

2025

RELATÓRIO DE MONITORIZAÇÃO INTERCALAR AO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS



Assinado

ULSBA, EPE

ATA N.º 44
23.10.2025
Ponto 8.1

[Signature]
Varejosa Faria
Vice-Presidente

[Signature]
António Pascoa
Diretor Clínico

[Signature]
José Queimado
Presidente do CA

[Signature]
Vera Guerreiro
Diretora Clínica CSH

[Signature]
Luis Coentro
Diretor Clínico C&P

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO
ALENTEJO EPE

Índice

Índice	2
Lista tabelas, ilustrações, matrizes.....	3
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. Visão, Missão, Objetivos, valores e Princípios.....	9
3. Organização Interna da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	13
3.1 O Conselho de Administração	13
3.2 O Órgão de Fiscalização – Fiscal Único	14
3.3 O Conselho Consultivo	15
II – Relatório Intercalar do Plano de Prevenção de Riscos Corrupção e Infrações Conexas	16
1. Enquadramento do relatório intercalar das medidas de risco crítico	16
2. Áreas de risco Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.....	17
3. Âmbito e objetivos	19
4. Metodologia.....	20
5. Riscos identificados e medidas de mitigação	22
6. Análise dos riscos	23
6.1 Avaliação das medidas críticas propostas.....	23
6.1.1 Conselho de Administração - áreas comuns	23
6.1.2 Serviço de Auditoria Interna	23
6.1.3 Regulamento Geral de Proteção de Dados	23
6.1.4 Serviço Financeiro.....	23
6.1.5 Serviço de Aprovisionamento e Logística	23
6.1.6 Área de Transportes	33
6.1.7 Serviços Hoteleiros	35
6.1.8 Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação.....	36
6.1.9 Gabinete do Cidadão	37
6.1.10 Serviço de Instalações e Equipamentos.....	38

6.1.11 Comissão de Trabalhadores	41
6.1.12 Área de Telesaúde	43
Conclusões e recomendações	45
Conclusões	45
Recomendações	46

Índice tabelas, ilustrações e matrizes

Tabela 1.1 Conselho de Administração	14
Tabela 2.1: Responsáveis de serviços/Áreas da ULSBA	18
Ilustração 2.1: Fases da elaboração do relatório intercalar de execução do PPRCIC	22
Matriz 2.1: Matriz de riscos área do Conselho de Administração – áreas comuns	24
Matriz 2.2: Matriz de riscos da área da auditoria interna	26
Matriz 2.3: Matriz de riscos na área de Regulamento Geral de Proteção de dados	28
Matriz 2.4: Matriz de riscos do Serviço Financeiro	29
Matriz 2.5: Matriz de riscos do Serviço de Aprovisionamento e Logística	31
Matriz 2.6: Matriz de riscos na área dos Transportes	34
Matriz 2.7: Matriz de riscos na área Hoteleira	35
Matriz 2.8: Matriz de riscos na área dos Sistemas e Tecnologias da Informação	36
Matriz 2.9: Matriz de riscos área Gabinete do Cidadão	38
Matriz 2.10: Matriz de riscos na área do Serviço de Instalações e Equipamentos	39
Matriz 2.11: Matriz de riscos na área da Comissão de Trabalhadores	42
Matriz 2.12: Matriz de riscos na área da Telesaúde	43
Tabela 2.2: Medidas de riscos críticos aplicadas	45

Lista de siglas

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde IP

AIPD – Avaliação de Impacto de Proteção de Dados

CA – Conselho de Administração

CC – Contabilista Certificado

CCP – Código de Contratação Pública

CRSI – Comité de Risco e Segurança da Informação

CS – Centro de Saúde

CT – Comissão de Trabalhadores

DCSP – Departamento de Cuidados Saúde Personalizados

DL – Decreto Lei

DR – Diário da República

DSP – Departamento Saúde Pública

EPD – Encarregado Proteção de Dados

EPE – Empresa Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GC – Gabinete do cidadão

IGAS – Inspeção Geral das Atividades em Saúde

MENAC – Mecanismo Anticorrupção

MF – Ministério das Finanças

MS – Ministério da Saúde

PIA – Avaliação de Impacto de Privacidade

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

RISI-GH – Sistema de Gestão de Horários

ROC – Revisor Oficial de Contas

SA – Sociedade Anónima

SAI – Serviço de Administração Interna

SAL – Serviço Aprovisionamento e Logística

SEE – Setor empresarial do Estado

SF – Serviço Financeiro

SGRH – Serviço Gestão dos Recursos Humanos

SH – Serviço Hoteleiro

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão de Avaliação de Desempenho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SROC – Sociedade Revisores Oficiais de Contas

