



De: Serviço de Auditoria Interna	ULS - Castelo Branco Conselho de Administração Documento nº 2018 Acta nº 2018	DESPACHO
Para: Exmo. Presidente do Conselho de Administração da ULSCB		
Assunto: Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas de 2024		

No seguimento do estipulado do artigo 86º, n.º 14, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do artigo 6.º, n.º 4, alínea b), do Regime Geral da Prevenção da Corrupção, aprovado em anexo pelo Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro, envia-se a V. Ex.ª o Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, referente ao ano de 2024.

Queremos manifestar a nossa inteira disponibilidade para esclarecer quaisquer aspetos que se entendam necessários relacionados com o conteúdo do presente relatório e apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

À Superior Consideração de V. Exa.,

Rel' O Serviço de Auditoria Interna
Ricardo Manuel Silva Farias

Anexo: Relatório de Execução do PPRG do exercício de 2024

ULSCB, EPE
Reunião de CA em 21.5.2025
Aprovado em Assembleia
geral ordinária de 21.5.2025
e autuado no nº 9 do
processo.
Presidente CA
Prof. Doutor Rui Amaro Alves
Vogal Executivo CA Diretor Clínico
Hospitalar
Dr. Rui Tiago Fonseca Rainho
Vogal Executivo CA Diretor Clínico CSP
Dr. João Almeida Ramos
Vogal Executiva CA
Prof. Doutora Sandra Sofia Azinheira
Lorena Lourenço Manso
Vogal Executivo CA - Enfermeiro Diretor
João Carlos Lourenço Nunes, Doutor

11-23-2011

11-23-2011

11-23-2011

11-23-2011

11-23-2011

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO / 2024

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas



SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

ÍNDICE

1. Enquadramento	4
2. Metodologia	5
3. Monitorização e avaliação do grau de implementação/ execução das medidas propostas	7
3.1. Riscos Comuns à ULSCB.....	7
3.2. Gestão de Compras	13
3.3. Recursos Humanos	24
3.4. Gestão Financeira.....	28
3.5. Sistemas de Informação.....	38
3.6. Grau de execução das medidas preventivas do Plano	43
4. Conflito de interesses e acumulação de funções.....	44
5. Mecanismos de comunicação de irregularidades	44
6. Conclusões	45
7. Recomendações	45
8. Considerações finais.....	46
9. Reporte.....	47

Índice de quadros

Quadro I - Grau de execução das medidas referentes aos Riscos Comuns à ULSCB	7
Quadro II - Grau de execução das medidas referentes à Gestão de Compras	13
Quadro III - Grau de execução das medidas referentes aos Recursos Humanos	24
Quadro IV - Grau de execução das medidas referentes à Gestão Financeira	28
Quadro V - Grau de execução das medidas referentes aos Sistemas de Informação	38
Quadro VI - Grau de execução das medidas preventivas, por área	43
Quadro VII - Grau de execução das medidas preventivas, por nível de risco	44

Índice de gráficos

Gráfico I - Riscos e medidas preventivas do Plano, por área.....	6
Gráfico II - Riscos e medidas previstas no âmbito dos Riscos Comuns à ULSCB	7

ABREVIATURAS/ SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

CA - Conselho de Administração

CCP - Código dos Contratos Públicos

CPC - Conselho de Prevenção da Corrupção

DGTF - Direção-Geral do Tesouro e Finanças

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IGF - Inspeção-Geral de Finanças

LTFP - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção

MS - Ministério da Saúde

PPRG - Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas

RGPC - Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro

RHV - Recursos Humanos e Vencimentos

RNU - Registo Nacional de Utentes

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SCL - Serviço de Compras e Logística

SF - Serviço Farmacêutico

SGD - Serviço de Gestão de Doentes

SGF - Serviço de Gestão Financeira

SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SIADAP - Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública

SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULS - Unidades Locais de Saúde

ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

1. Enquadramento

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. (ULSCB), foi elaborado em cumprimento da Recomendação n.º 1/2009, do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), com Despacho de aprovação do Conselho de Administração (CA) da ULSCB em 31 de julho de 2012. A mesma Recomendação previa também a elaboração anual de um relatório sobre a execução do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

Em alinhamento com os objetivos gerais traçados para a ULSCB, elaborou-se, em 2021, uma nova versão do Plano, que acolheu as orientações emanadas na Recomendação n.º 3/2020 do CPC, referente à "Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público", na Recomendação n.º 4/2019, sobre "Prevenção de Riscos de Corrupção na Contratação Pública", e também a Recomendação n.º 3/2015, relativa a "Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas".

O referido Plano, com base na Recomendação n.º 3/2015, do CPC, passou a designar-se de Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas (PPRG), tendo sido aprovado pelo Conselho de Administração em 29 de julho de 2021.

Tendo como objetivo avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas/corretivas) referentes aos riscos de gestão, incluindo os corrupção e infrações conexas das áreas de atividade do PPRG da ULSCB, o Serviço de Auditoria Interna (SAI) elaborou o presente relatório anual de acompanhamento, relativo ao ano de 2024, contando com a participação dos responsáveis de todas as áreas envolvidas, em conformidade com o disposto no artigo 86.º, n.º 2, alínea e), dos Estatutos das Unidades Locais de Saúde (ULS), que constam do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e do artigo 6.º, n.º 4, alínea b), do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

2. Metodologia

Ao Conselho de Administração como órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, compete a implementação, execução, manutenção e acompanhamento do PPRG.

Aos Responsáveis dos Serviços cabe a organização, aplicação e acompanhamento do PPRG na parte respetiva às suas áreas de responsabilidade. Identificam, recolhem e comunicam qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas. Responsabilizam-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de atuação respetiva.

O Serviço de Auditoria Interna apoia os serviços na conceção da gestão de riscos como instrumento de apoio ao processo de gestão, monitoriza o PPRG e elabora o Relatório Anual de Execução, com a participação dos responsáveis dos serviços, em funções à data da sua produção.

Serviço de Auditoria Interna

- Elabora o PPRG, submetendo-o ao CA;
- Recebe e comunica ao CA as ocorrências de risco verificadas;
- Remete ao CA propostas consolidadas de revisão e atualização do Plano, quer de forma, quer de conteúdo;
- Na execução do Plano, elabora o relatório de avaliação intercalar e o relatório de avaliação anual, que resulta da compilação dos diversos Relatórios e informações emitidos pelos responsáveis das diversas áreas de atuação, submetendo-os à aprovação do CA.

Assim, foram avaliadas medidas preventivas específicas, nos domínios dos **riscos comuns à ULSCB, gestão de compras, recursos humanos, gestão financeira e sistemas de informação**, com a finalidade de mitigação dos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas identificados.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Execução de 2023 decorreu em três fases:

1. Solicitar, a todos os responsáveis pelos serviços identificados no PPRG da ULSCB, o ponto da situação resultante da implementação das medidas definidas, para os respetivos riscos identificados, no referido plano, assim como identificar as necessidades da sua atualização, correspondente ao

período de 2024;

2. Compilação e organização de toda a informação disponibilizada;
3. Elaboração do relatório de execução.

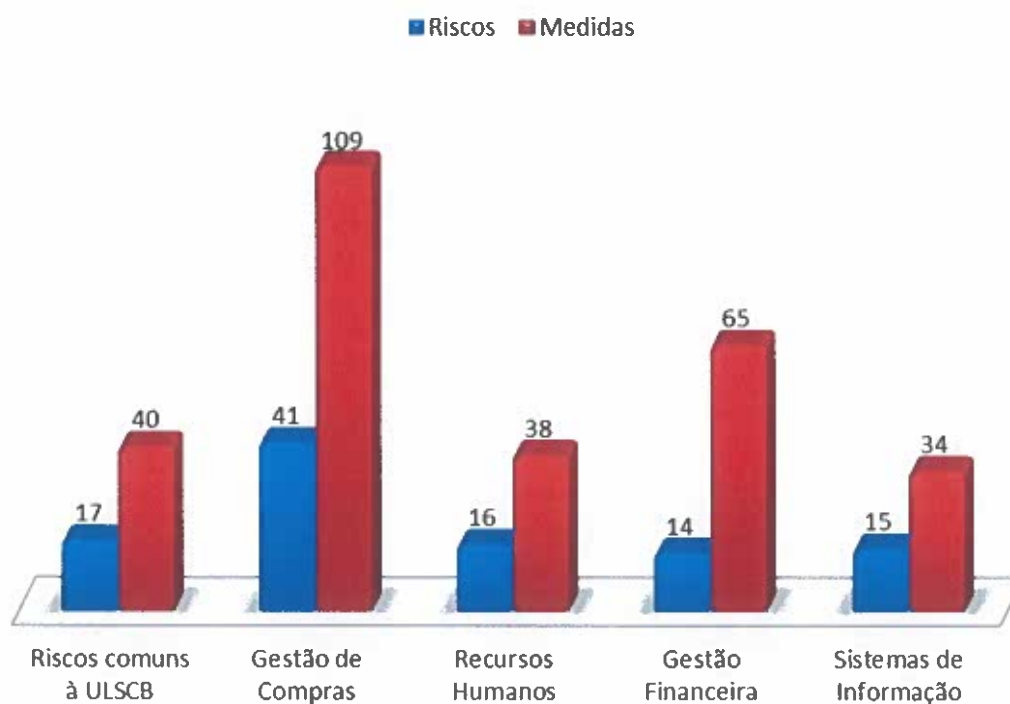
Grau de colaboração – Registou-se a colaboração de todos os responsáveis inquiridos.

