimamente Invasivas e, ainda, uma unidade de endoscopia. A especialidade de gastroenterologia realiza exames endoscópicos por médicos gastroenterologistas contratados em regime de prestação de serviços. **(R&C ULSBA:2022).**

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

Ao nível da sua organização interna, a ULSBA é constituída por treze centros de saúde, nomeadamente, CS Aljustrel, CS Almodôvar, CS Alvito, CS Barrancos, CS Beja, CS Castro Verde, CS Cuba, CS Ferreira do Alentejo, CS Mértola, CS Moura, CS Ourique, CS Serpa e CS Vidigueira. Possui ainda uma Unidade de Saúde Familiar e mais de 60 Extensões de Saúde.

A rede de Urgência/Emergência da ULSBA é constituída por:

- Serviço de Urgência Geral, Obstétrica e Pediátrica;
- Serviço de Urgência Básica de Castro Verde;
- Serviço de Urgência Básica de Moura;
- Uma viatura médica de Emergência e Reanimação VMER;
- Duas ambulâncias de suporte imediato de vida (Sub de Castro Verde e Sub de Moura).

2.Missão, objetivos e Valores

Visão

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

Missão

Tem ainda como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis num quadro de eficiência e eficácia em articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade.

- No desenvolvimento da sua atividade a ULSBA e os seus trabalhadores adotam uma atitude centrada no utente/doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana, no sentido da prevenção e promoção da saúde individual e da comunidade, na acessibilidade e equidade na prestação dos cuidados bem como na obtenção de ganhos em saúde visando a melhoria progressiva do nível de todos os indicadores de saúde da população do Baixo Alentejo;
- A par das atividades assistenciais são desenvolvidas as funções de formação, treino e investigação consideradas necessárias ao desenvolvimento técnico-profissional dos trabalhadores e colaboradores da ULSBA;
- Ao nível dos cuidados de saúde primários pretende-se, pela excelência médica, garantir a cobertura de médico de família a todos os utentes inscritos, a promoção de boas práticas de saúde e medidas preventivas assegurando a manutenção da saúde comunitária.
- Nos cuidados de saúde hospitalares pretende-se manter e garantir o acesso a consultas de especialidade aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica e, também, a cirurgias em tempo útil e garantir o cumprimento dos tempos recomendados no atendimento urgente promovendo os recursos necessários pelos utentes ao acesso dos mesmos.
- Ao nível dos recursos humanos pretende-se garantir o acesso dos mesmos aos meios e recursos necessários ao seu desenvolvimento profissional, através da formação profissional adequada e contínua, bem como garantir o recrutamento de profissionais carenciados, como médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais. **(PPRIC:2022)**

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 (**PPRCIC:2022**).

3. Organização Interna da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A ULSBA é constituída por três Órgãos Sociais:

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

3.1 O Conselho de Administração

O Conselho de Administração da ULSBA é um dos três Órgãos Sociais e a sua composição está tipificada nos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, conforme art.º 21º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto. A nomeação, competências, funcionamento e mandato do mesmo, regem-se pelos artigos tipificados nestes

mesmos diplomas e na situação concreta da ULSBA é constituída por um Presidente, um Diretor dos Cuidados de Saúde Primários, uma Diretora dos Cuidados Hospitalares, uma Vogal Executiva da área financeira e um Enfermeiro Diretor. A sua constituição está descrita a tabela nº 1.

Tabela 1: Mandato do Conselho de Administração

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

Fonte: Despacho nº 4610/2023 e 7307/2023

3.2 O Fiscal Único

O Fiscal Único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULSBA. As competências do Fiscal Único estão tipificadas no art.º 18º do Anexo III, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto. Conforme Despacho nº 1517/2016, de 29 de dezembro, do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Tesouro e das Finanças, para o triénio de 2016-2018, foi designado o seguinte Fiscal Único.

Tabela 2: Mandato do Fiscal Único

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

Fonte: Despacho nº 1517/2016

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

3.3 O Conselho Consultivo

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

4. Os Recursos Humanos da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A ULSBA no final de 2023 possuía um total de 1770 funcionários, menos 1,17% comparativamente com 2022, cujo número total de funcionários em 31/12/2022 era de 1791. Dos 1770 funcionários, 1013 possuem contrato individual de trabalho sem termo e 585 são trabalhadores em funções públicas. Realçar que os Trabalhadores em funções públicas nos termos do nº 2, artº 29º do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, tem carácter residual, sendo os lugares ocupados por estes funcionários extinguidos da base para o topo, quando vagarem.

Tabela 3: Recursos humanos da ULSBA

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

Fonte: Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

II. PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Nos termos do nº 14, artº 86º dos Estatutos do SNS, Decreto Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna deve elaborar um Relatório Anual de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, ser 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, ACSS e IGAS. O mencionado relatório tem por base os riscos de Corrupção e Infrações Conexas identificados pelos responsáveis de serviços/áreas, bem como as medidas de prevenção dos mesmos, inseridos no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. De acordo com o Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, os riscos identificados também devem incluir riscos de funcionamento e de gestão. Desta forma, o SAI procedeu à elaboração do mencionado Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, apresentando de seguida os resultados da monitorização do mesmo.

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

A Recomendação nº 1/2009, de 1 de julho, do Conselho da Prevenção da Corrupção (CPC), refere que as entidades hospitalares do SNS devem elaborar o Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas. Assim, a ULSBA para o ano de 2022-2023, elaborou o PPRCIC aprovado pelo Conselho de Administração em 02/12/2021, através da ATA nº 47.

Ainda 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 sobre a Execução do Plano, 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.

Assim, levando em consideração as recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção, foi efetuada a monitorização do Plano, para verificação do grau de implementação das medidas identificadas em cada área e descritas nas “matrizes de risco” do mesmo Plano. Na sequência, foi elaborado este relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, relativo ao ano de 2023. 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 e considerar 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 da Secção III, al e) nº 2 do artº 19º do Estatuto das ULS, Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo artº 86º do Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto. Nessa função, articula-se com o órgão de gestão e diversos serviços/áreas da ULSBA.

Salientar ainda que o Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), entidade administrativa independente, com personalidade jurídica de direito público e poderes de autoridade, dotada de autonomia administrativa e financeira, que desenvolve atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

Assim, de acordo com esta nova legislação foi criado o Regime Geral Anticorrupção que engloba os seguintes instrumentos:

- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Código de Conduta Ética;
- Canal de Denúncia Interna;
- Programa de Formação e Comunicação para a Integridade;
- Responsável pelo Cumprimento Normativo.

A ULSBA por deliberação do Conselho de Administração nomeou o auditor interno como Responsável Pelo cumprimento Normativo do Regime Geral Anticorrupção, em 8 de janeiro de 2024.

