Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERCALAR / 2025

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão,

incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

ULSCB, EPE
Reunião de CA em 21/10/2025

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. Júlio Almeida Ramos
Vogal Executiva CA

Prof. Doutora Sandra Sofia Azinheira Morais Lourenço Manso
Vogal Executivo CA - Enfermeiro Diretor

João Carlos Lourenço Nunes, Doutor

ÍNDICE

Índice de quadros

Índice de gráficos

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

GJC - Gabinete Jurídico e de Contencioso

IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

IGF - Inspeção-Geral de Finanças

MENAC - Mecanismo Nacional Anticorrupção

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

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

RHV - Recursos Humanos e Vencimentos

RNU - Registo Nacional de Utentes

SAI - Serviço de Auditoria Interna

SCL - Serviço de Compras e Logística

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

SIC - Serviço de Informática e de Comunicações

SIE - Serviço de Instalações e Equipamentos

SNS - Serviço Nacional 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.

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 no dia 29 de Julho de 2021.

O presente relatório de avaliação intercalar surge na sequência da entrada em vigor do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de Dezembro [diploma que também criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC)], que no seu artigo 6.º, nº 4, alínea a), estatui que a execução do Plano de Prevenção de Riscos está sujeita a controlo, nomeadamente, através da *"elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo"*.

Deste modo, tendo como objetivo avaliar a execução das medidas de melhoria (preventivas/correctivas) referentes aos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas das áreas de atividade do PPRG da ULSCB, no caso, as situações cujo risco inerente, em função da probabilidade de ocorrência e do impacto, foi avaliado como **"alto"**, o Serviço de Auditoria Interna (SAI) elaborou o presente relatório de avaliação intercalar, relativo ao ano de 2025, contando com a participação dos responsáveis de todas as áreas envolvidas, em conformidade com o disposto no artigo 86.º, Decreto-Lei n.º52/2022, de 4 de Agosto, diploma que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e inclui os Estatutos das Unidades Locais de Saúde (ULS), e com o artigo 6.º, n.º 4, alínea a) do RGPC.

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 e o Relatório de Avaliação Intercalar, 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, nas situações cujo risco inerente foi avaliado como **"alto"**, nos domínios de **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, ficando de fora, nesta avaliação, os **riscos comuns à ULSCB**, na medida em que, neste domínio, não foi feita a graduação dos mesmos.

A metodologia adotada para a realização do Relatório de Avaliação Intercalar de 2025 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 e graduados como **"alto"**, no referido plano, assim como identificar as necessidades da sua atualização, correspondente ao período de 2025;

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

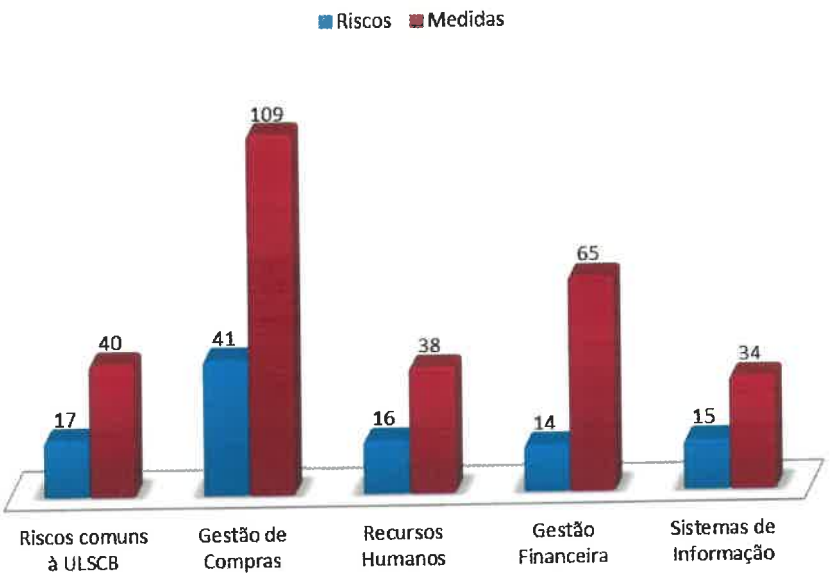
Grau de colaboração - Registou-se a colaboração de todos os responsáveis inquiridos.

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.