O grau de execução das ações de intervenção previstas no plano (procedimentos/medidas), encontra-se associado a três níveis:

- Implementada: significa que a ação foi executada;
- Implementada parcialmente: significa que a ação ainda não foi executada na íntegra, mas que já se encontra em desenvolvimento;
- Não implementada: significa que a ação não foi executada.

No cômputo geral, o PPRG identificou 103 riscos, a que corresponderam 286 medidas preventivas e mitigadoras dos mesmos, distribuindo-se pelas áreas/ domínios identificados, conforme o gráfico seguinte.

Gráfico I - Riscos e medidas preventivas do Plano, por área



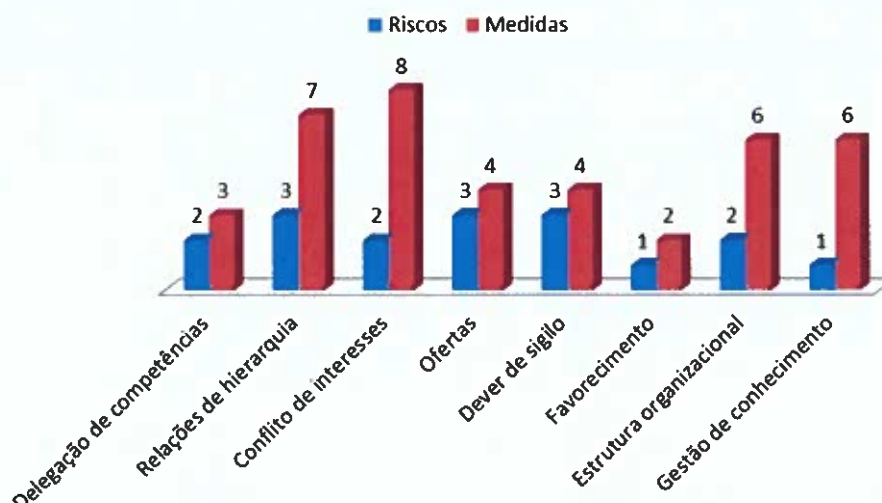
3. Monitorização e avaliação do grau de implementação/ execução das medidas propostas

No presente capítulo procede-se à avaliação e identificação, por áreas, dos riscos identificados no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, bem como do estado de concretização das medidas de prevenção ou mitigação dos riscos propostas no mesmo documento, cuja implementação é da responsabilidade dos órgãos de gestão e dos responsáveis dos vários serviços, de forma isolada ou partilhada.

3.1. Riscos Comuns à ULSCB

No âmbito dos riscos comuns à ULSCB foram identificados 17 riscos, sendo-lhes conferidas 40 medidas preventivas, de acordo com oito tipos de risco comum, cuja distribuição foi a seguinte:

Gráfico II - Riscos e medidas previstas no âmbito dos Riscos Comuns à ULSCB



Quadro I - Grau de execução das medidas referentes aos Riscos Comuns à ULSCB

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Riscos	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		
			Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
Total	17	40	35	5	0
Conselho de Administração	14	36	31	5	0
Responsáveis dos Serviços	11	29	25	4	0
S. Auditoria Interna	1	3	2	1	0
S. G. Recursos Humanos	1	3	3	0	0
Todas as áreas	3	4	4	0	0

RISCOS COMUNS À ULSCB			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Delegação de competências			
- Abuso de autoridade delegada - Exercício indevido de autoridade delegada	- Publicação em Diário da República de todas as delegações e subdelegações de competências. - Identificação e datação das decisões tomadas sob delegação e subdelegação de competências nos documentos onde seja emitido despacho ao abrigo dessa qualidade; - Disponibilização na intranet das delegações e subdelegações de competências.	Implementada Implementada	Quem tem competência delegada ou subdelegada, maioritariamente, não faz menção a esse facto quando assina os documentos. Contudo, há um escrutínio da parte do SGRH e do CA no sentido de acautelar que quem autoriza determinada situação tem efetiva competência delegada ou subdelegada.
Relações de hierarquia			
Incumprimento das normas de avaliação de desempenho	- Critérios objetivos definidos atempadamente e alinhados com os objetivos da ULSCB/ Serviços; - Funcionamento da Comissão de Avaliação; - Analisar e sistematizar, de forma global e integrada, os resultados da avaliação de desempenho e progressão nas carreiras.	Implementadas	
Tomada de medidas lesivas contra os trabalhadores que reportem atos de corrupção, de má conduta ou violação dos deveres profissionais	Existência de mecanismos institucionais para os trabalhadores reportarem eventuais atos de corrupção ou práticas ilegais.	Implementada	
Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de colaborador	- Realizar ações de formação de dirigentes, chefias e colaboradores sobre os riscos de corrupção e as formas como os gerir; - Realizar auditorias regulares internas no âmbito dos serviços e processos administrativos expostos a maiores riscos de corrupção; - Existência de um Regulamento Interno de Comunicação de	Implementada parcialmente Implementada Implementada	Estão previstas ações neste âmbito.

RISCOS COMUNS À ULSCB			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Irregularidades.			
Conflito de interesses			
• Tratamento privilegiado de pessoas ou processos • Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefe ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão	• Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais; • Existência de uma estrutura hierarquizada com vários níveis de decisão; • Existência de regime legal de incompatibilidades; • Existência de mecanismos legais para os colaboradores reportarem o eventual envolvimento de superiores hierárquicos e/ou colaboradores em condutas corruptas ou consideradas inapropriadas; • Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis; • Promover a tomada de decisões colegiais; • Desenvolver ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática dos conflitos de interesses, junto de todos os trabalhadores dos serviços; • A obrigatoriedade de obtenção de declaração de compromisso de inexistência de conflito de interesse em processos que possam de alguma forma colocar em causa a sua isenção/idoneidade.	Implementadas	
Ofertas			
• Influência junto do dirigente ou trabalhador para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares • Perceção pela opinião pública de que os dirigentes e trabalhadores da ULSCB estão abertos à influência ou que a eficácia e eficiência, no tratamento de processos, está dependente de ofertas ou	• Promover a tomada de decisões colegiais; • Proibição dos trabalhadores e colaboradores da ULSCB pedirem ou aceitarem dádivas, ofertas, contrapartidas, favores e/ou outros benefícios; • Definir e divulgar procedimentos a serem observados nos casos de recebimento de ofertas;	Implementada Implementada Implementada	A rotatividade do pessoal nos júris, prende-se com a circunstância de: 1) por vezes, a rotatividade não é possível devido à exiguidade do número de trabalhadores disponíveis; 2) os profissionais que fazem parte do júri, deverem ser detentores de categoria igual ou superior ao

RISCOS COMUNS À ULSCB			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
contrpartidas			
Suspeita de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores	Rotatividade do Pessoal nos Júris de procedimentos de Recursos Humanos e de Contratação Pública.	Implementada parcialmente	lugar que é posto a concurso e, ao facto destes elementos deterem competência reconhecida para o exercício destas funções.
Dever de sigilo			
- Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna e externa, pôr em causa ou denegrir a imagem e/ou bom nome da ULSCB - Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais - Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros	- Sujeição de todos os dirigentes, trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo; - Existência de uma política de sanções em caso de violação dos regulamentos legais. - Acesso à informação constante das bases de dados informáticas dependente de um processo de autenticação. - Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos.	Implementadas	
Favorecimento			
Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade	- Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais têm tratamento igual; - Rotatividade do Pessoal, mediante os Recursos Humanos disponíveis.	Implementadas	
Estrutura organizacional			
Sistema de controlo interno e de gestão de risco desadequado, desatualizado e/ou inexistente	- Manuais de procedimentos/ administrativos e contabilísticos aprovados pelo CA e divulgados; - Atualização regular dos manuais de procedimentos; - Função de auditoria interna adequada à dimensão e complexidade;	Implementada Implementada parcialmente Implementada parcialmente	Alguns manuais de procedimento encontram-se em revisão/ atualização, sendo a falta de recursos humanos o motivo mais comum para as atualizações ainda não terem sido feitas.

