

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Serviço de Auditoria Interna

Índice

1. Nota Introdutória	2
2. Missão, Visão e Valores	3
3. Estrutura Orgânica.....	6
4. Metodologia	10
5. Clarificação da Estrutura e Responsabilidades pela Execução do Plano	13
6. Sistema de Controlo Interno e Prevenção de Riscos	15
7. Conflito de Interesses.....	17
8. Matrizes de Risco.....	21
9. Revisão e Publicação	39
10. Compromisso Contínuo.....	39

Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios de Graduação do Risco	11
Quadro 2 – Nível de Risco.....	11
Quadro 3 – Matriz de Conflito de Interesses	20
Quadro 4 – Departamento de Ensino e Formação (DEFI)	22
Quadro 5 – Direção de Compras (DC)	23
Quadro 6 – Direção de Conferência de Faturação (DCF)	24
Quadro 7 – Direção de Experiência do Cliente (DEC).....	25
Quadro 8 – Direção de Experiência do Cliente (DEC) – Continuação	26
Quadro 9 – Direção de Experiência do Cliente (DEC) – Continuação	27
Quadro 10 – Direção de Gestão de Clientes (DGC)	28
Quadro 11 – Direção de Gestão Financeira (DGF)	29
Quadro 12 – Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência (DITIC)	30
Quadro 13 – Direção de Inovação e Projetos (DIP).....	31
Quadro 14 – Direção de Instalações e Equipamento (DIE)	32
Quadro 15 – Direção de Logística (DL)	33
Quadro 16 – Direção de Logística (DL) - Continuação.....	34
Quadro 17 – Direção de Marketing e Comunicação (DMC).....	34
Quadro 18 – Direção de Operações e Ambiente (DOA).....	35
Quadro 19 – Direção de Pessoas e Bem-estar (DPBE)	36
Quadro 20 – Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (DPCG)	37
Quadro 21 – Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão (DSIAD).....	38

1. Nota Introdutória

A Unidade Local de Saúde Santo António (ULS Santo António), E.P.E., é uma pessoa coletiva de direito público, com natureza de entidade pública empresarial que integra a administração indireta do Estado.

A ULS Santo António foi criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à reestruturação de algumas entidades públicas empresariais, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e à adoção do modelo de organização e funcionamento de unidades locais de saúde (ULS). De entre estas entidades, o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. integrou os Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II — Gondomar e do Grande Porto V — Porto Ocidental, constituindo atualmente a Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., desde 1 de janeiro de 2024.

A Unidade Local de Saúde Santo António (ULS Santo António), E.P.E., rege-se pelos seus estatutos, constantes do capítulo IV do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, aprovado pelo Decreto-lei nº 133/2013, de 3 de outubro, pela legislação e boas práticas associadas ao setor saúde, e ainda pelos regulamentos, procedimentos e demais normas e orientações internas.

O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) e cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC).

O Regime Geral de Prevenção da Corrupção determina que as entidades abrangidas adotem e implementem um programa de cumprimento normativo, composto por, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, um código de ética e de conduta, um plano de formação e um canal de denúncias, com vista a prevenirem, detetarem e sancionarem atos de corrupção e infrações conexas que sejam levados a cabo contra ou através da entidade.

A ULS Santo António enquanto entidade abrangida pelo RGPC, implementa o programa de cumprimento normativo, no qual se inclui o Plano de Prevenção de Corrupção e infrações Conexas, e reconhece a importância de adotar uma abordagem ativa na

prevenção da corrupção e das infrações conexas, promovendo a integridade, transparência e eficiência em todas as suas atividades.

Este Plano de Prevenção de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) foi elaborado em conformidade com o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e restante legislação aplicável que visa reforçar os mecanismos de controlo e promover uma cultura organizacional de ética e boas práticas.

De entre essa legislação realçamos a importância da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciantes de infrações e que transpõe a Diretiva Europeia relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União e ainda as Recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção (CPC) e orientações do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), designadamente o Guia Nº1/2023.

O PPR, além de atender às exigências legais vigentes tem como objetivo estabelecer e reforçar as medidas necessárias para prevenir e mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas na ULS Santo António e consolidar o compromisso da Instituição com a transparência, a ética e a confiança dos seus colaboradores e utentes.

2. Missão, Visão e Valores

A Missão, Visão e Valores são declarações essenciais que definem a identidade e os objetivos da ULS Santo António.