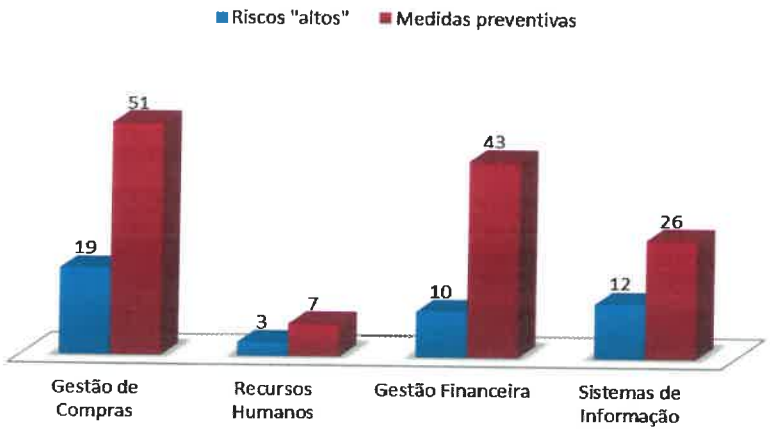
No cômputo geral, o PPRG identificou 103 riscos, a que corresponderam 286 medidas preventivas e mitigadoras dos mesmos, distribuindo-se pelas áreas/ domínios identificados, conforme o gráfico seguinte.

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



Em termos dos riscos graduados como **"alto"**, o PPRG apresenta 44 riscos, a que correspondem 127 medidas preventivas/ corretivas, distribuídos pelas áreas de Gestão de Compras, Recursos Humanos, Gestão Financeira e Sistemas de Informação.

Gráfico II - Riscos "altos" e medidas preventivas do Plano, por área



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

No presente capítulo procede-se à avaliação e identificação, por áreas, dos riscos identificados como risco inerente **"alto"** 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.

Esta avaliação é intercalar e é feita em relação ao período temporal de 2025, tendo como base possíveis alterações ao que foi apresentado no Relatório de Execução do Plano relativo ao ano de 2024, contando com a informação disponibilizada pelos Responsáveis dos Serviços, solicitada via *email*.

A informação será apresentada em tabelas, por áreas, com a identificação dos riscos, das medidas preventivas, do grau de execução das mesmas e com as observações feitas pelos responsáveis dos serviços. Cada tabela é precedida de um quadro com a indicação do número de riscos **"altos"**, do número de medidas por grau de execução e dos responsáveis pela aplicação das medidas em cada área.

Da avaliação excluem-se os riscos elencados na área de "Riscos comuns à ULSCB", uma vez que os mesmos não se encontram graduados como os das restantes quatro áreas a apresentar.

3.1. Gestão de Compras

No âmbito da Gestão de Compras foram identificados 19 riscos **"altos"** e correspondentes 51 medidas preventivas.

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

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Risco inerente "alto"	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		
			Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
	19	51	49	2	0
Conselho de Administração	4	12	11	1	0
G. Jurídico e de Contencioso	3	7	7	0	0
S. Compras e Logística	17	49	47	2	0
S. Gestão Financeira	4	11	10	1	0
S. Instalações e Equipamentos	7	21	20	1	0

GESTÃO DE COMPRAS

Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Responsabilidade	Grau de Execução	Observações
• Responsabilidades dos interventores no processo de aquisição de bens e serviços não estão claramente definidas	• 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.	SCL	Implementadas	O regulamento interno do serviço ainda carece de atualização.
• Inexistência ou deficiência na verificação e certificação dos procedimentos pré-contratuais	• Verificação dos procedimentos pré-contratuais; • Parecer de conformidade legal e administrativa.	SCL e GJC	Implementadas	
• Inexistência de critérios na escolha do processo	• Procedimento com critérios de escolha de processo; • Parecer de conformidade legal e administrativa.	SCL e GJC	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 aplicação; • Procedimento com a definição das condições da adoção do ajuste direto; • Promover a concorrência através da consulta a mais do que um concorrente.	SCL e CA	Implementada Implementada parcialmente Implementada Implementada	A aplicação atual de logística não permite a predefinição dos limites de compras por 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.	SCL e GJC	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.	SCL	Implementadas	
• Critérios subjetivos na avaliação das propostas	• Critérios de avaliação das propostas objetivos, baseados em dados quantificáveis e comparáveis.	SCL e CA	Implementadas	