RISCOS COMUNS À ULSCB			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
	Existência das funções de gestão de risco e de compliance.	Implementada	No âmbito do Serviço de Recursos Humanos, os manuais mais relevantes e necessários estão realizados, sendo disponibilizados no sítio de Internet da ULSCB e na <i>Intranet</i>. No âmbito do Serviço de Gestão Financeira, a falta de disponibilidade tem impedido que a atualização do manual de procedimentos já tenha ocorrido, embora sejam regularmente analisadas questões que não constam do manual e comunicadas instruções escritas aos colaboradores. Tendo em conta a dimensão da instituição e o número de profissionais da mesma, o Serviço de Auditoria Interna conta apenas com a Auditora Interna e com um Assistente Técnico (desde o mês de junho), sendo de referir que a Auditora Interna esteve ausente por motivos de saúde.
Indefinição na organização do serviço	- Funções definidas no regulamento interno, com as respetivas dependências hierárquicas; - Regulamentos/Manuais dos Serviços, com a atribuição e definição de todas as funções existentes no Serviço.	Implementadas	

RISCOS COMUNS À ULSCB			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Gestão de conhecimento			
Falta de gestão de conhecimento	- Promover a partilha de conhecimento; - Privilegiar as competências adequadas à função, no processo de recrutamento dos profissionais; - Ações de formação; - Reuniões periódicas de análise de questões transversais do Serviço; - Cada titular de função tem substituição definida em documento interno; - Promover rotatividade de uma equipa dentro da mesma área.	Implementada	As limitações de recursos humanos impedem a promoção de uma maior rotatividade dentro das equipas.
		Implementada	
		Implementada	
		Implementada	
		Implementada parcialmente	

3.2. Gestão de Compras

No âmbito da Gestão de Compras foram identificados 41 riscos e correspondentes 109 medidas preventivas.

Quadro II - Grau de execução das medidas referentes à Gestão de Compras

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Riscos	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		Não implementadas
			Implementadas	Implementadas parcialmente	
Total	41	109	97	11	1
Conselho de Administração	7	22	19	3	0
G. Jurídico e de Contencioso	3	7	7	0	0
Responsáveis dos Serviços	1	4	2	2	0
S. Compras e Logística	31	85	75	9	1
S. Farmacêutico	8	21	19	2	0
S. Gestão Financeira	9	24	20	4	0
S. Instalações e Equipamentos	14	28	34	4	0

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Avaliação inexistente ou deficiente das necessidades	- Identificação global das necessidades de compras; - Plano Anual de Compras; - Relatório técnico da Comissão de Normalização de Equipamentos e de Material de Consumo (CNEMC).	Implementada Implementada parcialmente Implementada	O SCL elabora um plano de compras anual tendo em conta o histórico dos consumos de alguns artigos. O SCL apenas poderá proceder à elaboração de previsões de alguns grupos de artigos de consumo generalizado (com base no histórico). Devem os responsáveis de cada serviço informar com a devida antecedência as previsões das necessidades (de produtos gerais e específicos). Não foi realizada nenhuma reunião do CNEMC em 2024.
Dados mestre desatualizados	- Atualização regular dos dados mestre dos fornecedores; - Avaliação periódica de fornecedores em termos de qualidade, cumprimento de prazos e das quantidades encomendadas.	Implementadas	
Responsabilidades dos intervenores no processo de aquisição de bens e serviços não estão definidas com a necessária clareza	- Descrição do conteúdo funcional no Regulamento Interno e identificação dos profissionais envolvidos no processo, permitindo reconhecer, previamente, a responsabilidade de cada interveniente; - Segregação de funções.	Implementadas	Devido à reestruturação do SCL, o regulamento interno e as funções de cada trabalhador carecem de atualização.
Inexistência ou deficiência na verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais	- Verificação dos procedimentos pré-contratuais; - Parecer de conformidade legal e administrativa.	Implementadas	
Inexistência de critérios na escolha do processo	- Procedimento com critérios de escolha de processo; - Parecer de conformidade legal e administrativa.	Implementadas	
Recurso a procedimentos não concorrenciais (v.g. consulta prévia ao mesmo fornecedor e ajuste direto), sem justificação rigorosa	- Processo de planeamento de compras; - Pré-definição dos limites de compras por fornecedor na	Implementada Implementada	A aplicação atual de logística não permite a emissão de listagem de controlo de limites de compra por

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
	aplicação; • Procedimento com a definição das condições da adoção do ajuste direto; • Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente.	parcialmente Implementada Implementada	fornecedor.
• Cadernos de encargos com especificações técnicas incompletas, pouco claras ou com cláusulas discriminatórias	• Existência de uma estrutura de validações hierárquicas; • Consulta de vários fornecedores em ajustes diretos e existência de segregação de funções entre proponente e gestor de contrato; • Verificação do caderno de encargos pela comissão de análise.	Implementadas	
• Redação e negociação do contrato feita pelo mesmo profissional	• Segregação de funções com diferentes níveis de avaliação e decisão; • Existência de parecer jurídico sobre a conformidade legal e administrativa de cada processo de contratação pública.	Implementadas	
• Critérios subjetivos na avaliação das propostas	• Critérios de avaliação das propostas objetivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis. • Grelhas de avaliação das propostas definidas antes de conhecidos os candidatos. • Informação aos interessados dos critérios e fatores de avaliação das propostas. • Procedimento com a definição clara de critérios por forma a assegurar soluções iguais para situações análogas.	Implementadas	
• Existência de conflito de interesses e/ou situações de impedimento na composição dos júris de procedimento	• Legislação aplicável e normas internas que obrigam os profissionais a declararem a existência de conflitos de interesses.	Implementada	
• Clausulado do contrato não rigoroso, ambíguo, pouco claro, com lacunas ou omissões que	• Verificação da adequação do clausulado; • Existência de parecer jurídico de conformidade legal e	Implementadas	

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução • Incumprimento dos requisitos legais, comprometendo a execução do contrato ou de alguma forma a sua não inclusão implique ônus para a ULSCB • Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de "trabalhos complementares", nomeadamente: - Se os "trabalhos complementares" respeitam a "obras novas"; - Se os "trabalhos complementares" não podem ser técnica ou economicamente separados do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante ou, embora separáveis, sejam estritamente necessários à conclusão do objeto contratual; - Se os "trabalhos complementares" adicionais resultam de circunstância imprevista; - Se o montante total de "trabalhos complementares" não ultrapassa os limites legais; - Se o contrato de "trabalhos complementares" é formalizado por escrito. • Controlo desadequado ou inexistente do cumprimento dos prazos relativamente à execução do contrato • Deficiente acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante de acordo com os	administrativa. • Verificação do clausulado face ao caderno de encargos. • Verificação do conteúdo do contrato. • Parecer de conformidade legal.		
		Implementadas	
	• Verificação da natureza dos "trabalhos complementares", concretamente os aspetos técnicos e jurídicos. • Verificação da impossibilidade técnica e económica de separação de "trabalhos complementares" do objeto do contrato sem inconvenientes graves para a entidade adjudicante, ou, ainda que sejam separáveis, são necessários à conclusão do objeto contratual. • Verificação da ocorrência imprevista e imprevisível que originou "trabalhos complementares". • Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. • Formalização por escrito do contrato de "trabalhos complementares".	Implementadas	Observância dos pressupostos legais previstos para os "erros e omissões", "trabalhos a mais" e "trabalhos a menos". O SIE conta com apoio jurídico nesta matéria, e, eventualmente, com apoio de entidades externas fiscalizadoras.
	• Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação. • Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional e	Implementada	Observância dos pressupostos legais (CCP). O SIE conta com apoio de entidades externas fiscalizadoras em obras de maior envergadura.
		Implementadas	Existência de normas para fazer face aos riscos identificados.

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos, designadamente: - Inexistência de relatórios de acompanhamento e/ou de avaliação do desempenho do fornecedor / prestador de serviços / empreiteiro; - Inexistência de relatórios de avaliação do desempenho do contratante; - Controlo deficiente dos custos do contrato, tendo em conta o valor orçamentado; - Inexistência de ensaios e/ou controlo de qualidade aos bens e serviços adquiridos/obra executada, previamente à sua aceitação.	obrigatoriamente por quem não interveio no processo de contratação. • Registo do desvio temporal e financeiro entre o adjudicado e o executado, bem como as respetivas causas. • Avaliação regular do desempenho dos fornecedores; • Monitorização dos custos adicionais.		
• Falta de monitorização do cumprimento das cláusulas dos contratos	• Mecanismos de controlo das várias fases da execução do contrato com contributo de intervenientes no processo; • Assegurar que no termo dos contratos, estes não são automaticamente renováveis sem qualquer consulta ao mercado; • Designar um gestor de contrato (art.º 290.º-A do CCP). • Sensibilização de requisitantes para o prazo de garantia dos equipamentos.	Implementadas	O controlo dos processos é feito através de uma aplicação informática – Aplicação SIE
• Gestão inexistente do prazo de garantia de equipamentos e empreitadas		Implementada	Aplicação informática SIE
• Gestão inexistente dos prazos de renovação de contratos	• Criação de um sistema de alertas informático.	Implementada parcialmente	No SIE é a aplicação informática SIE que dá resposta. No SCL, a aplicação não dispõe de um sistema com alertas de renovação de contratos. A monitorização é feita manualmente.
• Acesso indevido às instalações de armazém.	• Implementar regras e códigos de acesso aos armazéns e sistemas de vigilância.	Implementada	
• Desvio e retenção indevida de materiais	• Inventariação do material e sua conferência periódica;	Implementada	Os armazéns avançados estão em