2. Os riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas junto com o Código de Conduta Ética, o Canal de denúncias interno, o Plano para a Formação da Corrupção e o Responsável do Cumprimento Normativo são os pilares do novo regime anticorrupção. Assim, o referido Plano reflete um serviço público e responsabilidade profissional, devendo ser do conhecimento de todos os profissionais da ULSBA, para existir uma abordagem sistémica ao nível dos conceitos de “**Risco**”, “**Corrupção**” e “**Infrações Conexas**”. À luz desta ideia, convém esclarecer o significado destes conceitos:

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

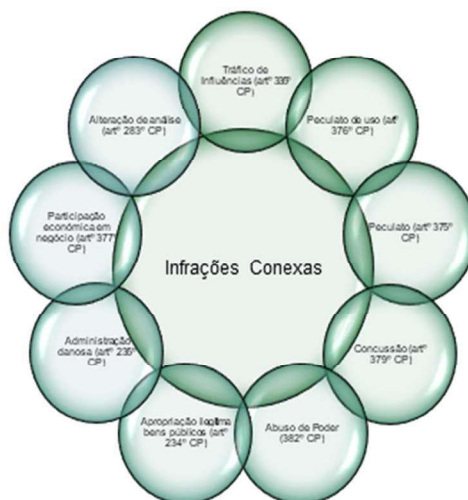
Ilustração 1: Classificação da Corrupção



Fonte: SAI

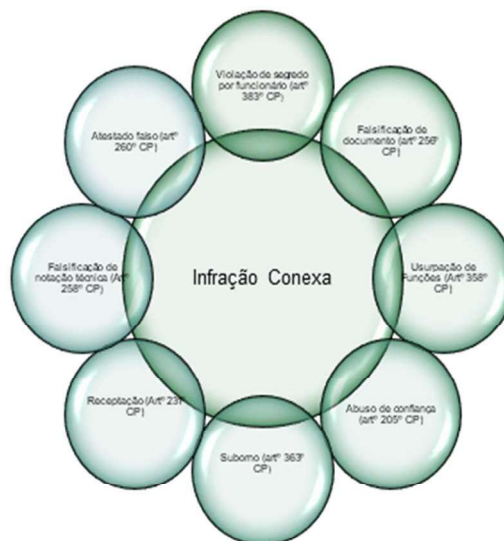
- **Infração conexa** – tipifica um comportamento não desejável entre o agente público e o bom funcionamento das instituições públicas para obtenção de vantagem ou compensação para o agente público. De entre muitas podemos destacar as seguintes.

Ilustração 2: Tipos de infrações Conexas



Fonte: PPRCIC 2022

Ilustração 3: Tipos de infrações Conexas



Fonte: PPRCIC 2022

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. O quadro seguinte extraído e adaptado do Plano de Prevenção de Riscos do Tribunal de Contas, permite identificar os intervenientes e respetivas responsabilidades.

Quadro 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 ULBSA	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 do Tribunal de contas

4. Áreas de risco

A lei nº 54/2008, de 4 de setembro, que cria o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), a funcionar junto do Tribunal de Contas, desenvolvendo atividade a nível territorial de Portugal no âmbito da Corrupção e Infrações Conexas, considera no artº 7º da citada Lei 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.

O Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro criou o Mecanismo Anticorrupção (MENAC), com competências no domínio da luta contra a Corrupção. Assim, foi instituído o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, cujos instrumentos e medidas são:

- Código de Conduta;
- Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Canal de Denúncia Interna;
- Programa de Formação e Comunicação para a Integridade;
- Responsável pelo Cumprimento Normativo.

Desta forma, e sabendo que a ULSBA apresenta uma estrutura e gestão complexa, onde o risco pode ser elevado, o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contempla as seguintes áreas:

Quadro 2: Responsáveis de Serviços/Áreas da ULSBA

Gestão de riscos	
Departamento/Serviço/Gabinete/Área	Dirigente/Coordenador/Responsável (31/12/2023)
Serviço de Auditoria Interna	Dr. Paulo Marques
Serviços Farmacêuticos	Drª Paula Sadio
Departamento de Gestão de Doentes	Drª Maria Glória
Área Jurídica e Contencioso	Drª Sónia Calvário
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	Drª Norberto Chinita
Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Dr. Vítor Paixão
Serviço de Aproveitamento e Logística	Drª Joana Dias
Serviço Financeiro	Dr. António Palma
Bloco Operatório - Área enfermagem	Enfermeira Ana Mota
Registo Geral de Proteção de Dados	Responsável pelo Tratamento

Fonte: SAI

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 Plano, 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 Governança, prevenindo a ocorrência de quaisquer 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;
- 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;
- 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 2023. Numa segunda fase, foram enviadas aos serviços/áreas as **matrizes de risco e templates** inseridos no PPRCIC, para o SAI avaliar as medidas que foram ou não implementadas. Em simultâneo a informação das medidas a monitorizar. Numa terceira fase, receção no SAI das medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas implantadas pelos diversos serviços/áreas da ULSBA.

Por fim, a elaboração e apresentação do Relatório de Execução de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas ao Conselho de Administração para aprovação. Após aprovação, o envio do mesmo às entidades tipificadas no Decreto-Lei nº 52/2022, de 04 de agosto.

Processo 1: Fases da elaboração do Relatório de Execução do RPRCIC



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 a matriz inserida no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

7.1 Análise dos riscos

Conforme o Quadro nº 3 foram inseridas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2022-2023, 10 áreas/serviços com potenciais riscos de corrupção e infrações conexas.

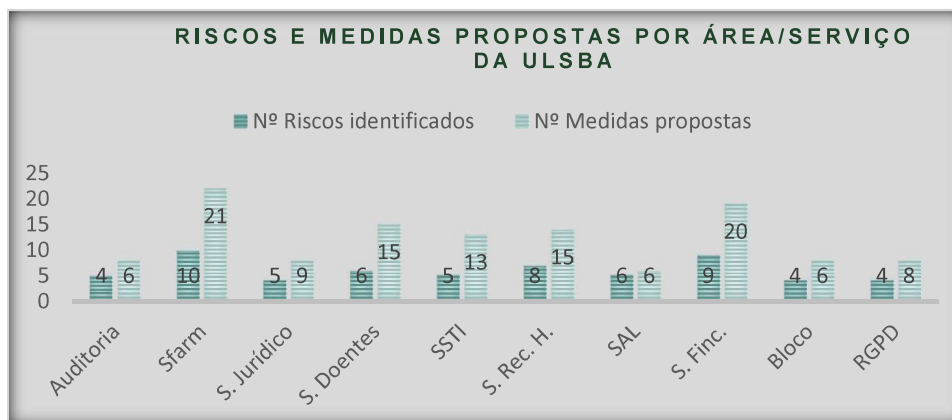
Quadro 3: Riscos potenciais das áreas/serviços da ULSBA

Designação	Responsáveis Execução do Plano	Total de riscos	Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Crítico	Medidas Preventivas
Serviço Auditoria Interna	Dr. Paulo Marques	4		1		3	6
Serviços Farmacêuticos	Drª Paula Sadio	10	7	2	1		21
Serviço Jurídico e Contencioso	Drª Sónia Calvário	5	2	3			9
Serviço Admissão Doentes	Drª Maria Glória	6		4	2		15
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	Dr. Norberto Chinita	5	2		2	1	13
Serviço de Gestão dos Recursos Humanos	Dr. Vítor Paixão	8	5	3			15
Serviço de Aproveitamento e Logística	Drª Joana Dias	6	2	4			6
Serviço Financeiro	Dr. António Palma	9	2	5	1	1	20
Bloco Operatório - área enfermagem	Enfermeira Ana Mota	4	1	1		2	6
Regulamento Geral de Proteção de Dados	Responsável Tratamento	4		2	1	1	8
		61	21	25	7	8	119

Fonte: SAI

No gráfico seguinte podemos verificar os riscos identificados em cada área/serviço da ULSBA no ano de 2023 e, consequentemente, as medidas propostas para mitigação de cada risco identificado.

Gráfico 1: Riscos potenciais e medidas propostas por área/Serviço da ULSBA



Fonte: SAI

A ULSBA elaborou o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para 2022-2023, tendo identificado os riscos e medidas de resposta a esses mesmos riscos evidenciadas no Quadro 4. Salientamos, a identificação de 61 riscos potenciais de envolverem Corrupção e Infrações Conexas e 119 medidas de resposta a esses mesmos riscos a serem implementadas pelos serviços/áreas identificados. Nos “Serviços Farmacêuticos”, “Serviço Jurídico e contencioso”, “Serviços de Admissão de Doentes”, Serviço de “Sistemas de Tecnologias de Informação”, “Serviços de Gestão de Recursos Humanos”, “Serviços Financeiros”, e “Regulamento Geral de Proteção de Dados”, vão ser implementadas pelo menos o dobro das medidas de mitigação dos riscos de corrupção e Infrações Conexas identificados pelos serviços envolvidos.