A Missão descreve o propósito e a razão de ser da instituição, a Visão delinea a aspiração e o futuro desejado, e os Valores representam os princípios e comportamentos éticos que orientam a conduta da Instituição. Esses elementos funcionam como pilares que guiam decisões e ações, alinhando todos os colaboradores em torno de um propósito comum para a promover a excelência na prestação de cuidados de saúde.

Missão:

Como transmite o Código de Ética e de Conduta, a ULS SANTO ANTÓNIO assume *“uma missão de serviço público exigente, complexa e heterogénea, que contempla o acompanhamento de todo o ciclo de vida dos utentes – quer através da prestação de cuidados de saúde primários, quer por força da prestação de cuidados de saúde diferenciados, nas doenças prevalentes e em patologias complexas –, incorporando o ensino pré e pós-graduado, a formação contínua, a investigação científica e a inovação em saúde no dia-a-dia da atividade assistencial.”*.

A ULS Santo António acolhe uma missão de amplo espectro, exigente, complexa, heterogénea, que vai desde a promoção de hábitos de vida e literacia dirigidas a cidadãos saudáveis, às práticas técnico-científicas de ponta em doenças complexas, passando pela prevenção e tratamento das doenças prevalentes na comunidade ou patologias raras e ainda integra o trabalho clínico com o ensino, a investigação, a formação, o desenvolvimento humano e a transferência de conhecimento.

A ULS presta assistência às populações da área de influência primária dos ACeS, das regiões consignadas nas redes de referência hospitalar e nos centros de referência de doenças raras ou complexas, salvaguardando o livre Acesso, a circulação racional de cidadãos no sistema nacional de saúde e a continuidade de cuidados, assente na pluralidade de saberes e na eficiência de sistemas de informação e comunicação.

Visão:

A ULS Santo António aspira consolidar-se como um centro de inovação, reconhecido pelas autoridades de saúde e pela sociedade, desenvolvendo-se de acordo com modelos dinâmicos, criativos, competitivos e comprometidos com princípios de sustentabilidade, saúde global (humana, animal e ambiental), assentes em integridade e transparência, afirmação da cidadania, culminando em benefícios para as pessoas (utentes,

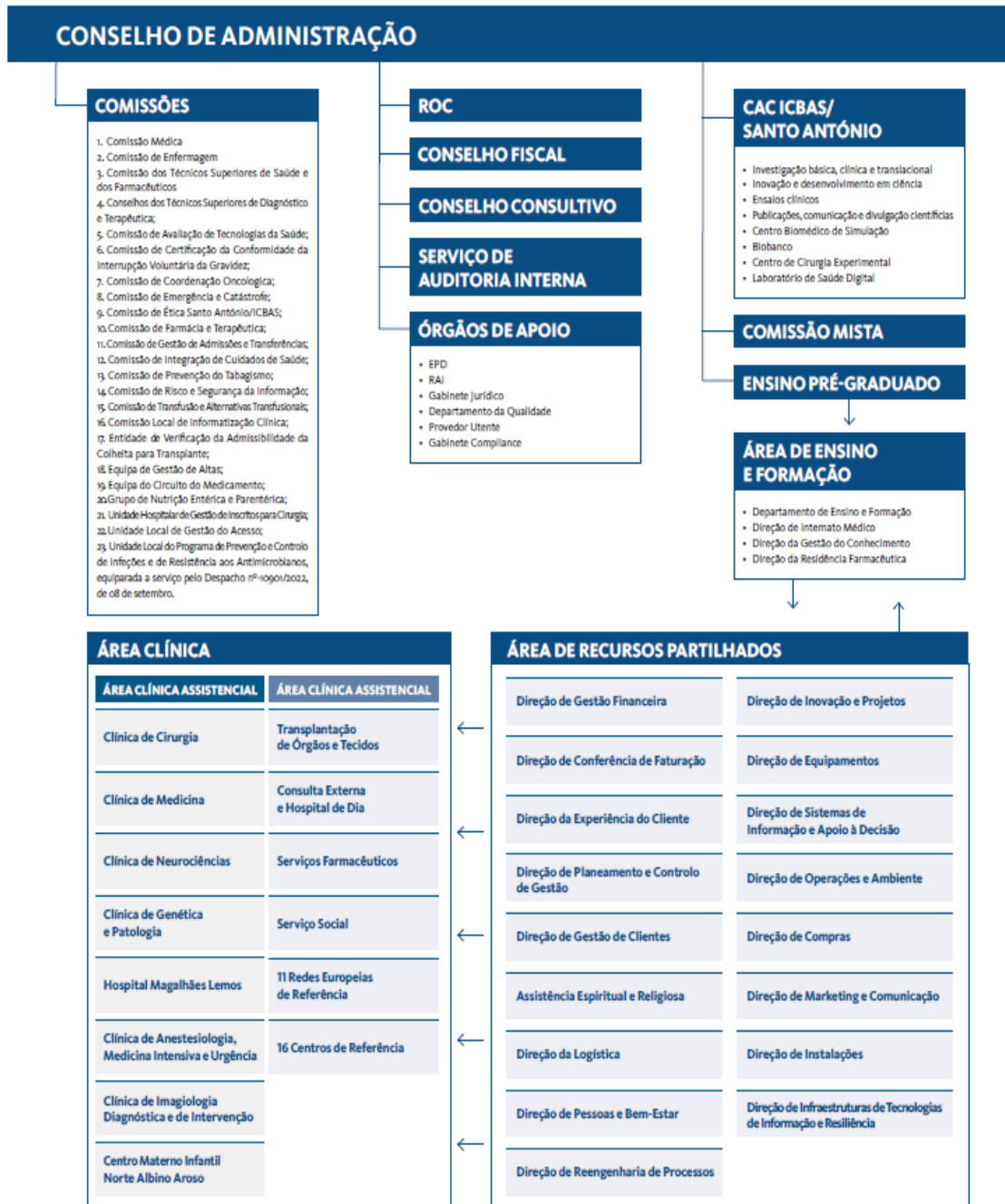
trabalhadores e as suas famílias), em compromisso solidário com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Valores:

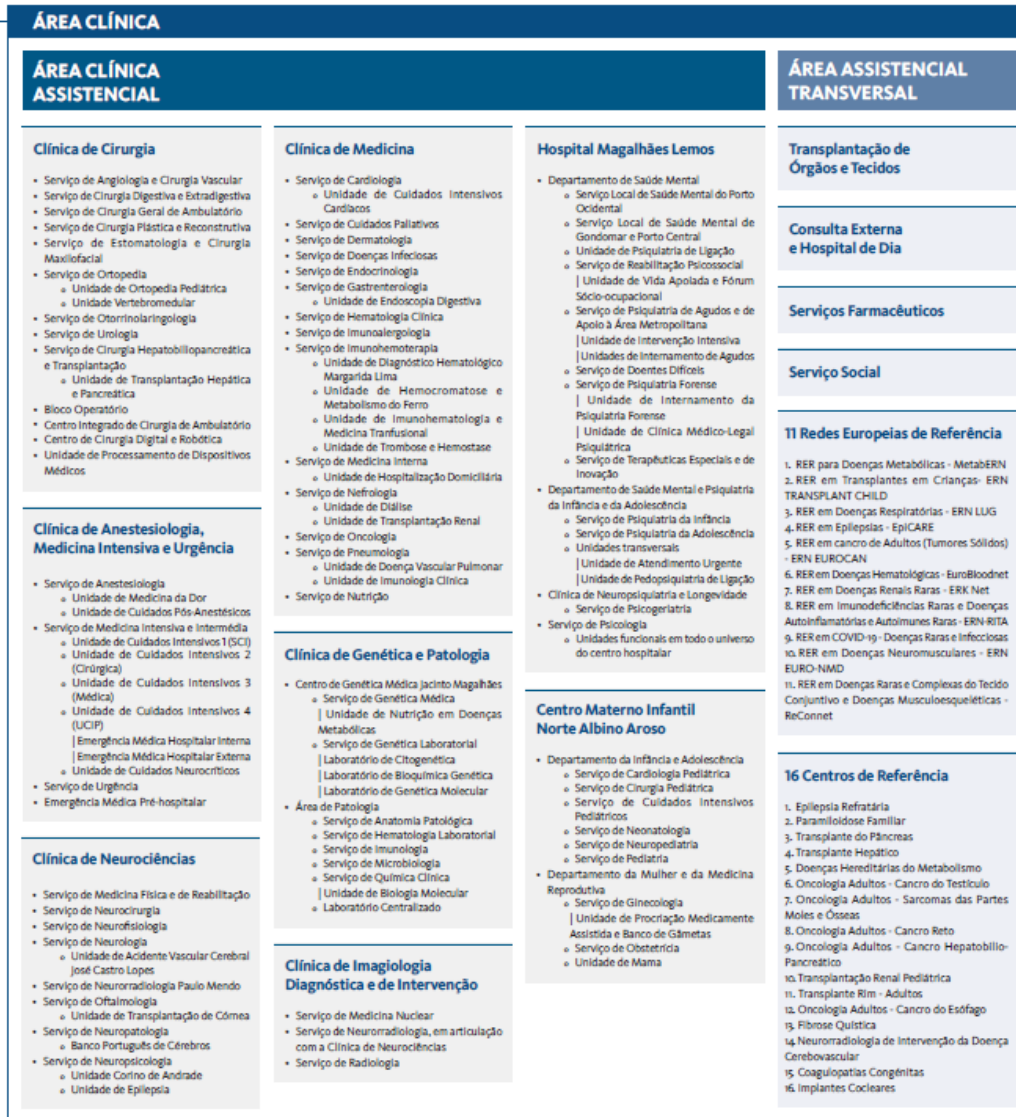
Como referido no Código de Ética e Conduta, *com vista à prossecução de uma missão de serviço público tão exigente, complexa e heterogénea, a ULS de Santo António assume como valores fundamentais, a respeitar por si e por todas as pessoas envolvidas:*