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Gestão ineficiente da receção de serviços, materiais e bens	- Conferência dos bens fornecidos para cada serviço requisitante; - Criação de armazéns avançados com níveis de reposição ajustados à atividade.	Implementada	implementação.
	- Segregação de funções entre quem encomenda e quem receciona; - Centralizar a receção e registo de produtos; - Verificação física da mercadoria em termos quantitativos e qualitativos e confronto com a nota de encomenda e guia de remessa; - Análise de encomendas em atraso; - Procedimento de reclamação e devolução a fornecedores de bens não conformes; - Assegurar o registo de não conformidades para situações irregulares; - Garantir o controlo sobre as entregas excecionalmente feitas nos Serviços;	Implementada	O sistema não dispõe de receção por leitura ótica.
		Implementada	
		Implementada	A rotatividade de pessoal nem sempre é possível tendo em conta as capacidades dos recursos humanos existentes.
		Implementada	
		Não implementada	
	Instituir procedimento de registo de leitura ótica dos bens rececionados no momento efetivo da receção;	Implementada parcialmente	
	Rotatividade de colaboradores, evitando situações de conluio com fornecedores ou colegas.	Implementadas	
	- Revisão cíclica de níveis de stock; - Definir e rever regularmente o "ponto de encomenda".	Implementadas	
	- Inventários parciais ao longo do ano; - Registo das devoluções ao armazém; - Registo de entradas centralizado.	Implementadas	

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Existências fora de prazo	Alertas no sistema de gestão de stocks de aproximação do prazo de validade, incluindo os Serviços Farmacêuticos.	Implementada parcialmente	No SCL, o sistema não dispõe de alertas automáticos, a monitorização é feita manualmente. No SF, a emissão de listagens específicas com validade entre datas nos Serviços farmacêuticos. Auditorias aos prazos de validade nos serviços clínicos. Identificação na reembalagem ou cartongem, com etiqueta "prazo de validade reduzido".
Erro na introdução do lote e prazo de validade de produtos farmacêuticos no sistema informático	Atualização/ conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.	Implementada	
Desvio de substâncias controladas	- Todos os estupefacientes são dispensados apenas por farmacêuticos; - Todos os estupefacientes se encontram em sala fechada com acesso por cartão de identificação; - Dupla conferência das dispensas.	Implementadas	A dupla conferência na cedência não é possível no horário de prevenção uma vez que se encontra um farmacêutico sozinho. Para colmatar essa situação o inventário mensal é efetuado com dupla conferência. Passaram a ser registados os lotes e saída por nome de doente e requisição no programa.
Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alterações de temperatura e/ou humidade	- Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/ frigoríficos de armazenamento de medicamentos nos Serviços Farmacêuticos; - Monitorização contínua da temperatura e humidade; - Emissão de alarmes com parametrização pré-estabelecida; - Procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade;	Implementadas	

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Relacionamento dos profissionais de saúde com a Indústria Farmacêutica	- Orientações para a organização e manutenção dos produtos farmacêuticos nos Centros de Saúde e nas enfermarias. - Todos os convites para a participação em eventos científicos carecem de autorização do/a Diretor/a de Serviço. No caso do/a Diretor/a de Serviço carece de autorização do Conselho de Administração; - Todos estes patrocínios são declarados na Plataforma de Transparência do Infarmed; - Não são aceites convites por parte dos elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica quando um medicamento está em avaliação para entrada no formulário; - A aquisição de medicamentos é realizada pelo Serviço de Compras e Logística ao abrigo do CCP.	Implementadas	Emissão anual de declaração de inexistência de incompatibilidades (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro), assinada pelos elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica da ULSCB e publicada na página da mesma.
Existências nos serviços não controladas, incluindo bens consignados	- Implementação dos armazéns avançados; - Consumo por doente; - Restrição de acesso físico dos Serviços.	Implementada parcialmente Implementada Implementada	Os armazéns avançados, não estão implementados em todos os serviços, mas estão nos serviços de maior risco / impacto económico.
Fornecimento de medicamentos de cedência gratuita em ambulatório não autorizado internamente	Instituir procedimento interno de autorização para a cedência gratuita de medicamentos em ambulatório sem suporte legal.	Implementada	
Não imputação correta dos consumos de produtos farmacêuticos no momento da dispensa	- Conferência dos produtos aviados; - Contagens periódicas; - Análise aleatória de registos de dispensa.	Implementadas	
Falta de acuidade no abate físico de bens e na sua valorização	- Verificar se a autorização do abate foi proferida pelo órgão com competência para o efeito; - Existência de um parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem	Implementadas	Existe Regulamento de Funcionamento da Comissão de Abates, revisto em 2013. Encontra-se nomeada uma Comissão do Património e Abate.

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
	• Proceder de acordo com as normas instituídas no Regulamento de Funcionamento da Comissão de Abates e com as disposições legais.		Devido ao facto da aplicação de gestão de património não estar a funcionar corretamente e o inventário ainda estar a ser atualizado, não têm sido registados os pedidos de abate que deverão ser eventualmente validados pela Comissão e autorizados pela CA.
• Utilização indevida, para fins privados, de bens abatidos documentalmente no período até à data da sua eliminação física	• Conferências físicas periódicas para verificar se os bens abatidos ainda se encontram no local; • Desenvolvimento e cumprimento do Manual de Procedimentos de Gestão de Imobilizado.	Implementadas	Vai iniciar-se, em 2025, uma conferência global dos bens inventariados, para validação dos registos existentes na base de dados, por forma a serem detetadas situações anómalas que possam existir, já que esse controlo não é realizado há muito tempo pelo facto do sistema ter estado em atualização e o inventário estar a ser transferido para uma nova base de dados.
• Bem abatido continuar nos serviços	• Efetuar as diligências necessárias para a retirada do material da ULSCB e proceder à sua anulação na aplicação do património e, consequentemente, na contabilidade; • Verificar se os bens a abater foram isolados, em local de acesso restrito.	Implementadas	
• Bens não inventariados/Etiquetagem	• Conferências físicas periódicas por serviços.	Implementada parcialmente	Para os bens inventariados o SIE não possui recursos humanos para implementar esta medida, é mais do âmbito do responsável do serviço. Quanto aos equipamentos inseridos na aplicação SIE, por serviço podem

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Falta de acuidade na inventariação e gestão de imobilizado	- Controlo trimestral dos equipamentos afetos a alguns centros de custo aleatoriamente selecionados; - Responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; - Verificação física, de dois em dois anos, do inventário global; - Conciliação da informação entre as aplicações de gestão de imobilizado.	Implementada parcialmente Implementada Implementada parcialmente Implementada	ser conferidos sempre que se pretenda. As medidas de controlo interno relacionadas com o controlo físico, a responsabilização e a verificação física irão iniciar-se no ano de 2025, assim que o cadastro esteja atualizado na nova base de dados. Para o efeito com a colaboração de elementos do SGF, do SCL, do SIE e dos centros de saúde. A transferência de bens encontra-se igualmente definida no manual de procedimentos de gestão do imobilizado, pelo que a questão passa por se fazer cumprir o referido manual e por verificar se os trabalhadores cumprem efetivamente o que lá está previsto.
Armazenagem e transferência de bens e equipamentos entre serviços sem comunicação, e consequente incapacidade de definição da sua localização	- Definição de normas e procedimentos de circulação dos bens entre serviços, incluindo entradas e saídas em armazéns, contendo delegação de competências e autoridade; - Todos os pedidos de transferência devem ser comunicados por escrito; - Procedimento de receção e circulação de bens; - Sistema informático de inventariação dos bens.	Implementadas	Existem medidas para fazer face aos riscos identificados. As transferências devem ser registadas na aplicação de gestão do património.
Cedência de equipamento por pessoa ou por órgão sem competência devida	- Verificação, através de controlos internos e externos, que os trabalhadores cumprem os procedimentos internos vigentes; - Promoção de ações de fiscalização para a averiguação e acompanhamento dos bens cedidos.	Implementadas	Por norma, não há cedência de equipamentos.

GESTÃO DE COMPRAS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
Insuficiente acompanhamento da gestão das manutenções	Controlo por parte da SIE de todas as manutenções a efetuar nos bens da instituição.	Implementada	O controlo é feito, sempre que possível, com a presença de um técnico do SIE a acompanhar a manutenção, além da avaliação do relatório da empresa.
Apropriação indevida de bens públicos	- Verificação aleatória da existência física dos bens, efetuada periodicamente; - Comunicação pelo Responsável de cada serviço ao Serviço de Instalações e Equipamentos, em caso de extravio/desaparecimento do bem.	Implementada parcialmente Implementada	É verificada a existência física de alguns bens, não aleatoriamente, mas no início do ano para elaboração do contrato de manutenção do (s) equipamento (s). Nos contratos de manutenção, sempre que exista divergência de um ano para o outro, é feita conferência, se necessário física. Para além do já mencionado, logo que o património esteja atualizado e na nova base de dados, pretende-se fazer uma validação o mais exaustiva possível, por forma a verificar a existência e da correta alocação dos bens.
Não inventariação de bens oferecidos/doados com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos	- Proposta da Comissão de Doações; - Aprovação das ofertas/doações pelo CA; - Divulgação de procedimento interno de aceitação e inventariação de ofertas; - Controlo de equipamentos doados afetos a alguns Centros de Custo aleatoriamente seleccionados.	Implementadas	Cumprimento do Regulamento de doações e do Manual de gestão de imobilizado.