7.2 Avaliação das medidas propostas

O SAI validou as medidas propostas pelos serviços/áreas e comparou as aplicadas em relação ao ano de 2022.

Quadro 4: Resumo da execução das medidas propostas no PPRCIC de 2022-2023

Serviço/Áreas	Total de medidas a implementar	Riscos identificados				Medidas para mitigação do risco - Ano 2022					Medidas para mitigação do risco - Ano 2023				
		Risco Pequeno	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Crítico	Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%	Implementada	%	Não implementada	%
Serviço de Auditoria Interna	6		1		3	6	100,00					3	50,00	1	17,00
Serviço Jurídico e Contencioso	9	2	3			8	89,00			1	11,00	8	89,00		1
Serviços Farmacêuticos	21	7	2	1		16	76,00			6	29,00	21	100,00		
Serviço de Admissão de Doentes	16		4	2		11	73,00	2	13,50	2	13,50	12	80,00	3	20,00
Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	13	2		2	1	11	85,00	2	15,00			11	85,00	1	7,50
Serviço de Gestão dos Recursos Humanos	16	6	3			11	73,00	2	13,00	2	14,00	12	80,00		3
Serviço de Aproveitamento e Logística	6		6			6	100,00					6	83,00		1
Serviço Financeiro	20	2	6	1	1	16	74,00			5	26,00	16	75,00		6
Bloco Operatório - Área enfermagem	6	1	1		2	6	100,00					6	100,00		
Área do RGPD	8		2	1	1	6	62,00	2	25,00	1	13,00	6	62,00		3
TOTAL	119	19	27	7	8	94	79,00	8	7,00	17	14,00	98	82,35	6	4,20

Fonte: SAI

Numa abordagem geral, constatamos que do total das medidas (119) em 31/12/2023, foram implementadas 98, não se implementaram 5 e estão em execução 16, conforme quadro nº 4.

- Implementadas (82,35%)
- Em execução (13,45%)
- Não implementadas (4,20%)

Efetuando, uma análise comparada por serviço/área das medidas sugeridas para implementação em 2022, verificamos o disposto:

- Implementadas (79,00%)
- Em execução (14,00%)
- Não executadas (7,00%)

8. Implementação das medidas de mitigação de riscos por serviço

8.1 Serviço de Auditoria Interna

O Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, prevê a inserção no Serviço de Auditoria Interna até três técnicos auditores, todavia, o serviço apenas possui o Auditor Interno, limitando a realização de auditorias. O Quadro seguinte traduz a evolução comparativa da aplicação das medidas entre 2022 e 2023. O quadro nº 5 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas aplicadas pelo Serviço de Auditoria Interna, quer no ano de 2022, quer no ano de 2023 e a sua evolução comparativa.

Quadro 5: Medidas preventivas dos riscos implementadas no Serviço de Auditoria Interna

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviço de Auditoria Interna	6	6	100,00					6	6	100,00				
TOTAL	6	6	100,00					6	6	100,00				

A tabela seguinte demonstra quais as medidas que foram aplicadas no Serviço de Auditoria Interna no ano de 2023.

Tabela 4: Medidas preventivas de riscos implementadas no Serviço de Auditoria Interna

Riscos	Risco inerente		Actividades de controlo	Comentários	Execução		
	Prob.	Imp.			Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Não cumprimentos dos prazos legais por falta de colaboradores no SAI	MA	G	1.1.1.1 Reorganização do serviço para elaboração dos documentos previstos nos estatutos da ULSBA e realização mínima de três a quatro auditorias por ano;	Não foi possível cumprir os prazos de realização das auditorias previstas no PAAL, por falta de recursos humanos;		x	
1.2.1 Não envio ao SAI de informação atempada para cumprir prazos legais	A	G	1.2.1.1 Reforços dos pedidos via e-mail ou contato telefónico, em casos adversos solicitar a informação ao CA;	Os SAI adotou procedimentos internos de obter toda a informação em tempo oportuno;	x		
1.3.1 Falta de cultura organizacional para cumprimento de procedimentos de auditoria interna	P	D	1.3.1.1 Sensibilizar a instituição para uma cultura organizacional de auditoria interna e cumprimento de procedimentos;	O SAI adotou uma filosofia de melhoria contínua de processos, tem em vista a sensibilização da instituição para essa necessidade;	x		
			1.3.1.2 Reiterar junto dos serviços o cumprimento de medidas de controlo interno e preventivas dos riscos;	O SAI tem vindo a sensibilizar a instituição para um processo de melhoria contínua do seu sistema de controlo interno;	x		
			1.3.1.3 Solicitar a actualização dos manuais e/ou regulamentos dos serviços, durante o mandato do Auditor Interno;	O SAI adoptou um processo de execução de tarefas por prioridades;		x	
1.4.1 Repetição de partes textuais e ilustrações entre o RGS e PPRCIC	A	G	1.4.1.1 Sensibilização para o RGS, na parte respeitante à auditoria Interna, ser elaborado por outro funcionário ou, não repetir o conteúdo.	No momento a ULSBA não tem outro funcionário com competências na área.			x

8.2 Serviços farmacêuticos

Conforme descrito no artº 68º do Regulamento Interno⁽¹⁾, a Direção dos Serviços Farmacêuticos é exercida por um licenciado em Ciências Farmacêuticas. O Decreto-Lei nº 44204/62, de 2 de fevereiro, descreve as competências da área respeitante aos Serviços Farmacêuticos, no qual estão tipificadas as disposições gerais, funcionamento dos serviços farmacêuticos hospitalares, classificação do pessoal farmacêutico hospitalar e as disposições especiais e transitórias. Assim, tendo em conta o disposto neste decreto-Lei e toda a orgânica do serviço, a diretora dos Serviços Farmacêuticos identificou os riscos de corrupção e infrações conexas plasmadas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2022-2023, bem como as medidas de prevenção desses mesmos riscos. Destas foram executadas as mencionadas nos quadros seguintes.

Quadro 6: Medidas preventivas dos riscos implementadas nos Serviços Farmacêuticos

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviços Farmacêuticos	21	15	71,43			6	28,57	21	21	100,00				
TOTAL	21	15	71,43			6	28,57	21	21	100,00				

¹ O Regulamento Interno da ULSBA foi aprovado em 2022, mas não está homologado pela tutela. Está em processo de elaboração a versão atualizada do Regulamento Interno da ULSBA prevendo-se a sua conclusão no corrente ano de 2024, para submissão ao Conselho de Administração.

A tabela seguinte demonstra quais as medidas que foram aplicadas no Serviço Farmacêutico no ano de 2023.