- a) Empatia e inclusão – No respeito pela diversidade do outro e pela vulnerabilidade humana;*
- b) Integridade – que convoca o escrupuloso cumprimento normativo, a honestidade, o repúdio de práticas de corrupção e infrações conexas, em todas as suas formas, e a construção de relações de confiança;*
- c) Compromisso – apelando ao sentido de serviço público, à responsabilidade individual e coletiva no exercício de funções e à convergência com o propósito e os objetivos institucionais;*
- d) Interdisciplinaridade – exigida pela complexidade da missão institucional, que demanda uma abordagem integrada e colaborativa;*
- e) Qualidade – com foco em processos eficientes, na sustentação técnica, na prestação de serviços de excelência percebida e reconhecida, na promoção da segurança e na minimização de riscos;*
- f) Proficiência e reconhecimento – Implicando o profissionalismo e a competência, o brio no aperfeiçoamento individual, uma sã e leal concorrência entre pares, o reconhecimento e a valorização do mérito.*

3. Estrutura Orgânica



CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Legenda:

- | CAC - Centro Académico Clínico
- | EPD – Encarregado da Proteção de Dados
- | ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- | RAI – Responsável do Acesso à Informação
- | ROC – Revisor Oficial de Contas.

Link para consulta do organograma:

[Organograma V10](#)

Pertencem ainda à estrutura orgânica os **Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II — Gondomar** e do **Grande Porto V — Porto Ocidental** (Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro).

A ULS Santo António possui uma estrutura organizacional robusta e diversificada desenhada para atender as necessidades de uma instituição de saúde de grande dimensão e abrangência.

Os Estatutos das unidades locais de saúde (ULS) - Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto - definem o modelo de governo da ULS Santo António que assegura a efetiva separação entre as funções de administração e as funções de fiscalização, sendo **órgãos da ULS Santo António** os seguintes:

- ✓ O conselho de administração
- ✓ O conselho fiscal, o revisor oficial de contas representado por sociedade de revisores oficiais de contas; e
- ✓ O conselho consultivo.

Diretamente ligadas ao CA, as **Comissões de Apoio Técnico**, e estruturas afins, têm caráter consultivo e/ou executivo, em graus variáveis, consoante a legislação específica aplicável.

Complementando essa estrutura, os **Órgãos de apoio** ao Conselho de Administração fornecem suporte estratégico e operacional em questões jurídicas, de conformidade e de qualidade, incluindo: A **Encarregada de Proteção de Dados**; a **Responsável pelo Acesso à Informação**; o **Gabinete Jurídico**; o **Departamento da Qualidade** e o **Gabinete de Compliance**.

O **Serviço de Auditoria Interna** é responsável por supervisionar e avaliar o sistema de controlo interno, tendo em vista a eficácia, eficiência, conformidade e a integridade dos processos, reportando diretamente ao conselho de administração.

A Instituição está dividida em áreas principais que cobrem os aspetos clínicos, assistenciais e de suporte.