3.3. Recursos Humanos

No que concerne à área de Recursos Humanos, o PPRG identifica 16 riscos e prevê 38 medidas preventivas dos mesmos.

Quadro III - Grau de execução das medidas referentes aos Recursos Humanos

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Riscos	Medidas preventivas			
		Total	Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
Total	16	38	37	1	0
Conselho de Administração	11	17	16	1	0
Conselho Coord. Avaliação	1	3	3	0	0
Responsáveis dos Serviços	4	18	18	0	0
S. G. Recursos Humanos	16	38	37	1	0
Trabalhadores	1	3	3	0	0

RECURSOS HUMANOS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
- Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada - Exercício de atividades acumuladas não autorizadas	- Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos definidos no artigo 23.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), publicada, em anexo, pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho; - Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	Implementadas	
Exercício de atividade pública e ou privada acumulada durante o horário de trabalho, ou com sobreposição parcial	Obrigatoriedade de apresentação ou renovação anual (respetivamente, outubro ou dezembro de cada ano) de pedido de acumulação de funções.	Implementada	
Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas	Rever anualmente todas as aprovações de acumulação de funções privadas.	Implementada	Cumprimento integral das normas vigentes quanto à matéria.
Inexistência de declaração de conflitos de interesses ou não cessação imediata de funções públicas	Obrigatoriedade das acumulações já autorizadas para o exercício de funções de ensino serem confirmadas no início de cada ano letivo.	Implementada	
Deficiente avaliação das necessidades de contratação	Plano de atividades dos Serviços com identificação das necessidades de recursos humanos.	Implementada parcialmente	Existe Plano previsional anual incluído no Orçamento da USLCB.
Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção de pessoal ou de proposta de contratação. Contratação sem critérios previamente definidos	- Definição do perfil dos profissionais a contratar, fundamentação da decisão, percutível e sindicável, e autorização prévia do membro do Governo; - Garantir a publicitação prévia e o processo de recrutamento; - Garantir que as atas dos critérios de seleção são definidas em momento anterior à divulgação da oferta de emprego.	Implementadas	Cumprimento integral das disposições legais e decisões do CA.
Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos integrantes dos júris	Criação de regras gerais de rotatividade dos elementos que compõem os júris de concurso, de forma a assegurar que as propostas de decisão não fiquem, por regra, concentradas nas mesmas pessoas.	Implementada	Cumprimento integral das disposições legais.

RECURSOS HUMANOS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
- Incorreta e desatualizada informação de dados dos trabalhadores que integram a ULSCB no processo individual - Acesso indevido a aplicações e instalações por ausência de comunicação atempada da cessação de vínculo contratual com a ULSCB - Processamento salarial de forma indevida	- Verificação no processo individual dos documentos comprovativos e da sua validade referentes aos dados pessoais dos profissionais; - Inclusão nos processos individuais de <i>check-list</i> de controlo de documentos; - Pedido de atualização anual de dados aos colaboradores - Comunicação ao Serviço de Informática e Comunicações da cessação do vínculo contratual do colaborador e/ ou prestador de serviços para bloqueio/ desativação de acessos. - Submissão de todos os abonos fora do horário de trabalho a aprovação prévia do CA, de acordo com a delegação de competências instituídas; - Verificação de que todos os documentos referentes a processamentos de abonos contenham a fundamentação legal; - Registo de assiduidade e pontualidade – registo biométrico - Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações atualizado; - Segregação de funções e rotatividade; - Ações de formação periódicas para melhorar o desempenho dos profissionais; - Verificação mensal de processamentos, antes e após o fecho dos mesmos; - Verificações aleatórias; - Validação dos termos contratuais estabelecidos; - Auditorias periódicas ao processamento de salários, por componentes remuneratórias; - Necessidade de aferição e validação pelos responsáveis dos horários mensais realizados, face aos horários/ escalas autorizados previamente;	Implementadas Implementada Implementadas	Foi implementada uma nova metodologia de registo biométrico, nomeadamente a biometria facial. O Manual de Procedimentos Administrativos e de Remunerações foi revisto em 2022. Quando surgem ações de formação, o responsável do serviço seleciona os trabalhadores que as vão frequentar, consoante as matérias formativas.

RECURSOS HUMANOS			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de Execução	Observações
• Horários e escalas não aprovados e/ou desatualizados	• Análise mensal da razoabilidade dos abonos e descontos processados. • Revisão de horários de trabalho; • Estabelecer data mensal para o envio pelos serviços, ao SGRH, dos horários/ escalas do mês, devidamente aprovados.	Implementadas	Estão estabelecidos prazos, pelos SGRH, para envio dos horários/escala mensais, devidamente aprovados.
• Utilização excessiva do recurso ao trabalho extraordinário como forma de suprir necessidades permanentes dos serviços	• Planos de trabalho e procedimento de autorização prévia de trabalho extraordinário; • Plano de atividades dos Serviços/ Unidades com identificação das necessidades de recursos humanos.	Implementadas	
• Controlo indevido do trabalho suplementar/ extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados	• Verificar as autorizações, pelo CA, para a realização do trabalho suplementar; • Monitorizar o cumprimento das escalas aprovadas, os registos de assiduidade e os pagamentos efetuados; • Confirmar que os Serviços dão conhecimento, mensalmente, das "folgas" não gozadas.	Implementadas	
• Integração automática do registo biométrico e controlo de assiduidade (GH) na aplicação de processamento de vencimentos (RHV) sem validação de horários	• Conferência de relatórios de assiduidade. • Ações de sensibilização para a relevância da validação dos horários por parte dos gestores de escala.	Implementadas	
• Avaliação deficiente do processo de avaliação SIADAP, designadamente: - Objetivos desajustados às tarefas realizadas; - Potencial discricionariedade no procedimento de avaliação dos profissionais; - Ausência ou deficiente fundamentação das decisões da avaliação.	• Verificação do cumprimento das normas instituídas para aplicação do SIADAP; • Critérios objetivos definidos atempadamente alinhados com os objetivos da ULSCB/ Serviço; • Validação prévia do Conselho Coordenador de Avaliação de todos os objetivos fixados.	Implementadas	Cumprimento das normas vigentes quanto à matéria.

3.4. Gestão Financeira

No que se refere à área da Gestão Financeira, o PPRG identifica 14 riscos e prevê 65 medidas para os mitigar.

Quadro IV - Grau de execução das medidas referentes à Gestão Financeira

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Riscos	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		Não implementadas
			Implementadas	Implementadas parcialmente	
Total	14	65	65	0	0
S. Compras e Logística	1	6	6	0	0
S. Gestão de Doentes	6	23	23	0	0
S. Gestão Financeira	9	44	44	0	0
S. Gestão de Transportes	1	5	5	0	0

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
- Registo de transações na contabilidade, nomeadamente: - Não registadas; - Anuladas sem autorização; - Registadas incorretamente; - Alteradas.	- Conferência mensal dos registos contabilísticos. - Segregação de funções e responsabilidades das operações. - Monitorização da execução das tarefas. - Integração entre aplicações informáticas. - Manual de procedimentos administrativos e contabilísticos.	Implementadas	Todas as transações são registadas e conferidas, seja por integração entre sistemas, seja por registo manual, sendo possível saber quem fez/alterou os registos no sistema de informação centralizada de contabilidade (SICC). A conferência dos registos é feita, no mínimo, mensalmente, existindo registos que são conferidos diariamente (como a folha de caixa).
Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de valores	- Contagem diária do caixa, com conferência regular pelo superior hierárquico; - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro; - Conciliações e reconciliações bancárias mensais; - Definição de regras de acesso ao cofre; - Toda e qualquer saída de numerário deve ser registada e documentada; - Fundos de maneiio e de caixa em sistema de fundo fixo, controlo sistemático dos fundos de maneiio, cujo valor é atribuído no início de cada ano pelo CA; - Segregação de funções.	Implementadas	Procede-se à conferência diária do caixa e periódica também por superior hierárquico, sendo a função de tesoureiro exercida por uma Assistente Técnica ou pela sua substituta quando está ausente. As conciliações e reconciliações bancárias são feitas mensalmente, tal como a conferência dos fundos de maneiio.
Pagamentos e recebimentos diferentes da dívida apurada; cobranças não depositadas oportuna e integralmente (NIB não corresponder à pessoa/ Instituição correta, transferência/ pagamento de valor diferente do autorizado...)	- Segregação de funções entre quem compra, processa, autoriza e paga; - Promover a conferência dos registos das transferências/pagamentos por outro colaborador que não aquele que os efetuou, garantindo que os valores a pagar representam passivos reais da ULSCB; - Privilegiar a utilização de recebimento por transferência bancária, bem como a utilização das funcionalidades	Implementadas	Existe segregação de funções entre quem compra, processa, autoriza e paga. A conferência dos registos dos pagamentos é efetuada por colaborador que não aquele que os efetuou. Privilegia-se a utilização do <i>homebanking</i> (transferência bancária) tanto para recebimentos,