GESTÃO DE COMPRAS				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de Execução**	**Observações**
	• 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.			
• 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.	CA	Implementada	
• Clausulado do contrato não rigoroso, ambíguo, pouco claro, com lacunas ou omissões que possam implicar o agravamento dos custos contratuais ou o adiamento dos prazos de execução	• Verificação da adequação do clausulado; • Existência de parecer jurídico de conformidade legal e administrativa. • Verificação do clausulado face ao caderno de encargos.	SCL	Implementadas	
• Incumprimento dos requisitos legais, comprometendo a execução do contrato ou de alguma forma a sua não inclusão implique ónus para a ULSCB	• Verificação do conteúdo do contrato. • Parecer de conformidade legal.	SCL	Implementadas	
• Inobservância dos pressupostos legais previstos para a existência de "trabalhos complementares", nomeadamente: - Se os "trabalhos complementares" respeitam a "obras novas";	• 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	SIE e SCL	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 fiscalizadores.

GESTÃO DE COMPRAS				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de Execução**	**Observações**
- 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.	"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".			
• Controlo desadequado ou inexistente do cumprimento dos prazos relativamente à execução do contrato	• Acompanhamento regular do desempenho do contratante por profissionais que não tiveram intervenção no processo de contratação.	SIE	Implementada	Observância dos pressupostos legais (CCP). O SIE conta com apoio de entidades externas fiscalizadores em obras de maior envergadura.
• Deficiente acompanhamento e avaliação do desempenho do contratante de acordo com os níveis de quantidade e/ou qualidade estabelecidos no contrato e documentos anexos,	• Avaliação periódica dos bens e serviços adquiridos/obra executada efetuados por mais do que um profissional e 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.	SIE e SCL	Implementadas	Existência de normas para fazer face aos riscos identificados.

GESTÃO DE COMPRAS

Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Responsabilidade	Grau de Execução	Observações
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.	• Avaliação regular do desempenho dos fornecedores; • Monitorização dos custos adicionais.			
• Rotura, rotação reduzida ou excesso de *stocks*	• Revisão cíclica de níveis de *stock*; • Definir e rever regularmente o "ponto de encomenda".	SCL	Implementadas	
• Movimento de existências inadequado	• Inventários parciais ao longo do ano; • Registo das devoluções ao armazém; • Registo de entradas centralizado.	SCL	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 • Proceder de acordo com as normas instituídas no Regulamento de Funcionamento da Comissão de Abates e com as disposições legais.	SGF, SCL, SIE e CA	Implementadas	Existe Regulamento de Funcionamento da Comissão de Abates, revisto em 2013. Encontra-se nomeada uma Comissão do Património e Abate.
• Armazenagem e transferência de bens e equipamentos entre	• Definição de normas e procedimentos de circulação dos bens entre serviços, incluindo entradas e saídas em armazéns,	SCL, SIE e SGF	Implementadas	Existem medidas para fazer face aos riscos identificados.

GESTÃO DE COMPRAS				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de Execução**	**Observações**
serviços sem comunicação, e consequente incapacidade de definição da sua localização	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.			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.	SCL, SIE e SGF	Implementadas	Por norma, não há cedência de equipamentos.
• 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.	SCL, SIE e SGF	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 da existência e da correta alocação dos bens.

3.2. Recursos Humanos

No que concerne à área de Recursos Humanos, o PPRG identifica 3 riscos "**altos**" e prevê 7 medidas preventivas dos mesmos.

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

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Risco inerente "alto"	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		
			Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
	3	7	7	0	0
Conselho de Administração	2	4	4	0	0
Responsáveis dos Serviços	2	4	4	0	0
S. G. Recursos Humanos	3	7	7	0	0

RECURSOS HUMANOS				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de Execução**	**Observações**
• Horários e escalas não aprovados e/ou desatualizados	• Revisão de horários de trabalho; • Estabelecer data mensal para o envio pelos serviços, ao SGRH, dos horários/ escalas do mês, devidamente aprovados.	CA, SGRH e Responsáveis dos Serviços	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.	CA, SGRH e Responsáveis dos Serviços	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.	SGRH	Implementadas	

3.3. Gestão Financeira

No que se refere à área da Gestão Financeira, o PPRG identifica 10 riscos **"altos"** e prevê 43 medidas para os mitigar.