A **Área Clínica** agrupa as várias Clínicas e serviços médicos especializados para a prestação de cuidados de saúde primários como para a prestação de cuidados de saúde diferenciados, nas doenças prevalentes e patologias complexas.

A **Área Assistencial Transversal** concentra a **Consulta Externa** e o **Hospital de Dia**; o **Serviço social**; os **Serviços Farmacêuticos** e a **Transplantação de Órgãos e Tecidos**.

As **11 Redes Europeias de Referência** e os **16 Centros de Referência** estão presentes na área assistencial transversal.

A **Área de Recursos Partilhados** é responsável pelos serviços que suportam o funcionamento contínuo e eficaz da Instituição, representada pela Direção de Compras, Direção de Conferência de Faturação, Direção de Experiência do Cliente, Direção de Gestão de Clientes, Direção de Gestão Financeira, Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e Ciber Resiliência, Direção de Inovação e Projetos, Direção de Instalações e Equipamentos, Direção de Logística, Direção de Marketing e Comunicação, Direção de Operações e Ambiente, Direção de Pessoas e Bem-estar, Direção de Planeamento e Controlo de Gestão e Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão.

Além das atividades assistenciais, a Instituição dedica-se à formação e ao desenvolvimento académico e científico. A **Área de Ensino e Formação** promove a formação contínua e o desenvolvimento profissional, enquanto a **Área de Investigação** estabelece uma ligação estratégica com o ICBAS, fomentando a inovação e a pesquisa científica por meio do **Centro Académico Clínico (CAC)**.

Esta estrutura integrada permite à ULS Santo António atender com excelência as necessidades de saúde da comunidade, mantendo um compromisso constante com a inovação, o ensino e a investigação científica.

4. Metodologia

4.1. Objetivo da Metodologia para o PPR

Esta metodologia define um processo estruturado para identificar, avaliar e mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas, promovendo uma abordagem sistemática para fortalecer a integridade nos processos institucionais.

4.2. Competência para a Elaboração das Matrizes

A competência e responsabilidade pela elaboração das matrizes de risco cabe aos *Responsáveis das diversas áreas Clínicas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades* que identificam os riscos específicos das suas operações, as medidas preventivas e corretivas e fazem a análise do nível de risco.

A Auditoria Interna fornece apoio técnico na criação das matrizes, orientando sobre os procedimentos, documentação dos riscos e as melhores práticas para garantir a integridade do processo.

4.3. Elaboração das Matrizes de Risco: Identificação dos Riscos, Medidas Preventivas e Análise do Nível de Risco.

O processo de levantamento de riscos decorre do exercício crítico de identificar as situações que potencialmente comportam riscos de integridade se as funções, operações ou atividades forem exercidas por pessoas menos competentes do ponto de vista da integridade.

Depois de identificados os riscos, propõem-se medidas preventivas e corretivas, realistas, inequívocas e exequíveis, tendentes a mitigar a ocorrência dos riscos identificados.

Uma vez identificados os riscos e as medidas preventivas e corretivas consideradas adequadas, procede-se à análise do nível de risco. Esta análise permite identificar, segundo critérios metodológicos com alguma objetividade, prioridades no processo de acompanhamento da execução das medidas previstas no plano.

Em linha com o RGPC, a metodologia de análise do risco decorre da conjugação do indicador *probabilidade de ocorrência* com o indicador *gravidade da consequência do risco*.

A matriz de análise de risco que adotamos é a seguinte:

Quadro 1 - Critérios de Graduação do Risco

<u>Probabilidade</u>	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e acções adicionais	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e acções adicionais essenciais
<u>Consequência</u>	Baixa	Média	Alta
Fatores de graduação	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos	Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão

Após a avaliação da **probabilidade** e **gravidade da consequência** de cada risco, é feita a classificação do nível de risco de acordo com a matriz seguinte:

Quadro 2 – Nível de Risco

<u>Probabilidade</u>	<u>Consequência</u>		
	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Muito Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Muito Fraco	Fraco	Moderado

4.4. Avaliação das Matrizes pela Auditoria Interna

Após a elaboração das matrizes, a auditoria interna avalia se a matriz de cada área contém todos os riscos relevantes que deve contemplar. Além disso, a auditoria verifica a adequação das medidas preventivas propostas e a consistência da avaliação feita pelas *Direções, Clínicas, Departamentos, Serviços e Unidades*.