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
	"homebanking"; • Redução ao mínimo possível da utilização de cheques e dinheiro; • Utilização de TPA para recebimento de valores; • Referências multibanco para pagamento de taxas moderadoras; • Conferência das autorizações de pagamento com as faturas de suporte.		como para pagamentos. Existem TPA para recebimentos de valores, à disposição de clientes/utentes em diversos serviços da ULSCB, para que possam fazer os seus pagamentos recorrendo, preferencialmente, a este meio. A aplicação SONHO de gestão de doentes permite também a disponibilização de referências multibanco para pagamento de taxas moderadoras, sempre que o mesmo não ocorra aquando da prestação dos cuidados.
• Incumprimento do plano de pagamentos	• Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores; • Não efetuar pagamentos sem garantir que todos os procedimentos de suporte à realização da despesa foram cumpridos; • O processo para pagamento deverá estar devidamente organizado, contendo todos os documentos conferidos e validados, designadamente fatura e nota de crédito; • Averiguar, quando há lugar ao pagamento de juros de mora, as causas do atraso nos pagamentos e se foram tomadas todas as medidas necessárias para prevenir esse custo; • Deverá ser feito reporte ao CA, sempre que se preveja o incumprimento dos prazos de pagamento previamente contratualizados.	Implementadas	Mensalmente é elaborado um plano de pagamentos com a indicação dos valores a pagar, por grandes rubricas ou tipo de despesas, e enviado ao CA com uma breve descrição das prioridades e dificuldades que são esperadas. Sempre que possível, tenta-se dar prioridade às dívidas mais antigas, embora existam situações específicas que impedem que essa regra seja sempre aplicada e que são do conhecimento do CA. Apenas são processadas e pagas as despesas que se encontrem devidamente documentadas e cujo processo tenha cumprido as tramitações legais aplicáveis.

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
- Faturação deficiente, nomeadamente: - Atraso na emissão da faturação; - Faturação de serviços não prestados; - Não faturação de serviços prestados.	- Respeitar os prazos legalmente estabelecidos. - Verificar quais os serviços prestados e compará-los com a faturação emitida. - Verificar se o procedimento para a faturação está a ser cumprido. - Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS, para a devida monitorização; - Circularização de saldos de clientes.	Implementadas	Os processos de pagamento são autorizados pela assinatura conjunta de dois membros do CA e contém toda a documentação necessária. As situações que deram origem ao pagamento de juros de mora resultam, regra geral, do incumprimento de prazos de pagamento, decorrente da falta de disponibilidades de tesouraria. A faturação emitida vai ao encontro dos registos existentes na aplicação SONHO, embora existam dificuldades operativas que impedem de faturar a totalidade destes registos (moradas inválidas; deficiente identificação do utente e/ou da entidade responsável pelo pagamento; urgências com menos de 24 horas; atraso na codificação de GDH, etc.), que se tentam suprir diretamente ou solicitando ao SGD que diligencie tendo em vista recolher informações adicionais. Os prazos são respeitados dentro das limitações existentes, estando dependentes da ACSS/SPMS (no caso do contrato-programa) e da codificação de GDH. Periodicamente são verificados os registos da

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
			faturação no SONHO com os registos existentes na aplicação de contabilidade (SICC). São igualmente questionados os atrasos na codificação e nos registos, embora se tenha de melhorar neste aspeto, garantindo sempre o registo escrito desses pedidos. A circularização de saldos de clientes é realizada sempre que possível, embora exista um maior foco ao nível das seguradoras. Em relação a entidades do SNS, trimestralmente é efetuada uma análise no âmbito do programa <i>clearing house</i>. Ao nível das taxas moderadoras, utiliza-se a plataforma SITAM para envio de cartas de aviso aos utentes com dívidas.
Sistema de cobrança ineficiente. Incobrábilidade voluntária, com intuito de benefício ou perdão.	- Análise periódica de saldos de clientes. - Verificar se os procedimentos para as cobranças estão a ser cumpridos. - Inquirir os serviços sobre as razões para os atrasos nas cobranças. - Questionar os serviços e obter justificações. - Salvaguardar a implementação de rotinas que evitem que se ultrapassem os prazos para cobrabilidade da atividade realizada.	Implementadas	Os saldos são analisados periodicamente e enviados pedidos de pagamento às entidades devedoras, tal como acontece em relação a utentes com taxas moderadoras em dívida (envio de avisos através do SITAM).
Falhas na gestão de contas de fornecedores	- Circularização periódica de valores em dívida; - Realização da reconciliação do total da conta corrente dos	Implementadas	A circularização de contas é feita com alguma regularidade,

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
	fornecedores com os dados das contas do Razão; Todas as faturas rececionadas na ULSCB devem ser contabilizadas pelos Serviços de Gestão Financeira, tendo em conta a nota de encomenda, confirmação de entrada do bem/prestação de serviços. A fatura é lançada numa rubrica de receção e conferência para monitorização. Esta rubrica é avaliada no final de cada mês.		nomeadamente quando são rececionados os pedidos de confirmação das empresas, e de forma mais abrangente uma vez por ano a pedido do ROC. O mesmo acontece em relação à reconciliação com os registos contabilísticos das contas do Razão. Todas as faturas são rececionadas no SGF para serem contabilizadas. Atualmente, com a implementação da faturação eletrónica que decorre desde janeiro de 2021, consegue-se um maior controlo sobre a receção dos documentos e uma maior celeridade no seu registo por <i>webservice</i>, principalmente na faturação de compra de bens de consumo, de serviços e de bens de investimento, sem ser necessário o registo manual dos documentos (apenas se confere a correta integração). Ao nível de alguns serviços da área de transportes e de MCDT, sempre que existe um prazo de conferência que não garanta o registo dos documentos antes do fecho do mês, para efeitos de reporte à Tutela, e dentro de um prazo até 3 dias úteis, é feito o

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
			registo em faturas em receção e conferência por forma a garantir que se reflitam contabilisticamente no período a que se referem ou faz-se uma especialização com base na média da facturação recebida no ano ou facturada no ano anterior. De referir ainda que os registos de faturas em receção e conferência são analisados com frequência, verificando-se o motivo e diligenciando junto do(s) serviço(s) interveniente(s) para a rápida resolução da situação, embora parte da conferência já seja executada centralmente no SGF (MCDT do HAL e transportes de bombeiros, ambulâncias e táxis).
Falta de cobrança de taxas moderadoras, no momento da efetivação do ato médico	- Intervenção das chefias administrativas na sensibilização para a cobrança no momento da efetivação do ato médico; - Análise da relação por profissional (administrativo) da faturação/cobrança; - Entrega de nota de débito ao doente sempre que não paga; - Existência de TPA para pagamento presencial.	Implementadas	As alterações legislativas recentes relacionadas com a cobrança de taxas moderadoras reduziram drasticamente o universo de situações em que é devido esse pagamento, o que terá um impacto positivo na redução dos riscos associados, porquanto restringiu a um único serviço (Urgência Geral) e, por consequência, a um menor número de colaboradores, as situações em que essa cobrança é

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
Recebimento de taxas moderadoras sem a impressão do respetivo recibo	- Emitir normas que possibilitem um adequado desempenho funcional; - Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por colaborador; - Segregação de funções, rotatividade de pessoal em postos de cobrança de taxas moderadoras.	Implementadas	devida. As taxas moderadoras ainda em vigor são recebidas principalmente no serviço de urgência do HAL e no serviço central do SGD, e entregues diariamente na tesouraria onde são conferidos pelo colaborador com funções de tesoureiro e por um colaborador do SGD. As taxas arrecadadas dos centros de saúde fora de Castelo Branco são depositadas diretamente no IGCP, embora já sejam residuais atualmente devido às isenções/dispensas em vigor.
Isenção ou dispensa indevida ou incorreta de taxas moderadoras (via manual ou informática)	- Análise comparativa mensal da cobrança de taxas moderadoras por colaborador. - Arquivo dos comprovativos que originaram a isenção das taxas moderadora; - Monitorização das atribuições de isenção.	Implementadas	
Anulação indevida de taxas moderadoras (isenções)	- Verificar se os recibos anulados estão arquivados e qual a justificação; - Existência de segregação entre a emissão e a anulação dos recibos e respetiva supervisão; - Entrega de todos os recibos anulados, após a validação da respetiva chefia, nos Serviços de Gestão Financeira. - Existência de manual de procedimentos sobre isenções/dispensas.	Implementadas	As taxas moderadoras anuladas pelo SGD, decorrentes de isenções registadas, são comunicadas ao SGF e constam diariamente das listagens do SONHO onde são refletidos os recebimentos e as anulações do dia anterior. Embora não evidenciem a validação da chefia do SGD, existem evidências (como o registo no RNU) que justificam a anulação/isenção.