Tabela 5: Medidas preventivas de riscos implementadas nos Serviços Farmacêuticos

Riscos	Risco inerente		Atividades de controlo	Comentários	Execução		
	Prob.	Imp.			Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Acesso de pessoas não autorizadas aos armazéns farmacêuticos	MB	M	1.1.1.1 Vedar acessos a pessoas interditas	Foram aplicados nas seguintes áreas: Armazéns Injetáveis de grande volume, gases medicinais, produtos inflamáveis e armazém avançado de Citotóxicos com acesso restrito aos profissionais do serviço. Existência de um balcão como barreira de entrada nos SFarmacêuticos e controlo de entradas por um Assistente Técnico	x		
			1.1.1.2 Solicitar periodicamente as condições funcionamentos sistemas videovigilância		x		
			1.1.1.3 Restrição dos acessos, unicamente, a funcionários autorizados	Estupefacientes e Benzodiazepinas, vacinas COVID e Medicamentos de Ensaios clínicos com acesso vedado a profissionais não autorizados	x		
1.2.1 Desvio de produtos farmacêuticos e apropriação dos mesmos	MB	M	1.2.1.1 Vedar acessos a pessoas interditas	Armazéns Injetáveis de grande volume, gases medicinais, produtos inflamáveis e armazém avançado de citotóxicos com acesso restrito aos profissionais do serviço. Existência de um balcão como barreira de entrada nos SF e controlo de entradas por um Assistente Técnico.	x		
			1.2.1.2 Solicitar periodicamente as condições funcionamentos sistemas videovigilância		x		
			1.2.1.3 Restrição dos acessos, unicamente, a funcionários autorizados	Estupefacientes e Benzodiazepinas, vacinas COVID e medicamentos de ensaios clínicos com acesso vedado a profissionais não autorizados	x		
1.3.1 Falta de isenção e imparcialidade na aquisição de bens e produtos farmacêuticos	B	D	1.3.1.1 Diversificação de fornecedores quando possível	A aquisição de produtos farmacêuticos é realizada pelo SAL de acordo com o CCP, mas sempre tendo em conta a diversificação e regras de contratação pública	x		
			1.3.1.2 Segregação de funções entre quem seleciona e recebe e utilização de plataformas eletrónicas	Aquisições a cargo do SAL e receções realizadas pelos SFarmacêuticos. A seleção de produtos é realizada de acordo com o CCP	x		
1.4.1 Existência de produtos deturados ou inutilizados	P	M	1.4.1.1 Controlo eficaz de prazos validade e cumprimento especificidades técnicas	Foi alterado o procedimento de controlo de prazos de validade. Ainda em processo de avaliação de resultados.	x		
			1.4.1.2 Correto armazenamento dos produtos farmacêuticos	Foram reorganizados os armazéns, realizadas ações de sensibilização para o cumprimento da Regra FEFO e está prevista a realização de auditorias periódicas aos armazéns durante o ano de 2022.	x		
			1.4.1.3 Utilização de sensores de humidade e temperatura em todas as salas de medicamentos e frigoríficos, bem como a sua monitorização, através de sistemas de alerta	Foram instalados os sensores em todas as salas e frigoríficos e é realizada a respetiva monitorização	x		
			1.4.1.4 Sensibilizar para as boas práticas de armazenamento e distribuição dos produtos farmacêuticos	São realizadas ações de sensibilização periódicas em serviço e anualmente nas reuniões de preparação do inventário anual	x		
			1.4.1.5 Auditorias internas com definição de responsáveis aos armazéns de medicamentos da ULBSA	Realizada auditoria CS Ferreira do Alentejo, Moura, Serpa, Cadeia frio Ferreira do Alentejo e outras áreas da ULBSA	x		
1.5.1 Erro informático na introdução do produto farmacêutico e do seu prazo	MB	D	1.5.1.1 Continuação com as boas práticas introduzidas neste processo e em caso de erro reforçar controlo	Utilização do sistema de leitura de código de barras associado ao sistema de verificação dos dispositivos de segurança de medicamentos. Evidência enviada ao SAI	x		
1.6.1 Não declarar o regime de acumulação de funções ou acumulação de atividade privada	B	SS	1.6.1.1 Sensibilizar os colaboradores para o cumprimento dos regimes em causa		x		
1.7.1 Erros na preparação e distribuição de medicamentos	B	D	1.7.1.1 Dar continuidade aos mecanismos de controlo e minimização das medidas de prevenção implementadas	Conferência dos medicamentos após preparação da DU por amostragem. Utilização do sistema de identificação Tall Man Lettering para minimizar erros nos medicamentos LASA	x		
1.8.1 Desvio de substâncias controladas em especial estupefacientes	MB	M	1.8.1.1 Todos os estupefacientes serem dispensados apenas por farmacêuticos		x		
			1.8.1.2 Os estupefacientes permanecerem em sala de acesso codificado		x		
			1.8.1.3 Efetuar o inventários semanal e trimestral de benzodiazepinas	Foram realizados inventários dos inventários das benzodiazepinas. Enviada evidência ao SAI	x		
1.9.1 Incumprimento de procedimentos nos ensaios clínicos	B	SS	1.9.1.1 Cumprir os procedimentos do manual de ensaios clínicos		x		
1.10.1 Favorecimento de fornecedores no relacionamento com indústria farmacêutica	MB	M	1.10.1.1 Todos os convites para participação em eventos científicos carecerem autorização do serviço e a direção do serviço da autorização do CA		x		

8.3 Serviço Jurídico e Contencioso

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

O quadro nº 7 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas aplicadas pelo Serviço Jurídico e Contencioso e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 7: Medidas preventivas dos riscos implementadas no Serviço Jurídico e Contencioso

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviço Jurídico e Contencioso	9	8	89,00	0	0,00	1	11,00	9	8	89,00	0	0,00	1	11,00
TOTAL	9	8	89,00	0	0,00	1	11,00	9	8	89,00	0	0,00	1	11,00

O Serviço Jurídico e Contencioso implementou 8 medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas com exceção de uma explicada no quadro seguinte.

Tabela 6: Medidas preventivas de riscos implementadas no Serviço Jurídico e Contencioso

Riscos	Risco inerente		Atividades a implementar	Comentários	Sim	Em execução	Não
	Prob.	Imp.					
1	2	3	4	5	6	7	8
1,1,1 Incumprimento de prazos processuais nos processos dirimidos em tribunal	MB	D	1,1,1,1 Adopção de procedimentos internos para controlo dos processos	Foram adoptados procedimentos internos para melhor controlo dos processos e dos seus prazos	x		
1,2,1 Falta de recursos humanos para esta área	B	P	1,2,1,1 Preparação com a devida antecedência dos técnicos superiores antes da sua substituição	Esta em execução um novo concurso para admissão de Técnico Superior na área jurídica. Serão adoptados os procedimentos corretos para a sua inclusão		x	
1,3,1 Falta de qualidade na emissão de pareceres por extemporaneidade, falta de investigação, fontes jurídicas erradas e outras situações	B	D	1,3,1,1 Definição de prioridades	Conforme as necessidades do serviço	x		
			1,3,1,2 Acesso a pesquisa científica atualizada	Adopção de procedimentos internos de pesquisa e arquivo de acordões e outros documentos científicos	x		
			1,3,1,3 Obtenção de pareceres externos de outras instituições quando necessário	Aplicados sempre que possível e necessário	x		
			1,3,1,4 Organização de dossiers com doutrina jurídica	Existe um arquivo interno	x		
1,4,1 Pareceres com omissões importantes, erros em matéria de facto e de direito, para influenciar decisões	MB	D	1,4,1,1 Dupla apreciação	Quando se justificar	x		
			1,4,1,2 Segregação de funções nos processos mais complexos	Está a ser aplicado, mas espera-se a admissão de mais um técnico na área jurídica	x		
1,5,1 Risco de prescrição de cobrança de faturação após os três anos	B	M	1,5,1,1 Continuação dos procedimentos, nomeadamente, envio trimestral e a pedido do serviço jurídico das faturas em risco de prescrição	Está a ser melhorada a articulação com os serviços financeiros	x		

8.4 Serviço de Gestão de Doentes

A Direção do Serviço de Gestão de Doentes é exercida por um funcionário designado pelo Conselho de Administração, com licenciatura adequada, sob proposta do Presidente ou Vogal da Área, na sequência de processo de seleção e recrutamento ou manifestação de interesse

individual, com comprovada experiência profissional, sendo um cargo de direção intermédia de 1º grau **(RI, 2022)**.