SSTI – Serviço de sistemas e Tecnologias de Informação

ST – Serviço de Transportes

TC – Tribunal Constitucional

TI – Tecnologias de Informação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

USF – Unidade Saúde Familiar

Ficha Técnica

Título: Relatório Intercalar de Execução do PPRCIC

Autor: Serviço de Auditoria Interna

Endereços: Rua Dr. António Fernando Covas Lima S/N - 7800-001 Beja

Colaboração: Conselho de Administração, Dirigentes e Coordenadores dos Serviços da ULSBA

Edição: Outubro, 2025

Contactos: ca@ulsba.min-saude.pt

I – Enquadramento da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE (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 (na sua redação atual). 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 aprovado em Conselho de Administração e homologado pelo Ministério da Saúde 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 ULSBA desenvolve como atividades de saúde a promoção, prevenção e vigilância do estado de saúde, tratamento da doença, reabilitação, prestação de cuidados continuados e paliativos e intervenção multidisciplinar no domicílio, entre outros. A área da prestação de cuidados de saúde integra os seguintes níveis de cuidados: saúde pública, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, cuidados de saúde integrados e cuidados paliativos. Como referido ainda no seu Regulamento Interno aprovado em Conselho de Administração e homologado pela Exma Ministra da Saúde ***“a inovação organizacional na área da prestação de cuidados de saúde, em particular a implementação de percursos assistenciais integrados, pode conduzir à criação de estruturas funcionais flexíveis e de natureza matricial, centradas em respostas específicas a patologias e/ou grupos de utentes. O CA apoia a candidatura de serviços clínicos da ULSBA a Centros de Referência”***.

Os Cuidados de Saúde Primários são assegurados à população da área de abrangência da ULSBA através do Departamento de Saúde Familiar e

Comunitário (DSFC). Em 2024, houve uma reestruturação organizacional dos Cuidados de Saúde Primários, conforme vertido no Regulamento Interno da Instituição homologado pela tutela.

O DSFC integra 13 Centros de Saúde (um por cada concelho) e respetivas extensões de saúde. Os centros de saúde que integram o DSFC desenvolvem a sua atividade através das seguintes unidades funcionais: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Saúde Familiares (USF). Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do DSFC e da ULSBA. A constituição, organização e funcionamento das unidades funcionais do DSFC, para além do regulamento interno, regem-se pela legislação específica aplicável a cada uma delas. A articulação das Unidades Funcionais com as restantes unidades, serviços e departamentos da USBA é regulada pelo disposto no manual de articulação validado pela Direção do DSFC e aprovado pelo Conselho de Administração da ULSBA. Em suma, existem Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), no total de 13 UCSP, 2 USF e 8 UCC. Esta enorme alteração organizacional foi promovida pelo atual Conselho de Administração, conforme documentado no regulamento interno da instituição, devidamente, homologado pela entidade que tutela a ULSBA.

Cuidados de Saúde Hospitalares assegurados no Hospital José Joaquim Fernandes, cuja carteira de serviços inclui as seguintes áreas: Internamento; Urgência; Bloco Operatório, Bloco de Partos, Consulta Externa, Rede de Urgência, Hospital de Dia e Saúde Mental e ainda os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Salientam-se as seguintes especialidades médicas e cirúrgicas: Anestesiologia e dor, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Hematologia Clínica, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Neurologia,

Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria Adultos, Psiquiatria Infância e Adolescência, Urologia, Medicina no Trabalho, Psicologia, Nutrição e Dietética.

2. Visão, Missão, Objetivos, valores e Princípios

Visão

A visão da ULSBA tem como propósito o reconhecimento do seu contributo inestimável para a melhoria do estado de saúde da população do Baixo Alentejo.

Missão

A ULSBA tem como missão a prestação de cuidados de saúde integrados, com qualidade, equidade, efetividade e em tempo útil, através da utilização sustentável dos recursos disponíveis, em estreita articulação com outros serviços de saúde e parceiros da comunidade, com a finalidade de obter ganhos em saúde para a população.

A par das funções assistenciais a ULSBA assegura atividades de formação pré-graduada, pós-graduada, de melhoria continua e de investigação clínica e inovação em saúde que contribuam para o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais envolvidos, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Na prestação de cuidados de saúde hospitalares, preferencialmente destinados à população da sua área de influência, a ULSBA tem por base as Redes de Referência Hospitalar do SNS.