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
• Circulação pouco controlada de valores referentes a taxas moderadoras recebidas	• Centralização da conferência de valores; • Contagem de valores realizada na presença de dois profissionais; • Existência de cofres nos secretariados dos Responsáveis/chefias administrativas para guarda dos Valores.		Em caso de necessidade de reembolso, o pedido é previamente validado pela chefia do SGD.
• Recurso excessivo ou injustificado a MCDT no exterior	• Estabelecer protocolos de MCDT [Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica], por especialidades, com entidades públicas; • Validação pelos diretores de serviço e diretor clínico do CA dos pedidos de MCDT, em particular dos que são enviados para o exterior; • Na conferência de faturas de MCDT realizados no exterior deverão ter como referência a tabela de preços de convenionados, de acordo com o disposto no Despacho n.º 10430/2011; • Manter atualizada a lista de entidades prestadoras de MCDT, com protocolos estabelecidos, de acordo com a legislação em vigor; • Elaboração de normativos e procedimentos de controlo interno para os MCDT; • Monitorização mensal dos MCDT realizados dentro e fora da ULSCB.	Implementadas	
• Gestão ineficiente da frota automóvel	• Avaliação da continuidade do uso das viaturas das ULSCB face aos valores das reparações; • Regulamento de utilização de viaturas, incluindo o uso de viaturas para fins pessoais;	Implementadas	

GESTÃO FINANCEIRA			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
	• Monitorização dos tempos gastos, através do registo de assiduidade e pontualidade (biométrico), percursos realizados (boletim de itinerário das viaturas) e controlo dos Km percorridos; • Controlo das médias de consumos e outros gastos por viatura; • Controlo do número de horas extraordinárias realizadas mensalmente por cada motorista.		

3.5. Sistemas de Informação

Relativamente à área dos Sistemas de Informação, o PPRG identifica 15 riscos, a que faz corresponder 34 medidas preventivas para os mitigar.

Quadro V - Grau de execução das medidas referentes aos Sistemas de Informação

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Riscos	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		Não implementadas
			Implementadas	Implementadas parcialmente	
Total	15	34	6	22	6
Responsáveis dos Serviços	4	6	1	3	2
S. Gestão de Doentes	1	3	0	0	3
S. Instalações e Equipamentos	1	5	0	5	0
S. Informática e Comunicações	15	34	6	22	6

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
Desadequada gestão do parque informático (<i>hardware</i>) e <i>software</i>, quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização.	- Inventariação anual do parque informático com informação acerca das características dos equipamentos por posto de trabalho; - Elaboração de plano anual de necessidades de acordo com o orçamento e prioridades definidas.	Implementadas	
Segurança dos acessos aos sistemas informáticos	- Definição de critérios para a criação de <i>passwords</i> seguras, tais como número mínimo de caracteres, uso de caracteres especiais, etc.; - Alteração periódica das senhas de acesso; - Não deve ser permitido repetir uma <i>password</i> já utilizada anteriormente na mudança da mesma.	Implementadas parcialmente	Ainda há necessidade de <i>software</i> de monitorização específico (de que ainda não se dispõe), mas foi aprovado um documento de política de <i>passwords</i> .
Fornecer informações não autorizadas a terceiros	- Avaliar os procedimentos de deteção e violação do dever de sigilo. - Conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados.	Implementadas parcialmente	Existem <i>softwares</i> (Clinidata, SGICM, AIDA) que estão em conformidade, mas os restantes ainda não.
Aceder a informação indevida	- Vedada a criação de perfis genérico em ambiente de produção; - Perfis de acesso criados em função da categoria profissional e exercício das funções, partindo sempre do princípio do minimizado acesso a dados; - Elaborar procedimento para a atribuição/eliminação de acessos aos utilizadores em articulação com o SGRH; - Obrigatoriedade das direções de serviço comunicarem as alterações das funções dos profissionais. Elaborar procedimento.	Implementadas parcialmente	Os perfis são criados em ramos específicos da AD, apenas com acesso aquela informação. Ligação com o <i>software</i> dos RH para a criação de registos e eliminação da AD. Procedimento ainda não elaborado.
Manipulação ou destruição de dados	- Avaliação dos níveis de segurança e controlo dos acessos à informação; - Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização; - Registo de qualquer alteração dos dados (criação, alteração, eliminação, etc.);	Implementadas parcialmente	Não se tem forma de avaliar o acesso, mas controla-se o que cada perfil acede. Existem inspeções físicas regulares às UPS e a alguns equipamentos informáticos, com alguns relatórios das visitas

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
	- Inspeções físicas regulares (tanto dos equipamentos informáticos como das UPS, etc.); - Testes periódicos dos <i>backups</i> efetuados.		elaborados. Ainda não se efetuaram testes periódicos aos backups, embora já se tenha reposto alguma informação dos mesmos com sucesso.
Partilha de senhas entre os utilizadores	Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização, conforme previsto no procedimento interno. Para isso todas as ações têm de ficar registadas em <i>logs</i>;	Implementada parcialmente	Não se dispõe de <i>software</i> para criação e verificação dos <i>logs</i> das ações. Existem acessos a plataformas externas (SIRIEF/DGTF, SICA, Serviços Online ACSS, por exemplo) para as quais apenas foi atribuído um acesso por instituição, sendo a senha partilhada pelos diversos colaboradores que acedem às referidas plataformas. Foi aprovado um documento de política de <i>passwords</i>, onde se avisa sobre os perigos da partilha das mesmas.
Sessões de trabalho abertas sem a presença do respetivo utilizador	- Responsabilização dos titulares das senhas de identificação pela sua utilização; - Procedimentos internos de segurança.	Não implementadas	Não se dispõe de <i>software</i> para criação e verificação dos <i>logs</i> das ações.
Ligação deficiente entre as aplicações	Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração.	Implementada	As integrações por HL7 registam os erros que são posteriormente avaliados pelos fornecedores.
Contratualização inadequada de serviços de assistência técnica	- Avaliação do desempenho do fornecedor do serviço; - Criação de métricas para a avaliação.	Implementadas parcialmente	Existem SLAs nos contratos, mas apenas alguns fornecedores enviam relatórios de atividade.
Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas	Verificar os procedimentos de atuação em caso de falha dos	Implementada	Foram escritos procedimentos de

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
de informação	- sistemas de informação; - Criação dos procedimentos, caso não existam.		vários serviços sobre a atuação em caso de falha dos sistemas de informação.
Falhas de proteção contra <i>softwares</i> maliciosos	Verificar se estão implementados controlos de deteção, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos e <i>spyware</i> (por ex., utilização de anti-vírus atualizados, sistemas de IPS e IDS, etc.).	Implementada	Há sistemas <i>antivírus</i> e geridos centralmente, <i>firewall</i> e <i>software</i> SCCM para o efeito.
Falhas nos <i>backups</i>	- Obter evidência da realização periódica de <i>backups</i> de segurança e se as <i>tapes</i> são guardadas em local distinto, designando para o efeito pessoa com qualificação técnica adequada do serviço de informática; - Verificação da consistência e conformidade dos <i>backups</i> existentes.	Implementadas parcialmente	Receberam-se relatórios da empresa que efetua os <i>backups</i> <i>offsite</i> , mas não são efetuados testes de consistência e conformidade dos mesmos.
Falhas na gestão de segurança de redes	- Manter atualizada a política de utilização da rede; - Assegurar que na revisão dos contratos com entidades externas constem cláusulas que visem melhorar as condições de acesso/utilização da informação, garantindo a necessária confidencialidade de dados e segurança dos sistemas; - Análise dos erros gerados pelos <i>hard</i> de IDS e IPS.	Implementadas parcialmente	Existe política de utilização dos dados no momento da entrega dos dados de acesso. Os erros gerados ficam registados, mas não se tem capacidade interna para os analisar.
Garantia de confidencialidade no acesso à informação clínica	- Desenvolvimento de formação sobre o regime de acesso a dados pessoais; - Elaborar procedimento que garanta que o acesso a dados pessoais é restrito e que há mecanismos capazes de rastrear os acessos; - Garantir que os profissionais de saúde apenas acedam aos dados dos utentes que efetivamente têm a seu cuidado, com a criação de limitação de acessos.	Não implementadas	O Sclínico não permite restringir o acesso apenas dos profissionais de saúde aos utentes que efetivamente têm a seu cuidado. Está-se a avaliar a existência de soluções externas com essa capacidade. SPMS pode guardar os dados de acesso dos utilizadores, mas o serviço não tem acesso a essa informação.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO			
Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Grau de execução	Observações
Retirada indevida de dados	Prevenir que os dados saiam dos sistemas informáticos para fora da instituição, seja em dispositivos móveis, <i>emails</i>, etc.).	Não implementada	Não se tem forma de rastrear os dispositivos ligados aos computadores nem o acesso aos <i>emails</i> .

3.6. Grau de execução das medidas preventivas do Plano

As medidas implementadas ou implementadas parcialmente constituem 97,6% do total de medidas previstas, demonstrando um nível adequado de controlo interno na USLCB.