O quadro nº 8 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas aplicadas na área de Gestão de Doentes e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 8: Medidas preventivas dos riscos implementadas na área de Gestão de Doentes

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Gestão de Doentes	15	11	73,33	2	13,33	2	13,33	9	12	80,00	3	20,00		
TOTAL	15	11	73,33	2	13,33	2	13,33	9	12	80,00	3	20,00		

Tabela 7: Medidas preventivas dos riscos implementadas na área da admissão de doentes

Riscos	Risco inerente		Medida preventiva	Comentários	Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Atos clínicos não registados ou registados de forma incorreta	B	M	1.1.1.1 Estabelecimento de procedimentos administrativos para verificação do registo de utentes		x		
			1.1.1.2 Estabelecimento de atos administrativos para verificação de registos de procedimentos clínicos		x		
1.2.1 Insatisfação do atendimento de utentes ou aumento dos tempos de espera	P	M	1.2.1.1 Verificar as reclamações existentes no gabinete do cidadão	Cada situação é analisada em concreto	x		
			1.2.1.2 Procurar saber as causas da insatisfação do utente e propor ao Conselho de Administração medidas corretivas das mesmas		x		
1.3.1 Favorecimento de utentes relativamente à sua ordem de inscrição e não cumprimento da legislação sobre esta matéria	B	M	1.3.1.1 Monitorização de cirurgias e alertas de desconformidades		x		
			1.3.1.2 Aplicação de um manual de boas práticas nesta área		x		
1.4.1 Não controlo do espólio do utente e consequente extravio de bens pertencentes aos utentes	B	D	1.4.1.1 Elaboração de um manual de boas práticas	Da responsabilidade do serviço financeiro			x
			1.4.1.2 Controlo esporádico do espólio e registo do mesmo	Da responsabilidade do serviço financeiro			x
1.5.1 Não identificação de utentes e registo incorreto dos mesmos no programa SONHO	P	M	1.5.1.1 Adoção de procedimentos até à saída do utente para identificação do mesmo		x		
			1.5.1.2 Sensibilizar, periodicamente, os utentes para as consequências da falta de registo de utentes ou erros de registo		x		
			1.5.1.3 Emissão mensal de listagens da aplicação SONHO para correção de erros		x		
			1.5.1.4 Relatório mensal ao Conselho de Administração da análise de erros para correção dos mesmos				x
1.6.1 Entrega de valores incorretos na tesouraria de taxas moderadoras	P	D	1.6.1.1 Validação repetida e diária das taxas moderadoras, quer por quem entrega os valores, quer pela tesouraria		x		
			1.6.1.2 Conferência periódica dos valores entregues em taxas moderadoras na tesouraria com a aplicação SONHO		x		
			1.6.1.3 Evitar a emissão das segundas vias dos recibos das taxas moderadoras cobradas para evitar erros		x		

8.5 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

A direção do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação é exercida por um profissional designado pelo Conselho de Administração, sob proposta do Presidente ou vogal responsável pela área, tendo em consideração o perfil e competências técnicas. **(RI ULSBA, 2022)**

O quadro nº 9 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas aplicadas pelo Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 9: Medidas preventivas dos riscos implementadas no Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviço de S. e Tecnologias da Informação	13	11	84,62	2	15,38			13	11	84,62	1	7,69	1	7,69
TOTAL	13	11	84,62	2	15,38			13	11	84,62	1	7,69	1	7,69

O Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação implementou 11 medidas, estando duas em execução conforme tabela nº8.

Tabela 8: Medidas preventivas de riscos implementadas no Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação

Riscos	Risco inerente		Actividades a implementar	Comentários	Sim	Em execução	Não
	Prob.	Imp.					
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Falta de Plano Estratégico para as TI ou elaboração deficiente do mesmo	MB	D	1.1.1.1 Envolvimento de todas as áreas da ULBSA na elaboração do Plano Estratégico das TI	Plano Estratégico para 2022-2024. A proposta do Plano Estratégico tinha como intuito ser antecipadamente colocada à discussão de todas as áreas da ULBSA através da CLIC «Comissão Local de Informatização Clínica, o que não aconteceu devido à inoperância desta comissão cuja renomeação e operacionalidade foi restituída em 31-10-2023 (NOTA DE SERVIÇO N.º 84, de 31 DE OUTUBRO DE 2023). No entanto a construção do Plano Estratégico das TI foi participado pelos membros do CA que representam todas as áreas da ULBSA de acordo com a respetiva distribuição de competências.	x		
			1.1.1.2 O CA monitoriza a execução do Plano Estratégico		x		
1.2.1 Contratação inadequada e/ou falta de monitorização dos mesmos, sobretudo, os seus prazos de renovação	A	G	1.2.1.1 Monitorização dos contratos e (in) observâncias das cláusulas contratuais		x		
			1.2.1.2 Elaboração de um Plano relativo ao fornecedor sobre avaliação do cumprimento do contrato			x	
			1.2.1.3 Antecipar a entrega das especificações técnicas e pareceres técnicos para elaboração caderno de encargos de forma atempada		x		
1.3.1 Falta de controlo ou controlo deficiente das TI da ULBSA, política de BUCKUPs e gestão dos utilizadores de toda a instituição	P	M	1.3.1.1 Política de revisão de segurança da informação da ULBSA		x		
			1.3.1.2 Partilhar responsabilidades ao nível da atribuição de utilizadores com os RH		x		
			1.3.1.3 Padronização dos perfis de acesso aos sistemas de informação e divulgação dos mesmos		x		
1.4.1 Não aplicação do Regime Geral de Proteção de Dados	A	SS	1.4.1.1 Elaboração da política de RGPD	O SSTI tem a mesma elaborada para ser aplicada na instituição.	x		
			1.4.1.2 Alinhar a política de segurança das TI com a política do RGPD		x		
1.5.1 Falta de apoio ao utilizador ou apoio deficiente	P	P	1.5.1.1 Publicação na intranet dos contratos relativos a ajustes diretos	A medida não foi aplicada porque o SSTI entende que deve ser o SAL a definir o tipo de procedimento de contratação pública a ser aplicado e publicar os mesmos na internet.			x
			1.5.1.2 Criar uma base de dados de conhecimento suportada em casos já resolvidos para aplicação a casos idênticos	Foi criada uma Base de Dados de Conhecimento alojada no sistema de informação SIGA. Inclusivamente a garantia de continuidade de construção e manutenção desta base de dados está presente nos objetivos de avaliação SIADAP.	x		
			1.5.1.3 Formação e reforço de pessoal na área do Help Desk		x		

O SAI monitorizou as medidas 1.1.1.1, 1.4.1.1, 1.5.1.1, 1.5.1.2 cujas conclusões estão descritas na tabela nº 8. Relativamente, à medida nº 1.5.1.2 o Diretor do Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação anexou prova da criação de uma base de dados alojada no sistema de informação SIGA que ficou arquivada no dossier permanente do SAI.

8.6 Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

A direção do serviço de Gestão dos Recursos Humanos é exercida por um profissional, nomeado sob proposta do Presidente do Conselho de Administração ou Vogal Executivo da área, considerando o perfil e competências técnicas. **(RI, 2022)** O quadro nº 10 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção, infrações conexas e funcionamento aplicadas pelo Serviço de Gestão dos Recursos Humanos e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 10: Medidas preventivas dos riscos implementadas no Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviço de Gestão dos Recursos Humanos	15	12	80,00	1	6,67	2	13,33	15	12	80,00	3	20,00		
TOTAL	15	12	80,00	1	6,67	2	13,33	15	12	80,00	3	20,00		

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos implementou 12 medidas, estando três em execução conforme tabela nº9.