A ULSBA assegura ainda os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

Valores

Na persecução da sua missão a ULSBA e os profissionais que a integram regem-se pelos seguintes valores:

- Centralidade no cidadão, no respeito pela dignidade da vida humana, através da prestação de cuidados de saúde humanizados, personalizados e não discriminatórios;
- Equidade no acesso garantindo a todos os utentes o acesso nas mesmas condições aos cuidados de saúde necessários ao seu estado de saúde;
- Qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, promovendo a adoção de boas práticas baseadas na evidência e ambiente seguros para os profissionais e utentes;
- Ética, integridade e transparência, nos comportamentos e decisões, adotados no exercício profissional;
- Integração e parcerias, desenvolvendo uma organização orientada para a integração de recursos e cuidados, assente no trabalho em equipa e em parcerias para a comunidade;
- Sustentabilidade, promovendo a eficiência e efetividade na utilização dos recursos, do ponto de vista clínico, económico-financeiro, ambiente e social;
- Inovação, estimulando uma cultura centrada na aprendizagem, no conhecimento e inovação;

Em conformidade com as disposições legais aplicáveis ao SEE e para o cumprimento dos princípios orientadores estabelecidos no quadro de referência do Código de Ética e Conduta dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, a ULSBA adota um Código de Conduta e Ética, o qual consagra o conjunto de princípios de natureza ética e os valores que norteiam a atuação dos seus trabalhadores e colaboradores e estabelece as responsabilidades e os compromissos que regem o relacionamento com os utentes e demais partes interessadas.

Princípios

No desenvolvimento da sua missão e atribuições, a ULSBA orienta-se pelos seguintes princípios:

- Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do SNS;
- Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;
- Realização das suas atividades de acordo com o instrumento de gestão previsional, nomeadamente, contratos-programa, planos de desenvolvimento organizacional, anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política definidos pelo Governo, através da área governativa da Saúde;

- Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização do Estado, em especial, com base em:
 - i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;
 - ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência;
 - iii) Transferência do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;
- Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS e a mecanismos de compra conjuntas;
- Garantia de livre escolha do utente em relação à Unidade do SNS onde pretende ter resposta, independentemente do seu local de inscrição e de residência.

Objetivos

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSBA procura conciliar as estratégias de saúde emanadas nos planos e programas nacionais, regionais e locais, prosseguindo os seguintes objetivos gerais:

- Assegurar uma resposta adequada e efetiva às necessidades em saúde dos utentes, através da prestação de cuidados de saúde de qualidade, em tempo clinicamente adequado, num ambiente humanizado e de respeito pelos direitos dos utentes;
- Garantir a concretização dos compromissos assistenciais e económico-financeiros contratualizados com a tutela nos instrumentos previsionais de gestão, em particular, no plano de desenvolvimento organizacional e no contrato-programa;

- Implementar um sistema interno de gestão participada por objetivos, através da generalização de mecanismos de contratualização interna, assente numa estrutura organizacional dotada de autonomia funcional, orientada para a melhoria contínua dos resultados em saúde;
- Incentivar a inovação organizacional nas áreas clínicas e de suporte, em especial, as que promovam a integração de cuidados e a utilização racional e sustentável de recursos disponíveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos profissionais, através de políticas de valorização das competências e do reconhecimento e do mérito;
- Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para a consolidação de práticas de excelência;
- Desenvolver as parecerias na comunidade, dinamizando a criação ou a participação em programas e projetos que contribuam para a melhoria do estado de saúde da população;
- Valorizar a educação para a saúde, a literacia ou os autocuidados, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão do seu estado de saúde e dos seus familiares, contribuindo igualmente para a consolidação na comunidade do papel dos cuidados informais.

3. Organização Interna da Unidade Local de Saúde

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, constituído por 5 elementos, foi nomeado através do Despacho conjunto n.º 4610/2023, de 10 de abril de 2023, de Sua Excelência o Ministro da Saúde e do Ex^{mo}. Secretário de Estado do Tesouro, para um mandato de três anos 2023-2025, com efeitos a 6 de abril de 2023. O diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, foi nomeado, com efeitos a 3 de julho de 2023, por Despacho n.º 7307/2023 de Sua

Excelência o Ministro da Saúde e do Ex^{mo}. Secretário de Estado do Tesouro, de 30 de junho de 2023.

O Conselho de Administração é constituído pelos membros descritos na tabela

Tabela 1.1: 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

3.2 O Órgão de Fiscalização – 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 nº 52/2022, de 4 de agosto. Conforme Despacho nº 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:

MOORE STEPHENS & ASSOCIADOS, SROC, SA

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

3.3 O Conselho Consultivo

O 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 e foi renovado pelo período de três anos.