Quadro VI - Grau de execução das medidas preventivas, por área

Áreas	Medidas preventivas						
	Total	Grau de execução					
		Implementadas	%	Implementadas parcialmente	%	Não implementadas	%
Riscos comuns à ULSCB	40	35	87,5%	5	12,5%	0	0,0%
Gestão de Compras	109	97	89,0%	11	10,1%	1	0,9%
Recursos Humanos	38	37	97,4%	1	2,6%	0	0,0%
Gestão Financeira	65	65	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sistemas de Informação	34	6	17,6%	22	64,7%	6	17,6%
Total	286	240	83,92%	39	13,64%	7	2,45%

Face à execução do plano relativa ao ano de 2023, verificou-se que, em 2024, a percentagem de medidas implementadas ou implementadas parcialmente se manteve nos já referidos 97,6%. No entanto, passou-se de 239 medidas implementadas (83,6%) para 240 (83,9%), e de 40 implementadas parcialmente (14%) para 39 (13,6%), mantendo-se as mesmas medidas não implementadas, com sete (2,5%).

Esta ligeira evolução resultou da alteração no grau de execução de uma medida na área de Gestão de Compras, onde se passou de 96 medidas implementadas, 12 implementadas parcialmente e uma não implementada, em 2023, para 97, 11 e uma, respetivamente, em 2024. A passagem da medida implementada parcialmente para implementada já havia ficado refletida no Relatório de Avaliação Intercalar do Plano de 2024.

Conforme consta do PPGR da ULSCB, “a classificação do risco foi estabelecida segundo uma escala de risco (alto, médio e baixo) em função de duas variáveis: a probabilidade de ocorrência e o impacto previsto”, pelo que, o quadro seguinte demonstra o grau de execução das medidas preventivas por nível de risco/ classificação do risco. De referir que, neste âmbito, não estão contabilizados os riscos e medidas referentes aos “Riscos comuns à ULSCB” porquanto os mesmos não se encontram graduados nos termos mencionados.

Quadro VII - Grau de execução das medidas preventivas, por nível de risco

Nível de risco	Medidas preventivas							
	Total	Implementadas (1)	%	Implementadas parcialmente (2)	%	Não Implementadas (3)	%	Grau de implementação (1+2)
Alto	127	105	82,7%	21	16,5%	1	0,8%	99,2%
Médio	103	85	82,5%	12	11,7%	6	5,8%	94,2%
Baixo	16	15	93,8%	1	6,3%	0	0,0%	100,0%
Total	246	205	83,3%	34	13,8%	7	2,8%	97,2%

No cômputo geral, verificou-se que as medidas implementadas e implementadas parcialmente representam a totalidade das medidas relativas a riscos graduados como “baixo”, a quase totalidade dos riscos “alto” (99,2%) e uma percentagem muito elevada dos riscos de nível “médio” (94,2%), o que correspondeu a 97,2% em termos totais.

Face ao grau de execução do ano anterior, registou-se uma ligeira alteração, passando as medidas implementadas relativas a riscos graduados como “alto” de 104, em 2023, para 105, em 2024, o que, em contraponto, fez com que as medidas implementadas parcialmente passassem de 22, em 2023, para 21, em 2024.

4. Conflito de interesses e acumulação de funções

No âmbito do conflito de interesses, o SGRH tem um importante contributo no combate à acumulação indevida de funções e no controlo da aplicação do regime jurídico aplicável às incompatibilidades e impedimentos. Os procedimentos a adotar nesta matéria foram previstos e divulgados na *Intranet* no Manual de Procedimentos Administrativos e Remunerações da ULSCB, tendo, igualmente, sido publicadas várias circulares internas quanto à matéria. De um modo geral, os trabalhadores deram cumprimento quer às normas internamente instituídas, quer às normas legais em vigor quanto à matéria. Face ao exposto, é possível concluir que os riscos neste âmbito estão devidamente controlados.

Nestas matérias salienta-se, igualmente, a necessidade de observância do Código de Conduta Ética da ULSCB, que contém disposições sobre imparcialidade, isenção, incompatibilidades, acumulação de funções, conflito de interesses e impedimentos, bem como um capítulo dedicado à “Ação Disciplinar”, sendo a sua última revisão de 22 de março de 2024.

5. Mecanismos de comunicação de irregularidades

A ULSCB dispõe de um meio de comunicação de irregularidades: irregularidade@ulscb.min-saude.pt, conforme o seu Regulamento de comunicação interna de irregularidades, aprovado

pelo Conselho de Administração, na sua nova versão, em 25 de novembro de 2022, nos termos do artigo 87.º, nº 4, do Estatutos das ULS, que constam do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Dispõe ainda, nos termos do artigo 8.º do RGPC e da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciante de infrações, de um canal de denúncias, acessível através do sítio de *Internet* da ULSCB, em <https://ulscb.denuncias.info/#/>.

6. Conclusões

Da monitorização efetuada ao PPRG é possível concluir que uma grande parte das medidas preventivas e de controlo elencadas se encontram implementadas, contribuindo para minorar ou evitar riscos identificados de forma relativamente eficaz.

Conclui-se ainda que, na sua maioria, para as medidas não implementadas ou em implementação, contribuíram as alterações dos sistemas informáticos e a falta de recursos humanos, nomeadamente no que respeita à atualização de manuais de procedimentos, nas diversas áreas.

O grau de implementação das medidas de controlo interno é satisfatório e, para tal, contribuiu, em larga medida, o facto de os responsáveis pelas respetivas áreas reconhecerem o PPRG como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

7. Recomendações

É importante continuar a divulgação do PPRG, de forma a sensibilizar e promover a participação de todos os funcionários da ULSCB, para a importância das medidas/procedimentos previstos, de modo a evitar eventuais situações desfavoráveis no seio da organização, bem como de proceder à melhoria ou correção das mesmas sempre que se verifique que os controlos não são eficientes, suficientes ou atuais (atendendo à dinâmica da instituição e à produção legislativa) para mitigar os riscos identificados.

Incidir especial atenção à área de inventariação e gestão dos bens físicos da ULSCB, de forma a concluir-se o processo de inventariação e implementar totalmente as medidas de controlo interno relacionado com o controlo físico, a responsabilização e a verificação física.

No âmbito do ponto anterior, assegurar: o funcionamento da Comissão de Património e Abate, ou, em alternativa, equacionar a criação de um Serviço ou Unidade de Património com recursos humanos próprios, que manteria uma ligação, para efeitos de consulta, com o SGF, o SCL e o SIE; o funcionamento da aplicação de gestão de património.

Apostar no desenvolvimento e proteção dos Sistemas de Informação e implementar as medidas e orientações no âmbito da Cibersegurança ou segurança do Ciberespaço, conforme a Lei n.º 46/2018, de 13 de agosto, Decreto-Lei n.º 65/2021, de 30 de julho, Regulamento n.º 183/2022 e Recomendação do CPC sobre “Boas Práticas de Cibersegurança”.

Elaborar um procedimento interno relativo à partilha de senhas de acesso a plataformas externas que atribuem apenas um acesso por instituição.

Mantem-se a recomendação para a atualização dos manuais de procedimentos dos Serviços envolvidos, visto ser um dos instrumentos de trabalho com as linhas orientadoras necessárias para a prevenção da ocorrência de riscos.

Propõe-se que seja criado um *link*, na página *web* da ULSCB, destinado a receber sugestões sobre a temática da prevenção da corrupção.

8. Considerações finais

A gestão de risco da instituição deve ser um processo com a participação de todas, contínuo e em constante evolução, em linha com a estratégia da ULSCB. O Serviço de Auditoria Interna agradece a participação de todos os intervenientes neste processo de monitorização do PPRG.

O PPRG é um instrumento fulcral para a gestão de risco, sendo um utensílio de qualidade e integridade do sistema de controlo interno da ULSCB. Como tal, deve ser entendido como um instrumento de gestão dinâmico permanente que se encontra sujeito a um aperfeiçoamento contínuo.

Acresce que o plano deve ser *“revisto a cada três anos ou sempre que se opere uma alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica ou societária da entidade que justifique a revisão”* (artigo 6.º, n.º 5, do RGPC), mormente sempre que se verifique que os riscos/controles não estão devidamente avaliados e sempre que sejam identificadas oportunidades de melhoria.

Assim, com a aprovação do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção (RGPC), e, também, do novo diploma que contém os Estatutos das ULS, ou seja, o Decreto-Lei

n.º 52/2022, de 4 de agosto (Estatuto do SNS), será necessário promover a atualização do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas.

9. Reporte

Nos termos do n.º 14 do artigo 86º, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e do n.º 7 do artigo 6.º, do RGPC, aprovado em anexo ao Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro, o presente relatório anual depois de aprovado deve ser enviado e divulgado para:

- Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC);
- Órgãos de superintendência, tutela e controlo (MS, ACSS, IGAS, DGTF e IGF);
- Divulgação na *Internet* e *Intranet* da ULSCB.

A publicitação através da *Internet* e *Intranet* da ULSCB e a comunicação às entidades/ órgãos referidos, devem ser feitos no prazo de 10 dias contados desde a elaboração do presente relatório, nos termos n.ºs 6 e 7 do artigo 6.º do RGPC.

Castelo Branco, 23 de abril de 2025

pel' O Serviço de Auditoria Interna
Ricardo Manuel Silva Farias