Com base na sua análise, a auditoria interna pode propor ajustamentos ou recomendar medidas adicionais para reforçar a prevenção dos riscos identificados.

4.5. Implementação das Medidas de Controlo

Aos Responsáveis das diversas áreas *Clínicas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades* compete implementar as medidas de controlo nas suas áreas, garantindo a execução das ações necessárias para mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas identificados.

4.6. Controlo e Monitorização do Plano

A execução do PPR está sujeita a controlo que inclui a preparação de um relatório de avaliação intercalar nas situações de risco elevado ou muito elevado, elaborado no mês de outubro do ano a que respeita a sua execução. E em abril do ano seguinte a preparação do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação.

Nestes termos, os trabalhos de monitorização e avaliação devem ser executados segundo o calendário anual a divulgar, destinados à:

- a) Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

- a) Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, de relatório de avaliação anual.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete a avaliação do PPR de modo a aferir a sua eficácia e adequação com recomendações dirigidas às áreas que requerem melhoria.

Nestes termos, compete aos *Diretores/Administradores/Gestores dos Departamentos, Serviços, Direções e Unidades*, preparar e enviar ao Serviço de Auditoria Interna a informação necessária para avaliar:

- ⇒ O grau de implementação das medidas preventivas, a saber:
1. Implementada
 2. Em implementação com indicação da data de conclusão.
 3. Não implementada: indicando as razões da sua não implementação e calendarização.
- ⇒ A avaliação da eficácia das medidas implementadas.
- ⇒ A atualização de riscos e medidas preventivas e/ou corretivas
- ⇒ As evidências concretas da implementação de medidas.

5. Clarificação da Estrutura e Responsabilidades pela Execução do Plano

O PPR além de responder aos requisitos do Decreto-Lei n.º 109-E/2021 deverá atender à estrutura organizacional da Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E. constituída pelo Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, com efeito a 1 de janeiro de 2024.

Deste modo, o PPR está estruturado para abranger toda a Instituição, incluindo todas as *Áreas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades*, refletindo o compromisso da ULS Santo António com as normas de integridade e transparência.

No entanto, dada a atual extensão e complexidade da ULS Santo António, *que inclui desde 1 de janeiro os cuidados de saúde primários de Gondomar e Porto Ocidental nos termos Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, com efeito a 1 de janeiro de 2024*, o PPR está a ser desenvolvido de forma progressiva, com foco inicial na área dos recursos partilhados, responsável por serviços transversais essenciais para o funcionamento da instituição, como gestão financeira, logística, compras, recursos humanos, instalações e equipamentos e etc., e Departamento de Ensino e Formação (DEFI).

Em 2025, o PPR será estendido às áreas clínicas e, subseqüentemente, a outras direções e setores.

A abordagem por fases tem a vantagem de permitir adaptar as práticas de controlo interno à complexidade e especificidades das diversas áreas e reforçar que cada área adota as práticas de prevenção de riscos específicas e adequadas às suas funções e contextos operacionais.

Com essa abordagem faseada, garantimos que o PPR reflete tanto os requisitos legais quanto as necessidades específicas de cada área, promovendo de perto a cultura de integridade.

Os responsáveis pela execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) são:

O CA, que através da sua deliberação 7572-2024, de 10 de outubro, assumiu o cumprimento normativo no âmbito do Regime Geral da Prevenção da Corrupção nomeando um grupo de trabalho, constituído pela Responsável do Gabinete de *Compliance*, que coordena; a Auditora Interna e a Diretora do Departamento de Ensino e Formação.

O CA/Responsável pelo Cumprimento Normativo é o principal responsável pela execução do PPR, coordena as ações de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas de forma a garantir a conformidade com as exigências legais. O CA, enquanto órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno, compete-lhe, desde logo, assegurar a implementação e manutenção do PPR.

O Conselho de Administração/Responsável pelo cumprimento normativo assegura a aprovação e recursos para o PPR.

O *Serviço de Auditoria Interna* apoia na monitorização e avalia as medidas implementadas, através de auditorias de eficácia.

Os *Diretores/Administradores/Gestores dos Departamentos, Serviços, Direções e Unidades* executam as medidas preventivas nas suas áreas competindo-lhes:

- Assegurar a implementação e a eficácia das medidas preventivas adotadas.
- Verificar e garantir de forma permanente a execução das medidas previstas na matriz de risco e reportar irregularidades ou riscos que porventura se venham a verificar.
- Identificar novos eventos de risco, mantendo as matrizes atualizadas.