Atualmente, a ULSBA não tem Conselho Consultivo.

II – Relatório Intercalar do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Nos termos do artº 86º dos Estatutos do SNS, 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 para aprovação pelo Conselho de Administração, submetido por este aos membros do Governo da área da Saúde e Finanças, às entidades de superintendência e de fiscalização bem como ao MENAC. 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.

Além disso, nos termos da al a) do nº 4 do artº 6º do Regime Geral Anticorrupção prevista no DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, a ULSBA deve elaborar até outubro **um relatório intercalar sobre as medidas de risco crítico**, aprová-lo em Conselho de Administração e enviá-lo às entidades já referidas. No caso do MENAC o envio é feito via Plataforma Eletrónica disponibilizada para o efeito.

1. Enquadramento do relatório intercalar das medidas de risco crítico

Nos termos do Regime Geral Anticorrupção, tipificados no DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, foi elaborado o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, para o triénio 2024-2026, aprovado pelo Conselho de Administração em 14.03.2024 conforme ATA nº 10.

Tendo em conta as disposições da al a) nº 4 do artº 6º do Decreto-Lei mencionado deve ser elaborado um relatório intercalar sobre os riscos mais críticos (cor vermelha) até outubro de cada ano.

Foi efetuada a monitorização do Plano, para verificação do grau de implementação das medidas identificadas em cada área que englobam risco crítico descritas nas matrizes do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas. Na sequência, foi elaborado este relatório de Execução Intercalar que contém a quantificação da execução das medidas em causa e/ou a sua previsão de aplicação.

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 elaboração e coordenação 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, DL nº 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado pelo artº 86º do DL nº 52/2022, de 4 de agosto.

2. Áreas de risco do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

O DL nº 109-E/2021 de 9 de dezembro que engloba o regime geral anticorrupção vem reforçar a necessidade de elaboração de um relatório intercalar a ser entregue nas entidades tutelares, de superintendência, fiscalização e MENAC em outubro de cada ano contendo o grau de execução das medidas de risco mais crítico nas diferentes áreas. Desta forma, 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:

de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Tabela 2.1: Responsáveis de serviços/Áreas da ULSBA

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 Helena Maltez	10		10		10
Consulta Externa	Drª Maria Gião	13		13		13
Gestão de Altas	Enf. Fátima Pinheiro	6	4	2		6
Centro Telemedicina	Dr. Paulo Barbosa	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 Helena Graça	18	14	4		18
Área dos Transportes	Drª Helena Graça/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

3. Âmbito e objetivos

O Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, 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 intercalar 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 quaisquer riscos na área da corrupção e infrações conexas.

O processo de monitorização está assim refletido neste relatório de execução intercalar 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 o que se mantem;
- 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.

4. Metodologia

A elaboração do Relatório de Execução Intercalar 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. Em simultâneo a informação das medidas a monitorizar. 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 Intercalar de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas ao Conselho de Administração para aprovação. Por fim, envio do Relatório de Execução Intercalar às entidades tipificadas no artº 86º DL nº 52/2022, de 4.12 e DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro.

Conforme disposto no artº 6º do Regime Geral Anticorrupção integrado no DL nº 109-E/2021, de 9 de dezembro, “as entidades abrangidas adotam e implementam um PPR que abranja toda a sua organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte, e que contenha:

- a) A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;

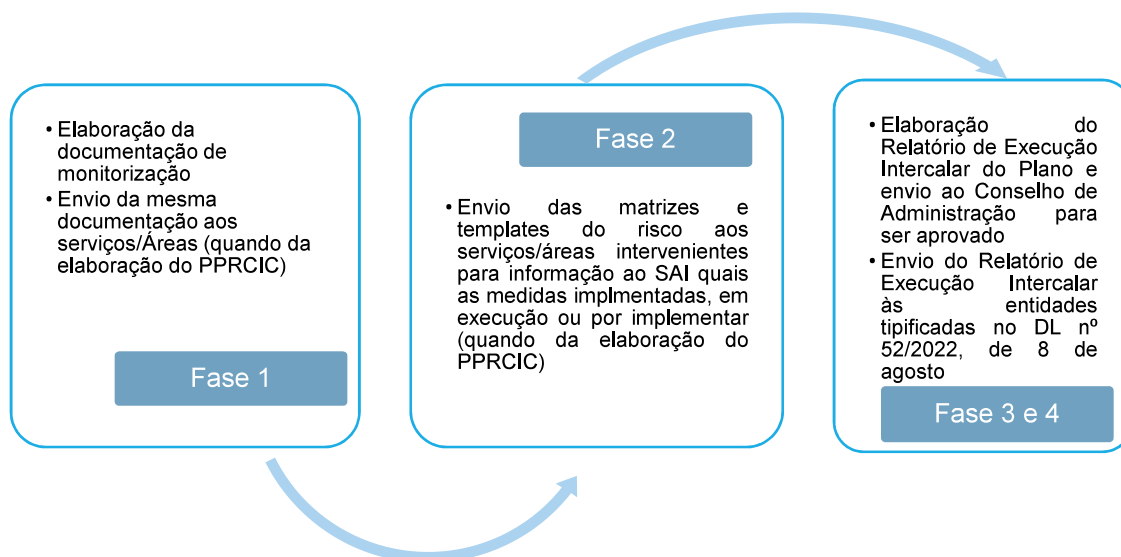
b) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