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

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Risco inerente "alto"	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		
			Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
	10	43	43	0	0
S. Compras e Logística	**1**	**6**	**6**	**0**	**0**
S. Gestão de Doentes	**5**	**20**	**20**	**0**	**0**
S. Gestão Financeira	**6**	**27**	**27**	**0**	**0**

GESTÃO FINANCEIRA

Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Responsabilidade	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.	SGF	Implementadas	As transações são todas registadas e conferidas, seja por integração entre sistemas, seja por registo manual. A conferência dos registos é feita, no mínimo, mensalmente, existindo registos que são conferidos diariamente (como a folha de caixa).
• 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.	SGF	Implementadas	Mensalmente é elaborado um plano de pagamentos com a indicação dos valores a pagar, por 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. Os processos de pagamento são autorizados pela assinatura conjunta de dois membros do CA e contêm 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.
• Faturação deficiente, nomeadamente:	• Respeitar os prazos legalmente estabelecidos. • Verificar quais os serviços prestados e compará-los com a	SGF	Implementadas	A faturação emitida vai ao encontro dos registos existentes

GESTÃO FINANCEIRA				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
- Atraso na emissão da faturação; - Faturação de serviços não prestados; - Não faturação de serviços prestados.	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.			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.). Os prazos são respeitados, embora estejam dependentes da ACSS/SPMS (no caso do contrato-programa) e da codificação de GDH. Periodicamente são verificados os registos da 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 feita sempre que possível, embora exista um maior foco ao nível das seguradoras. Em relação a entidades do SNS, trimestralmente é efetuada uma

GESTÃO FINANCEIRA				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
				análise no âmbito do programa *clearing house*. Ao nível das taxas moderadoras, utiliza-se a plataforma SITAM.
• Sistema de cobrança ineficiente. Incobrabilidade 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.	SGF	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 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.	SGF	Implementadas	A circularização de contas é feita com alguma regularidade, 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.
• 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.	SGD	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

GESTÃO FINANCEIRA				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
				restringiu a um único serviço (Urgência Geral) e, por consequência, a um menor número de colaboradores, as situações em que essa cobrança é devida.
• 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.	SGD	Implementadas	As taxas moderadoras são recebidas em vários serviços da ULSCB e entregues diariamente na tesouraria onde são conferidos pelo tesoureiro e por um colaborador do SGD. As taxas arrecadadas dos centros de saúde fora de Castelo Branco são depositadas diretamente no IGCP.
• 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.	SGD	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/despensas.	SGD e SGF	Implementadas	As taxas moderadoras anuladas pelo SGD, 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. Em caso de

GESTÃO FINANCEIRA				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
				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 convencionados, 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.	SGD e SCL	Implementadas	

3.4. Sistemas de Informação

Relativamente à área dos Sistemas de Informação, o PPRG identifica 12 riscos "**altos**", a que faz corresponder 26 medidas preventivas para os mitigar.

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

Responsabilidade da aplicação das medidas (isolada ou partilhada)	Risco inerente "alto"	Medidas preventivas			
		Total	Grau de execução		
			Implementadas	Implementadas parcialmente	Não implementadas
	12	26	6	19	1
Responsáveis dos Serviços	**3**	**4**	**1**	**3**	**3**
S. Instalações e Equipamentos	**1**	**5**	**0**	**5**	**0**
S. Informação e Comunicações	**12**	**26**	**6**	**19**	**1**

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Identificação dos riscos	Medidas preventivas	Responsabilidade	Grau de execução	Observações
• Desadequada gestão do parque informático (*hardware*) e *software*, 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.	SIC	Implementadas	
• Segurança dos acessos aos sistemas informáticos	• Definição de critérios para a criação de *passwords* seguras, tais como número mínimo de caracteres, uso de caracteres especiais, etc.; • Alteração periódica das senhas de acesso; • Não deve ser permitido repetir uma *password* já utilizada anteriormente na mudança da mesma.	SIC	Implementadas parcialmente	Ainda há a necessidade de *software* de monitorização específico (de que ainda não se dispõe), mas foi aprovado um documento de política de *passwords*.
• 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.	SIC	Implementadas parcialmente	Têm-se *softwares* que estão em conformidade, mas ainda sem documentação de cada um deles. Está a ser revista a documentação oficial sobre o sigilo e RGPD.
• 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.	SIC	Implementadas parcialmente	Os perfis são criados em ramos específicos da AD, apenas com acesso aquela informação. Ligação com o *software* 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.); • Inspeções físicas regulares (tanto dos equipamentos informáticos	SIC e SIE	Implementadas parcialmente	Não se tem forma de avaliar o acesso, mas controla-se o que cada perfil acede. Existem inspeções físicas regulares às UPS (por parte do SIE) e a alguns equipamentos informáticos (por parte do Serviço de Informática),