Tabela 9: Medidas preventivas de riscos implementadas no Serviço de Gestão dos Recursos Humanos

Evento	Risco inerente		Atividades de controlo	Comentários	Sim	Em execução	Não
	Prob.	Imp.					
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Favorecimento de candidato ou procedimento não conforme com a legislação	B	SS	1.1.1.1 Nomeação de júris diferentes para vários concursos	Todos os concursos são efetuados nos termos da legislação vigente, não havendo qualquer tipo de favorecimentos. É aplicada nos TSDT a Portaria nº 164/2020, de 23 de junho e ACT; na carreira de enfermagem é aplicada a Portaria nº 163/2020, de 23 de junho e ACT; nas carreiras gerais é aplicado o Estatuto do SNS e ACT com adaptação da Portaria nº 233/2022, de 9 de setembro; por sua vez os júris são diferentes conforme verificado nas publicações da Intranet.	x		
			1.1.1.2 Elaboração de um regulamento para recrutamento e seleção	Ainda não foi concluído, mas os RH têm como objetivo a sua execução			x
1.2.1 Exercício de funções de um colaborador, sem existir controlo do regime acumulação de funções	B	SS	1.2.1.1 Alertar o colaborador na sua admissão sobre este regime	Todos os funcionários admitidos na ULSBA, são informados sobre o regime de acumulação de funções. Estão publicadas na intranet os modelos próprios para utilização por parte do funcionário.	x		
			1.2.1.2 Divulgar na intranet a legislação relativa a acumulação de funções	Está presente em vários documentos	x		
			1.2.1.3 Solicitar, anualmente, e numa base de amostragem a declaração IRS	Não é solicitado, mas os RH estão a ponderar solicitar a mesma no próximo ano de 2022.			x
1.3.1 Mapas de ajudas de custo e quilómetros não conformes com a legislação	MB	D	1.3.1.1 Seleção por amostragem de boletins de itinerário e verificar a conformidade	Foi verificado pelo SAI e pedidos alguns boletins de itinerário por amostragem. Os boletins verificados cumprem os requisitos, sobretudo fiscais	x		
			1.3.1.2 Conciliação mensal do boletim de itinerário e pedido de autorização	Está a ser verificado pelos RH	x		
1.4.1 Falta de monitorização dos contratos de trabalho a prazo e prestação de serviços	B	D	1.4.1.1 Adoção de procedimentos mensais para monitorização dos contratos	Está a ser verificado pelos RH	x		
1.5.1 Controlo inadequado da assiduidade e registo de tempo	B	D	1.5.1.1 Verificação por amostragem de registo biométrico de colaboradores		x		
1.6.1 Verificação de erros e omissões no cálculo do processamento de salários	MB	SS	1.6.1.1 Seleção mensal numa base amostragem de recibos vencimentos	Foi verificado pelo SAI. Foram selecionados alguns recibos de vencimento e foi solicitado aos RH a padronização da aplicação RHV, sobretudo, na área fiscal e relativo a rendimentos de anos anteriores. A aplicação RHV foi alterada.	x		
			1.6.1.2 Segregação de funções entre assiduidade, quem processa e paga	A assiduidade é verificada nos serviços, o processamento é efetuado numa secção própria existente nos RH e os vencimentos são pagos pelo serviço financeiro	x		
1.7.1 Trabalho suplementar, fora dos limites legais, sem fundamentação ou não conforme	P	D	1.7.1.1 Elaboração de um Plano Geral de aprovação trabalho suplementar	Não foi elaborado, mas existem alguns manuais específicos para determinadas áreas como SLCIC			x
			1.7.1.2 Aplicação informática para controlo trabalho suplementar e limites legais	É utilizada a aplicação RHV	x		
			1.7.1.3 Adoção de procedimentos de controlo e autorização de trabalho suplementar	Conforme procedimentos adotados nos RH	x		
1.8.1 Não cumprimento da legislação de proteção de dados referente ao software existente na ULSBA	A	SS	1.8.1.1 Alinhar a política da segurança da informação com a política do RGPD	Está a ser elaborada a política de segurança da informação da ULSBA. Já foi executada uma ação de formação pelo SSTI e em breve vai ser comunicada a toda a instituição	x		

O Serviço de Auditoria Interna monitorizou as medidas 1.7.1.1 e 1.7.1.2.

8.7 Serviço de Aprovisionamento e Logística

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

O quadro nº 11 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas aplicadas pelo Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 11: Medidas preventivas dos riscos implementadas no Serviço de Aprovisionamento e Logística

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviço de Aprov., Logística e Transportes	6	6	100,00					6	5	83,33			1	16,67
TOTAL	6	6	100,00					6	5	83,33			1	16,67

O Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes aplicou 5 das 6 medidas apresentadas no Plano de Corrupção e Infrações Conexas de 2022-2023 e tem 1 em execução.

Tabela 10: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes

Riscos	Risco inerente		Medidas a implementar	Comentários	Execução		
	Prob.	Imp.			Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1,1 Deficiências no controlo da renovação dos contratos em especial no controlo dos prazos	MB	D	1.1,1,1 Reforço dos procedimentos instaurados de controlo dos contratos e upgrade da aplicação informática para controlos dos mesmos	Existe controlo dos prazos em folha de Excel. Também existe uma pasta partilhada de controlo dos contratos. Não foi possível acrescentar upgrades à aplicação informática.		x	
1.2,1 Favorecimento de fornecedor na modalidade de ajuste direto nos contratos de aquisição de bens e serviços	B	D	1.2,1,1 Aplicabilidade da contratação de CCP e reforço de boas práticas nesta área	Todos os processos de contratação têm fundamentação legal e reforço de parecer jurídico nos casos que se justifique. A instituição está a aumentar os concursos públicos.	x		
1.3,1 Violação da legislação de CCP relativo à modalidade de ajuste direto	MB	G	1.3,1,1 Seleção de contratos para verificação da aplicação da modalidade de ajuste direto	Foram efetuadas amostragens nesta modalidade de CCP pela Diretora do SAL e algumas delas efetuadas pelo ROC	x		
1.4,1 Deficiente controlo de gastos com viaturas na gestão de frota automóvel	MB	G	1.4,1,1 Optimização da aplicação informática existente e reforço de procedimentos que vêm sendo instaurados	São elaborados relatórios trimestrais sobre gastos das viaturas. Foram implementados concursos públicos nesta área para redução de gastos.	x		
1.5,1 Incumprimento legislação de contratação pública em especial artº127º e 88º, relativos a publicação de contratos e retenção de garantia de cações	SS	G	1.5,1,1 Upgrade da aplicação informática para gerar alertas	A plataforma VORTAL comunica diretamente com a BASEGOV e gera alertas	x		
			1.5,1,2 Reforço dos procedimentos instaurados nesta área para detectar anomalias	O SAL comunica aos SF por e-mail. Existe segregação de funções entre três áreas: SF, SAL e fornecedores.	x		

O Serviço de Auditoria Interna tem prevista uma auditoria interna no Plano de Auditoria Interna para 2024 na área do Serviço de Aprovisionamento e Logística direcionada ao Serviço de aprovisionamento e logística em especial à Contratação Pública. Assim sendo, não monitorizou quaisquer medidas nesta área.

8.8 Serviços Financeiros

De acordo com o regulamento interno da ULSBA a direção do serviço financeiro é exercida por um profissional designado pelo Conselho de Administração sob proposta da Presidente ou Vogal responsável pela área tendo em atenção o perfil e competências técnicas. O quadro nº 12 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção, infrações conexas aplicadas pelo Serviço de Aprovisionamento, Logística e Transportes e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 12: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo Serviço Financeiro

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Serviços Financeiros	20	15	75,00			5	25,00	20	15	75,00			5	25,00
TOTAL	20	15	75,00			5	25,00	20	15	75,00			5	25,00

Na evolução do ano 2022 para o ano 2023 não houve evolução na aplicação das medidas preventivas dos riscos de corrupção e infrações conexas, continuando 5 das medidas em execução.