Do PPR devem constar:

- As áreas de atividade da entidade com risco de prática de atos de corrupção e infrações conexas;
- A probabilidade de ocorrência e o impacto previsível de cada situação, de forma a permitir a graduação dos riscos;
- Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados;
- Nas situações de risco elevado ou máximo, as medidas de prevenção mais exaustivas, sendo prioritária a respetiva execução;
- A designação do responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR, que pode ser o responsável pelo cumprimento normativo.

É ainda referido na al a) do nº 4 do mencionado diploma “Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo”. Assim, com base nesta legislação, o SAI elaborou o presente relatório intercalar de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Ilustração 2.1: Fases da elaboração do Relatório Intercalar de Execução do PPRCIC



5. 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 1.1 inserida no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2024-2026 (pág 32). Os riscos que pretendemos analisar neste relatório intercalar correspondem aos riscos críticos (cor vermelha), **pelo que, apenas foram inseridas as matrizes com risco crítico.**

6. Análise dos riscos

Foram inseridas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da ULSBA de 2024-2026, 27 áreas/serviços com potenciais riscos de corrupção e infrações conexas. Este relatório aborda apenas a análise dos riscos críticos distribuídos pelos seguintes serviços/áreas: **Conselho de Administração (1), Serviço de Auditoria Interna (2), Regulamento Geral da Proteção de Dados (2), Telesaúde (1), Serviço Financeiro (1), Serviço de Aprovisionamento e Logística (2), Área dos Transportes (1), Serviços Hoteleiros (1), Serviço de Instalações e Equipamentos (4), Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação (1), Gabinete do Cidadão (1), Comissão de Trabalhadores (1).**

6.1 Avaliação das medidas críticas propostas

O SAI validou as medidas propostas pelos serviços/áreas de risco crítico e descreve neste relatório o grau de execução das mesmas apresentando o grau da sua execução individual, resumindo o total de medidas de risco crítico aplicadas.

6.1.1 Conselho de Administração – áreas comuns

Matriz 2.1: Matriz de riscos área 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 Adulteração 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	

A matriz nº 2.1 respeitante ao Conselho de Administração apresenta um risco crítico relativo à não adequação do Regulamento Geral de Proteção de Dados na instituição. Foram definidas as medidas preventivas de riscos críticos nº 1.7.1 e 1.7.2.

Sobre a aplicação da medida nº 1.7.1:

- Está em execução a inventariação de dados na instituição adjudicada a uma empresa;
- A aplicação do PIA depende da inventariação de dados;
- Foi elaborado o Regulamento de Dados com Código de Conduta.

A medida 1.7.2 está a ser implementada de forma faseada e conforme as necessidades.

6.1.2 Serviço de Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna apresenta na matriz de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas duas medidas de riscos críticos:

- Medida 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;
- Medida 1.2.1 - Reforço dos pedidos via e-mail ou contacto telefónico e nos casos adversos solicitar ao Conselho de Administração essa mesma informação.