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
	como das UPS, etc.); • Testes periódicos dos *backups* efetuados.			com alguns relatórios das visitas elaborados. Ainda não se efetuaram testes periódicos aos *backups*, embora já se tenha reposto alguma informação dos mesmos com sucesso. Está-se a desenvolver um procedimento para a gestão dos *backups*.
• 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 *logs*;	SIC e Responsáveis dos Serviços	Implementadas parcialmente	Não se dispõe de *software* para criação e verificação dos *logs* das ações. Em relação ao Sonho, a SPMS indica que guarda os *logs* dos acessos. 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 *passwords*, onde se avisa sobre os perigos da partilha das mesmas.
• Ligação deficiente entre as aplicações	• Análise da informação de erro gerada pelas aplicações aquando da integração.	SIC e Responsáveis dos Serviços	Implementada	As integrações por HL7 registam os erros que são posteriormente avaliados pelos fornecedores.
• Contratualização inadequada	• Avaliação do desempenho do fornecedor do serviço;	SIC	Implementadas	Existem SLAs nos contratos, mas

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO				
Identificação dos riscos	**Medidas preventivas**	**Responsabilidade**	**Grau de execução**	**Observações**
de serviços de assistência técnica	• Criação de métricas para a avaliação.		parcialmente	apenas alguns fornecedores enviam relatórios de atividade. Está-se a desenvolver um procedimento para a gestão dos fornecedores, desde o início dos contratos de prestação, passando pela avaliação dos mesmos.
• Interrupção de serviços fornecidos pelos sistemas de informação	• Verificar os procedimentos de atuação em caso de falha dos sistemas de informação; • Criação dos procedimentos, caso não existam.	SIC e Responsáveis dos Serviços	Implementadas	Foram escritos procedimentos de vários serviços sobre a atuação em caso de falha dos sistemas de informação.
• Falhas de proteção contra *softwares* maliciosos	• Verificar se estão implementados controlos de deteção, prevenção e recuperação para proteger contra códigos maliciosos e *spyware* (por ex., utilização de anti-vírus atualizados, sistemas de IPS e IDS, etc.).	SIC	Implementada	Há sistemas antivírus e geridos centralmente, *firewall* e *software* SCCM para o efeito.
• Falhas nos *backups*	• Obter evidência da realização periódica de *backups* de segurança e as *tapes* são guardadas em local distinto, designando para o efeito pessoa com qualificação técnica adequada do serviço de informática; • Verificação da consistência e conformidade dos *backups* existentes.	SIC	Implementadas parcialmente	Receberam-se relatórios da empresa que efetua os *backups offsite*, mas não são efetuados testes de consistência e conformidade dos mesmos.
• Retirada indevida de dados	• Prevenir que os dados saiam dos sistemas informáticos para fora da instituição, seja em dispositivos móveis, *emails*, etc.).	SIC	Não implementada	Não se tem forma de rastrear os dispositivos ligados aos computadores nem o acesso aos *emails*.

Análise Global

De seguida são apresentadas as principais observações e recomendações com o intuito de apoiar os Serviços e o Conselho de Administração no desenvolvimento do processo de execução do PPRG.

4. Grau de execução das medidas preventivas relativas a situações identificadas de risco "alto"

Em relação às medidas preventivas específicas dos riscos graduados como "**alto**", que totalizam 127 medidas correspondentes a 44 riscos "**altos**", nas quatro áreas de riscos identificadas (sem contabilizar os riscos comuns à ULSCB).

Quadro V - Riscos inerentes graduados como "alto"

Áreas	Total no Plano		Total com risco inerente "alto"	
	Riscos	Medidas preventivas	Riscos	Medidas preventivas
Gestão de Compras	**41**	**109**	**19**	**51**
Recursos Humanos	**16**	**38**	**3**	**7**
Gestão Financeira	**14**	**65**	**10**	**43**
Sistemas de Informação	**15**	**34**	**12**	**26**
Total	86	246	44	127

Como se pode verificar no quadro acima, as áreas de Sistemas de Informação e Gestão Financeira foram as que apresentaram a maior percentagem de riscos graduados como "**alto**" em relação ao total de riscos identificados, com 80,0% (12 de um total de 15) e 71,4% (10 de um total de 14), respetivamente.