Tabela 11: Medidas preventivas de riscos implementadas pelos Serviços Financeiros

Evento	Risco inerente		Actividades de controlo	Comentários	Execução		
	Prob.	Imp.			Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Existência de compromissos sem prévia existência de cabimentação	MB	D	1.1.1.1 Verificação periódica da listagem de compromissos e correção dos erros	A aplicação SICC só permite efetuar o lançamento de compromisso se o cabimento tiver sido efetuado. A única exceção, são os compromissos previsionais, mas neste caso estes compromissos não permitem o lançamento de qualquer nota de encomenda. Efetuado ficheiro de controlo.	x		
1.2.1 Efetuar pagamentos a fornecedores de contratos sujeitos a visto prévio do TC sem existência do mesmo	B	SS	1.2.1.1 Sempre que seja obrigatória a existência de visto prévio o SAL informa o SF	O SAL comunica por email a existência do Processo de Aquisição que aguarda visto prévio do TC, com a indicação de não se poderem efetuar pagamentos. Posteriormente, o SAL comunicará aos SF quando poderão iniciar os pagamentos desse PA. Foi criado um ficheiro nos SF para registar esta informação.	x		
1.3.1 Não pagamento a fornecedores, gerando quebras nos fornecimentos	B	D	1.3.1.1 Continuação dos procedimentos instaurados de elaboração de rateio mensal de pagamento a fornecedores	O rateio é efetuado mensalmente com a vogal do Conselho de Administração e fica reservado uma verba para pagamentos imprevistos que possam gerar bloqueio de fornecimentos.	x		
1.4.1 Pagamento de contratos de empreitadas sem retenção de garantia, causando perdas financeiras	B	D	1.4.1.1 Gestor do contrato na conferência da fatura coloca na mesma a menção "retenção de garantia" 1.4.1.2 Conferência mensal do extrato contabilístico da conta caução e verificação entre o retido e processado	As faturas dão entrada na instituição e são encaminhadas por edoc para o gestor do contrato para efetuar a sua conferência. O gestor de contrato valida a fatura e informa no respetivo edoc que à sua liquidação, terá de ser subtraído o montante de 5% (reforço de caução). O edoc é depois enviado para o serviço de património para registo na CPC e reencaminhado para a contabilidade efetuar a contabilização da fatura e respetivo pagamento com a retenção prevista.	x		
1.5.1 Incumprimento da lei de compromissos, gerando sanções financeiras e outras	MA	E	1.5.1.1 Existência de compromissos para toda a área da despesa 1.5.1.2 Garantir a existência de fundos disponíveis para todos os compromissos assumidos 1.5.1.3 Reforço de verbas pela tutela	Depende das verbas existentes e do reforço das mesmas pela tutela		x	
1.6.1 Ocorrência pagamentos duplicados ou prescrições indevidas	B	M	1.6.1.1 Conciliação dos Fundos com SRH; 1.6.1.2 Conciliação de extratos de contas e análise de divergências; 1.6.1.3 Envio a contencioso das faturas em risco de prescrição e arquivo dessas evidências.	De acordo com a legislação em vigor os Fundos de Garantia do trabalho deixaram de ser efetuados no decurso do presente ano	x		
1.7.1 Atos clínicos não faturados ou cobrados de forma incorreta	B	M	1.7.1.1 Procedimentos mensais para verificação dos actos clínicos extra "SNS" não faturados 1.7.1.2 Solicitar aos SSTJ o desenvolvimento de uma aplicação para controlo dos atos clínicos não faturados ou com erros	São gerados mensalmente na aplicação sonho, as listagens dos episódios com erros. Trimestralmente são enviadas para a admissão de doentes e corrigidas. Existe uma pasta com os erros Sierros.	x		
1.8.1 Risco de prescrição de faturas em três anos	B	M	1.8.1.1 Oficializar as entidades com valores em dívida com primeiro e segundo ofício 1.8.1.2 Listagem trimestral das faturas em risco de prescrição e envio ao contencioso 1.8.1.3 Verificação trimestral da antiguidade de saídas 1.8.1.4 Elaboração de regulamento para esta área;	Os serviços financeiros estão a enviar trimestralmente ofícios para as seguradoras e outras entidades, com todas as faturas em dívida emitidas nos últimos 3 anos. São efetuados ficheiros com o registo de todas as faturas em dívida, de valor superior a 120 euros. Estes ficheiros são enviados depois para o contencioso.	x		
1.9.1 Falta de conciliação de extratos contabilísticos	P	P	1.9.1.1 Alocação de funcionários a esta área 1.9.1.2 Apoio do SAL nesta área e em determinadas contas	A reconciliação dos extratos bancários está a ser efetuada anualmente e analisada pelo contabilista certificado/diretor do serviço financeiro		x	

O SAI monitorizou as medidas 1.2.1.1, 1.4.1.1, 1.7.1.2 e 1.8.1.2 comprovando o descrito nos “comentários” da tabela apresentada.

8.9 Bloco Operatório – área de enfermagem

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

O quadro nº 13 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção, infrações conexas aplicadas pelo Bloco Operatório na área de enfermagem e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 13: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo Bloco Operatório

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Bloco Operatório - área enfermagem	6	6	100,00					6	6	100,00				
TOTAL	6	6	100,00					6	6	100,00				

A área de enfermagem do Bloco Operatório aplicou todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas para o ano de 2022 e 2023.

Tabela 12: Medidas preventivas de riscos implementadas pelo Bloco Operatório

Riscos	Risco inerente		Medidas a implementar	Comentários	Em execução		
	Prob.	Imp.			sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7	8
1.1.1 Favorecer funcionário na realização de tarefas de enfermagem no Bloco Operatório	P	M	1.1.1.1 Publicação do horário de SIGIC em local visível e de acesso geral a todos os enfermeiros pertencentes ao BO;	Foram analisados pelo SAI a distribuição dos SIGICs no ano de 2022, cujos resultados estão publicados no Relatório do PPRCIC 2022	x		
			1.1.1.2 Publicação desse mesmo horário em formato papel no dossier "Horário de enfermagem";				
			1.1.1.3 Utilização da aplicação informática "Agenda Bloco" para publicar os dias e intervenções dos doentes com programação SIGIC.				
1.2.1 Distribuição das tarefas de forma equitativa por todos os funcionários	B	SS	1.2.1.1 Publicação do plano semanal em pasta informática de acesso geral (EnfoBloco) a todos os enfermeiros que exercem a prática clínica no BO.		x		
1.3.1 Não realização do inventário de produtos psicotrópicos de forma regular	A	G	1.3.1.1 Realização do inventário de produtos psicotrópicos de 8 em 8 horas.		x		
1.4.1 Pagamento dos SIGIC fora dos prazos	P	E	1.4.1.1 Adopção de medidas financeiras para suporte desta situação.		x		

O SAI tem analisado a evolução da distribuição dos SIGIC pelos enfermeiros do Bloco Operatório. Os resultados do ano 2022 foram publicados no RPPRCIC de 2022 e na tabela seguinte estão publicados os do ano 2023.