Matriz 2.2: Matriz de riscos da 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	Risco Moderado 6	1.3.1 Inserir no contrato de comissão de serviço uma cláusula alusiva ao artº 414-A do Código 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 actualização dos manuais, regulamentos e outros documentos de procedimentos internos nos serviços, durante o mandato do Auditor Interno,	SAI	x		

O Serviço de auditoria Interna elaborou o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2024-2026 (já elaborado em anos anteriores), os relatórios de execução financeira trimestral, o Plano anual de auditoria Interna (para o ano 2025), o relatório anual de auditoria interna (do ano 2024), o relatório de execução do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas (ano 2024), os relatórios de comunicação de irregularidades e duas auditorias internas (ano 2024). Apesar de não conseguir elaborar três auditorias por ano,

pelo menos uma a duas são executadas, dependendo, da complexidade das mesmas. **Desta forma, foi cumprida a medida 1.1.1.**

A medida 1.2.1 foi cumprida na íntegra, visto no ano de realização do relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas de 2024-2006 obteve todas as respostas dos serviços e áreas intervenientes. Nos restantes documentos realizados e auditorias internas o Serviço de Auditoria Interna obteve a informação desejada em tempos considerados oportunos. **Desta forma, a medida em causa foi cumprida na integridade.**

6.1.3 Regulamento Geral de Proteção de Dados

A área respeitante à implementação do Regulamento Geral de Proteção de Dados na ULSBA apresenta na matriz de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas duas medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas:

- 1.1.1 - Definição de um Plano de inventariação de dados em conjunto com o responsável pelo tratamento (Conselho de Administração);
- 1.2.1 - Elaboração de uma avaliação de impacto sobre proteção de dados em conjunto com SSTI e CA.

Matriz 2.3: Matriz de riscos na área do regulamento geral de 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 ULBSA		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 ULBSA		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 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 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		

O SAI monitorizou o cumprimento das medidas em causa e concluiu o seguinte:

Medida 1.1.1: **Inventariação de dados**- encontra-se em tramitação um procedimento concursal (consulta prévia) para aquisição de uma plataforma com prestação de horas de serviço agregadas, de modo a se iniciar a inventariação de dados; O plano de inventariação será definido, em conjunto com o Conselho de Administração.

Medida 1.1.2: **Avaliação de impacto de dados (AIPD)**- a mesma está dependente da inventariação de dados.

Desta forma, as medidas em causa estão em execução.

6.1.4 Serviço Financeiro

Matriz 2.4: Matriz de riscos do serviço financeiro

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 detete 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 Interno	X		
					1.8.4 Reconciliação periódica de saldos externos e entre entidades e a contabilidade	SF	X		

Na área do Serviço Financeiro foram definidas as medidas de prevenção de riscos críticos:

- 1.5.1 Cabimentar todos os processos de compra e em consequência existência de compromissos para toda a despesa;
- 1.5.2 Garantir a existência de verbas disponíveis para as despesas efetuadas e reforço de verbas por parte da tutela.

O Serviço Financeiro tem cabimentado todos os processos de compra e em consequência definido compromissos para os mesmos. **Assim, a medida 1.5.1 está cumprida.**

A medida 1.5.2 não é responsabilidade da área financeira, pois depende da tutela. Não foi cumprida.

6.1.5 Serviço de Aprovisionamento e Logística

Na área do Serviço de Aprovisionamento e Logística foram definidas as medidas preventivas de riscos críticos:

- 1.10.1 Gestão eficaz de stocks com inclusão de mecanismos de alerta;
- 1.11.1 Existência de mecanismos de alerta no programa de gestão de stocks;
- 1.12.1 Implementar sistemas de controlos de acessos específico a armazéns e segregação de funções;
- 1.14.1 Plano de inspeções físicas dos bens ou solicitar por amostragem aos diretores de serviços a confirmação da existência dos equipamentos;
- 1.14.2 Articulação com o SIE para controlo dos equipamentos;
- 1.14.3 Conciliação periódica do ficheiro da contabilidade com o da aplicação de registo de inventários.

Matriz 2.5: Matriz de riscos do serviço de Aprovisionamento e Logística

Unidade orgânica - Serviço de Aprovisionamento e Logística - (SAL)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	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		

Relatório Intercalar do Plano de Prevenção

de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

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		

Medida 1.10.1: Estabeleceu-se uma articulação entre o Coordenador dos Stocks e sector de Compras de modo a satisfazer uma cada vez maior procura (consumos) internos, 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. **Desta forma, esta medida tem sido cumprida, reduzindo o risco nesta área. Medida aplicada.**

Medida 1.11.1 - A pratica vai no sentido de poucos ou inexistentes produtos fora de prazo; o controlo ao nível dos diferentes armazéns, incluindo medicamentos é feito com precaução, tal como as entregas são sempre faseadas sempre que justificado. **Medida aplicada.**

Medida 1.12.1 - Não se constata desvio de produtos em qualquer dos armazéns. **Medida aplicada.**

Medida 1.14.1 a 1.14.3 - Existe a necessária articulação ao nível do Património /Inventario com os SIE e todos os serviços clínicos. A articulação entre compras de bens e património é a necessária de modo a garantir que todos as aquisições sejam inventariadas e adequadas ao seu registo. **Medidas cumpridas.**

Assim, todas as medidas de risco crítico têm sido cumpridas reduzindo o risco elevado nestas áreas.