Com percentagens inferiores, na área de Gestão de Compras, verificou-se que cerca de metade dos riscos identificados são graduados como "**alto**" (46,3%/ 19 riscos), e na de Recursos Humanos, os riscos graduados como "**alto**" configuraram 18,8% do total de riscos identificados (três de um total de 16 riscos).

À data da elaboração do presente Relatório de Avaliação Intercalar, verificou-se uma evolução positiva no grau de execução das medidas preventivas relativas aos riscos em análise, tendo-se verificado uma ligeira alteração ao nível da Gestão de Compras, mantendo-se a demais informação relativa às restantes áreas de risco inalterada.

Quadro VI - Grau de execução das medidas relativas aos riscos inerentes graduados como "alto", no ano de 2025 (intercalar)

Área de risco	Risco inerente "alto"	Medidas preventivas						
		Total	Grau de execução					
			Implementadas	%	Implementadas parcialmente	%	Não implementadas	%
Gestão de Compras	19	51	49	96,1%	2	3,9%	0	0,0%
Recursos Humanos	3	7	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gestão Financeira	10	43	43	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sistemas de Informação	12	26	6	23,1%	19	73,1%	1	3,8%
Total	44	127	105	82,7%	21	16,5%	1	0,8%

Neste sentido, de acordo com o quadro acima, verificou-se que, no âmbito das medidas relativas aos riscos inerentes graduados como **"alto"**, nas áreas de Recursos Humanos e de Gestão Financeira, as mesmas se encontravam todas implementadas.

Ainda com um elevado grau de execução identificou-se a área de Gestão de Compras, com 49 das 51 medidas implementadas (96,1%), sendo que, as restantes duas medidas estavam implementadas parcialmente. Nesta área, face ao Relatório intercalar de Avaliação de 2024, passou-se de 48 para 49 medidas implementadas, e, logo, de três para duas medidas implementadas parcialmente.

Já no que se refere à área de Sistemas de Informação, menciona-se o início de alguns procedimentos, já mencionados atrás nas observações na tabela do ponto 3.4. deste Relatório, mantendo-se o grau de execução das medidas preventivas inalterado face à avaliação anterior.

Em termos gerais, verificou-se que 99,2% das medidas relativas aos riscos **"altos"** se encontram implementadas ou parcialmente implementadas, salientando que estas últimas significam 16,5% do total. Ainda assim, verificou-se que o grau de execução evoluiu positivamente, demonstrando-se um nível adequado de controlo interno neste âmbito.

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 denunciantes de infracções, de um canal de denúncias, acedível através do sítio de *Internet* da ULSCB, em https://ulscb.denuncias.info/#/.

6. Conclusões

Da monitorização efetuada ao PPRG, nomeadamente às medidas preventivas e de controlo relativas a riscos graduados como **"alto"**, é possível concluir que uma grande parte das mesmas 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 continuar a implementar as medidas e orientações no âmbito da Cibersegurança ou Segurança do Ciberespaço, conforme a Lei n.º 46/2018, de 13 de Agosto, o Decreto-Lei n.º 65/2021, de 30 de Julho, o Regulamento n.º 183/2022 e a 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.

Mantém-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 pagina *web* da ULSCB, destinado a receber sugestões sobre a temática da prevenção da corrupção.

Implementar um programa anual de formação e sensibilização para dirigentes e trabalhadores, sobre prevenção da corrupção e infrações conexas, em conformidade com os pressupostos constantes do Guia n.º 1/2023, do MENAC e em cumprimento do artigo 9.º do Regime Geral de 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.

A recente legislação deu grande importância ao controlo da execução do Plano, acrescentando ao já obrigatório relatório de execução/avaliação anual, a elaboração de um relatório de avaliação intercalar, que aqui se apresenta.

O Plano de Prevenção de Riscos 2021-2025 encontra-se, no momento da elaboração deste Relatório, em revisão, em cumprimento das normas legais e recomendações das entidades de tutela e inspeção.

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 Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado em anexo pelo Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de Dezembro, o presente relatório de avaliação intercalar, depois de aprovado pelo CA, 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, 29 de Outubro de 2025

Maria de Lurdes Teixeira - Auditora Interna

Assinado por: **Maria de Lurdes Teixeira Pires Mota**
Num. de Identificação: 04483052
Data: 2025.10.29 14:54:43+00'00'