Tabela 13: SIGIC auferido pelos enfermeiros do Bloco Operatório

SIGIC - Enfermagem	TOTAL ANO 2023						
	Ortopedia		Oftalmologia		Cirurgia		TOTAL ANO
Nº Mec	Nº Utentes	Valor	Nº Utentes	Valor	Nº Utentes	Valor	
10806	34	5 303,13	25	1 554,05	26	2 175,72	9 032,90
10807	32	5 052,24	43	2 758,91	16	1 189,08	9 000,23
10811	33	5 858,29	24	1 609,22	5	409,52	7 877,03
10971	32	2 101,26	43	2 740,31			4 841,57
10972	35	4 957,24	32	2 036,84	9	752,56	7 746,64
11044	0		135	4 236,67			4 236,67
11056	0		58	1 734,62			1 734,62
11057	0		140	4 415,89			4 415,89
11061	34	5 290,73	25	1 577,05	19	1 707,00	8 574,78
11069	34	5 491,06	39	2 510,43			8 001,49
11084	38	5 545,21	24	1 466,68	12	1 001,27	8 013,16
11099	27	4 892,65	20	1 223,00	24	1 784,30	7 899,95
11113	46	6 828,33	26	1 581,62			8 409,95
11114	0		91	2 763,50			2 763,50
11142	30	4 948,99	44	2 809,28	10	963,10	8 721,37
11206	41	6 849,20	30	1 825,30	3	235,34	8 909,84
11207	0		106	3 411,08			3 411,08
11209	11	734,18	14	901,18			1 635,36
11252	45	6 521,59	24	1 517,28	5	387,74	8 426,61
11329	5	322,45	31	997,58			1 320,03
11336	31	4 572,97	34	2 124,18	41	3 139,38	9 836,53
11348	43	7 270,91	21	1 351,77			8 622,68
11375	37	6 087,50	34	2 091,98	5	511,26	8 690,74
11460	43	5 837,97	29	1 811,53	7	506,80	8 156,30
18853	34	5 448,75	37	2 354,09	8	563,76	8 366,60
18896							
20077	32	4 584,07	31	1 963,27	13	982,09	7 529,43
20184	52	7 392,87	27	1 636,79	14	1 085,07	10 114,73
20223							
20226	39	5 961,18	20	1 223,00			7 184,18
20229	49	6 453,60	22	1 342,54	9	582,35	8 378,49
20223	28	4 835,67	41	2 574,77	5	445,29	7 855,73
20224	41	6 723,22	29	1 797,73	3	163,71	8 684,66
20225	45	6 360,69	38	2 321,86	3	227,01	8 909,56
20262							
20290	17	1 421,21	7	418,39	11	831,57	2 671,17
20405	35	5 914,46	40	2 547,20	15	1 042,45	9 504,11
20612	40	6 169,84	20	1 259,80	9	688,38	8 118,02
20634	40	5 467,17	33	2 124,21	21	1 579,69	9 171,07
20767	52	6 362,67	26	1 586,22	5	375,49	8 324,38
20768	33	5 513,32	26	1 609,22	8	682,53	7 805,07
20810	38	6 463,08	18	1 098,86	18	1 664,96	9 226,90
20870	6	1 410,00					1 410,00
20943	42	6 164,20	20	1 259,80	20	1 423,47	8 847,47
21015	12	1 571,93					1 571,93
21077	0		13	777,01	2	153,36	930,37
21078	5	406,61			3	265,99	672,60
21172							
21174	31	5 893,22	18	1 158,66	10	909,50	7 961,38
21190	37	5 803,31	31	1 972,47	19	1 410,93	9 186,71
21241	34	4 811,14	30	1 898,80	12	955,97	7 665,91
21242	41	6 454,05	17	1 158,66	16	1 350,00	8 962,71
21441	35	5 425,74	24	1 466,68	5	431,03	7 323,45
32174	42	6 693,32	20	1 255,20	8	695,78	8 644,30
90209	10	598,90					598,90
TOTAL ESPECIALIDADE		224 770,12		87 855,18		33 273,45	345 898,75
TOTAL SIGIC				345 898,75			

Fonte: SGRH – SIGIC auferido em 2023

8.10 Regulamento Geral de Proteção de Dados

A temática do registo e proteção de dados adquiriu nova ênfase após a introdução legislativa recente, nomeadamente, no quadro das leis europeias. Assim, a Comissão Nacional de Proteção de Dados tem um papel relevante nesta área promovendo orientações sobre esta temática. A legislação na área do RGPD é vasta e teve uma evolução acentuada nos últimos tempos, desde logo, enquadrada no art.º 35º da Lei Constitucional. Depois, no Decreto-Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução na ordem jurídica nacional do Regulamento (EU) nº 2016/279 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados.

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

O quadro nº 14 demonstra as medidas preventivas de riscos de corrupção, infrações conexas e funcionamento aplicadas pelo Bloco Operatório na área de enfermagem e a sua evolução comparativa em dois anos.

Quadro 14: Medidas preventivas de riscos implementadas na área do RGPD

Serviços/Áreas	2022	Medidas para mitigação do risco						2023	Medidas para mitigação do risco					
		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%		Implementada	%	Não implementada	%	Em execução	%
Regulamento Geral de Proteção de Dados	8	5	62,50	3	37,50			8	5	62,50	3	37,50		
TOTAL	8	5	62,50	3	37,50			8	5	62,50	3	37,50		

O Responsável pelo Tratamento em colaboração com o encarregado de proteção de dados aplicou 5 medidas de prevenção de riscos. Foi elaborada uma auditoria interna no ano de 2021 relativa à aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados na ULSBA e ainda não foram aplicadas todas as recomendações efetuadas pelo Serviço de Auditoria Interna.

Tabela 14: Medidas preventivas de riscos implementadas na área do RGPD

Evento	Risco inerente		Actividades de controlo	Em execução		
	Prob.	Imp.		Sim	Em execução	Não
1	2	3	4	5	6	7
1.1.1 Inexistência de manual para aplicabilidade de RGPD na ULSBA	P	G	1.1.1.1 Elaboração de manual de RGPD	x		
			1.1.1.2 Formação específica em RGPD	x		
1.2.1 Inexistência de levantamento de uma base de dados e processos de dados na ULSBA	A	E	1.2.1.1 Nomeação de uma equipa coordenadora para fazer um inventário de dados e processos			x
			1.2.1.2 Em alternativa subcontratar uma empresa para fazer a inventariação de dados na ULSBA			x
1.3.1 Inexistência de avisos de privacidade nos processos que envolvem dados	B	P	1.3.1.1 Identificação dos avisos de privacidade em cada área	x		
			1.3.1.2 Constituição de uma equipa para definição dos avisos de privacidade em cada processo e sub-processo de dados identificados			x
1.4.1 Falta de definição dos controlos informáticos para cada área e procesos/sub-processos identificados	B	D	1.4.1.1 Controlos de todos os utilizadores de aplicações informáticas	x		
			1.4.1.2 Elaboração de controlos informáticos, caso a caso, conforme processos e sub processos relacionados com a inventariação de dados efetuada	x		

9. Conclusões e recomendações

9.1 Conclusões

A ULSBA 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. 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 no 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. Apesar disso, e face ao Auditor Interno ter sido nomeado em 21 de setembro de 2020, ficaram de fora algumas áreas do risco importantes na dinâmica da instituição que se prevê incluir nas próximas versões do mesmo.

Foi feita a comparação homóloga, nomeadamente, a evolução entre o ano 2022 e 2023 respeitante ao grau de implementação das medidas de mitigação de riscos. Foram identificados 61 riscos e 119 medidas preventivas para mitigação desses mesmos riscos. Desses riscos, 21 são de baixo risco, 25 de risco moderado, 7 de alto risco e 8 riscos críticos.

9.2 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, MENAC (Mecanismo Anticorrupção), Ministério da Saúde e Ministério das Finanças, Administração Central do Sistema de Saúde IP (ACSS, IP) e Inspeção das Atividades em Saúde (IGAS), nos termos da legislação Anticorrupção;
- 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 para cumprimento da legislação Anticorrupção;
- 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.