6.1.6 Área dos Transportes

Na área dos transportes foram definidas as seguintes medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas para mitigação de riscos críticos conforme matriz descrita:

Matriz 2.6: Matriz de riscos na área dos transportes

Unidade orgânica - Serviço de Aproveitamento - Serviço de Transportes - (SAL-ST)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	Executadas	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 serviço escalas a todos os motoristas	ST	x		

Medida 1.4.1 - O ficheiro mensal de todos os pedidos de transporte de produtos é extraído do Sistema de Atribuição de Transportes e enviado por email ao Contabilista Certificado para tratamento e verificação das guias de transporte não emitidas.

Assim, esta medida de risco crítico está a ser cumprida para redução do risco nesta área.

6.1.7 Serviços Hoteleiros

Na área dos Serviços Hoteleiros foi definida a medida nº 1.5.1, conforme matriz descrita.

Matriz 2.7: 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 ULSBA - 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		

Medida 1.5.1 – Esta medida ficou sem efeito pois o Serviço Hoteleiro deixou de ter Ativos Fixos Tangíveis sob a sua jurisdição.

6.1.8 Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Na área do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação foi definida a medida nº 1.3.1, 1.3.2 e 1.3.3 como medidas a implementar em riscos críticos, conforme tabela descrita.

Matriz 2.8: Matriz de riscos na área dos 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		
Governação 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 RGD	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		

- 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;

- Medida 1.3.2 - Partilhar responsabilidades e procedimentos ao nível da atribuição de acessos com o SRH é feita sempre que se justifique;
- 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.

Assim, estas medidas de prevenção de risco crítico nesta área estão a ser cumpridas.

6.1.9 Gabinete do cidadão

Na área do Gabinete do Cidadão foi definida a medida preventiva de riscos críticos nº 1.4.1, conforme matriz descrita.

Matriz 2.9: 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	

- Medida 1.4.1 Elaborar a política de proteção de dados para esta área.

Esta medida preventiva de riscos de corrupção está em execução pois a mesma deve ser inserida numa estratégia ampla de aplicação de medidas na área do Regulamento Geral de Proteção de Dados a ser definida pelo Responsável pelo Tratamento.

6.1.10 Serviço de Instalações e Equipamentos

Na área do Serviço de Instalações e Equipamentos foram definidas as seguintes medidas preventivas de riscos críticos, conforme matriz descrita.

Matriz 2.10: Matriz de riscos na área do Serviço de Instalações e Equipamentos

Unidade orgânica - Serviço de Instalações e Equipamentos - (SIE)									
Funções	Identificação do risco	Probabilidade ocorrência	Impacto Previsível	Grau do risco	Medida Preventiva - Resposta ao risco	Responsáveis	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 adoção 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		

Relatório Intercalar do Plano de Prevenção

de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

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 legioneja	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		
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	1.12.2 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		
					1.13.1 Desencadamentamento de processos para estabilizações das direções de serviços e processos	CA	x		

Assim, as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas relativas a riscos críticos são:

1.4.1 Verificação pela chefia dos horários de trabalho e segregação de funções; **(medida aplicada)**

1.4.3 Confirmação da necessidade de trabalho suplementar pontual e sua fundamentação no caso de estar acima do limite legal; **(medida aplicada)**

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; **(Não aplicada)**

1.11.1 Elaboração de um plano que contenha as disposições desta portaria para aprovação em Conselho de Administração; **(medida aplicada)**

1.11.2 Aplicação do plano previamente aprovado em Conselho de Administração relativamente a incêndios; **(medida aplicada)**

1.13.1 Desencadeamento de processos para estabilizações das direções de serviços e processos **(medida aplicada)**.

Assim, todas as medidas de risco crítico, com exceção de uma, foram aplicadas na área do Serviço de Instalações e Equipamentos.

6.1.11 Comissão de Trabalhadores

Na área da Comissão de Trabalhadores foi definido o seguinte risco crítico conforme matriz descrita.

Matriz 2.11: Matriz de riscos na área da Comissão de 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	CT	x		
					1.4.2 Informar sempre o trabalhador de todas as decisões ou medidas adotadas quando a CT se relaciona com os sindicatos	CT	x		

Foram definidas as seguintes medidas preventivas para mitigação deste mesmo risco (risco 1.3).

- 1.3.1 Sensibilizar o Conselho de Administração sobre o cumprimento dos Acordos Coletivos de Trabalho;
- 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.

Estas medidas de risco crítico foram aplicadas de acordo com monitorização efetuada pelo SAI.

6.1.12 Área da Telesaude

Na área da Telesaude foi definido o seguinte risco crítico conforme matriz descrita (Risco 1.2).

Matriz 2.12: Matriz de riscos na área da Telesaude

Unidade orgânica - Área Centro Telesaude (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 telesaude 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 Telesaude	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 telesaude por falta de recursos humanos	Possível 3	Moderado 3	Risco Alto 9	1.4.1 Solicitar o reforço de recursos humanos na área da telesaude	CT, CA		x	

Assim, foram definidas duas medidas preventivas deste mesmo risco crítico:

- 1.2.1 Informar o utente da captação de vídeo e imagem;
- 1.2.2 Alinhar as políticas de privacidade com as normas do regulamento Geral de Proteção de Dados.

A área da Telesaúde foi alvo de alterações por o anterior responsável se ter aposentado. Desta forma, na transição para o novo responsável, todas as medidas preventivas de riscos de corrupção e infrações conexas estão em implementação.

Conclusões e recomendações

Conclusões

A ULSBA no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (2024-2026) possui nas matrizes de risco vinte riscos críticos e 31 medidas preventivas desses mesmos riscos. 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 2024-2026 denota a preocupação do Órgão de Gestão e Diretores/Coordenadores de serviços em melhorarem o sistema de controlo interno da instituição, nomeadamente, ao nível da corrupção e infrações conexas.

Relativamente aos riscos críticos e medidas preventivas dos mesmos salienta-se que **das trinta e uma medidas preventivas de riscos críticos** definidas para as áreas envolvidas neste Plano, **foram executadas vinte e uma, não foram aplicadas três e estão em execução sete medidas**, conforme quadro representado.

Tabela 2.2: Medidas de riscos críticos aplicadas

Área/Serviço ULSBA	Riscos críticos	Medidas preventivas riscos críticos	Executadas	Em execução	Não executadas
Conselho de Administração	1	2		2	
Serviço Auditoria Interna	2	2	2		
Regulamento Geral Proteção Dados	2	2		2	
Serviço Financeiro	1	2	1		1
Serviço Aprovisionamento Logística	4	6	6		
Area viaturas	1	1	1		
Serviços Hoteleiros	1	1			1
Serviço Sistemas e Tecnologias Informação	1	3	3		
Gabinete Cidadão	1	1		1	
Serviço Instalações e Equipamentos	4	7	6		1
Comissão Trabalhadores	1	2	2		
Telesaude	1	2		2	
Total	20	31	21	7	3

Conforme tabela 2.2 a instituição aplicou 21 medidas de mitigação de riscos críticos das 31 identificadas na ULSBA, correspondendo a 67,74 %, estando ainda 7 em execução até 2026 (22,59%) e não foram aplicadas 3 (9,67%). Assim, houve uma elevada aderência à aplicação de medidas críticas denotando envolvimento de toda a instituição na mitigação de riscos críticos de corrupção e infrações conexas.

Até ao fim do ciclo de aplicação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2024-2026, espera-se a aplicação de todas as medidas respeitantes a riscos críticos de corrupção e infrações conexas contribuindo para uma diminuição dos riscos da ULSBA nesta área e melhorando de forma conexa as operações.

Recomendações

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

Recomendação 1: A aprovação do presente relatório intercalar de riscos de corrupção e infrações conexas nos termos da al a) nº 4 do artº 6º do Regime Geral Anticorrupção plasmado no DL nº 109-E/2021 de 9.12;

Recomendação 2: Envio do presente relatório nos termos do nº 7 do mesmo artigo e diploma ao Ministério da Saúde (MS), Ministério das Finanças (MF), Administração Central do Sistema de Saúde IP (ACSS, IP), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e Mecanismo Anticorrupção (MENAC);

Recomendação 3: Assegurar a publicidade do presente relatório intercalar junto dos funcionários da instituição, através da intranet e internet, no prazo de 10 dias após a sua elaboração, conforme disposto no nº 6 do mesmo artigo e diploma;

Recomendação 4: 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 e respetivos relatórios de Execução anuais e intercalares);

Recomendação 5: Sensibilizar os Diretores/Coordenadores de serviços para a importância da gestão do Risco no plano de gestão do sistema de controlo interno da instituição.