6. Sistema de Controlo Interno e Prevenção de Riscos

O sistema de controlo interno é uma estrutura essencial para assegurar a integridade, eficiência e conformidade das operações da instituição, cobrindo um amplo espectro de riscos, incluindo operacionais, financeiros, de conformidade e éticos, além de riscos específicos de corrupção e infrações conexas. Este sistema é composto por políticas, processos e práticas equacionados para promover uma gestão responsável e transparente, garantir que todas as atividades da Instituição estão em conformidade com as disposições legais e regulamentares, e que os recursos institucionais estão protegidos contra abusos, fraudes e irregularidades.

6.1.O Sistema de Controlo Interno tem como principais objetivos:

Assegurar a Conformidade com a Legislação e Normas Aplicáveis: garantir que todas as operações e processos estão alinhados com as disposições legais e regulamentares, abarcando normas financeiras, de segurança, ambientais e de conduta.

Promover a Eficiência e Eficácia Operacional: otimizar os recursos e assegurar que as operações institucionais são realizadas de forma eficiente, reduzindo desperdícios e minimizando riscos operacionais.

Proteger os Ativos da Instituição: proteger os recursos e ativos da instituição contra perdas, fraudes e abusos, através da implementação de mecanismos de controlo rigorosos e da segregação de funções.

Garantir a Fiabilidade da Informação: assegurar que as informações financeiras e operacionais são precisas, completas e confiáveis, facilitando a tomada de decisões e o reporte adequado às partes interessadas.

6.2. Responsabilidades pelo Sistema de Controlo Interno

A implementação e coordenação do sistema de controlo interno são da responsabilidade do Conselho de Administração, com a colaboração de todas as áreas e departamentos operacionais, que aplicam as políticas e procedimentos definidos no sistema.

A Auditoria Interna avalia o sistema de controlo interno, sendo responsável por realizar auditorias internas e emitir recomendações de melhorias e medidas corretivas que comunica ao conselho de administração através de recomendações nos relatórios de auditoria interna.

6.3. Medidas de Controlo Interno Implementadas para Prevenção de Corrupção e Infrações Conexas

Para mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas, o sistema de controlo interno inclui as seguintes medidas:

- ✓ Segregação de Funções: prática que divide tarefas e responsabilidades entre diferentes pessoas ou direções/departamentos/serviços para reduzir riscos de erros e irregularidades como fraude e abuso de poder. Esta medida garante que nenhuma pessoa detenha o controlo total sobre todas as fases de um processo, promovendo transparência e segurança nas operações da Instituição.
- ✓ Manual de Políticas e Procedimentos: atividades e rotinas institucionais documentadas e formalizadas, para garantir que os colaboradores compreendem as suas responsabilidades e assegurar a aplicação uniforme e rigorosa das normas.
- ✓ Código de Ética e de Conduta: este código orienta o comportamento dos colaboradores, promovendo uma cultura de ética e responsabilidade. Este código serve como uma referência para a prevenção de infrações e comportamentos inadequados, reforçando o compromisso da Instituição com a integridade e a transparência.
- ✓ Canal de Denúncias: o canal de denúncias confidencial e seguro, permite a comunicação de potenciais irregularidades nos termos da Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro. Este canal é essencial para a deteção precoce de situações de corrupção e infrações conexas.
- ✓ Regulamento de comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações.
- ✓ Monitorização de Áreas de Risco Elevado: as áreas de **compras, contratos**, gestão financeira e de **pessoas**, onde os riscos de conflitos de interesse, sobrefaturação e favorecimento indevido são mais prevalentes, deverão ser alvo de monitorização mais atenta.

7. Conflito de Interesses

Dada a importância do conflito de interesses como um risco transversal que afeta todas as áreas da Instituição, considerou-se adequado criar uma matriz específica para identificar, monitorizar e mitigar este tipo de risco e atender à necessidade de serem tomadas medidas para identificar e prevenir conflitos de interesses como dispõe o Decreto-Lei 109-E/2021 de 9 de dezembro.

Considera-se conflito de interesses - artigo 13.º do Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro, qualquer situação em que se possa, com razoabilidade, duvidar seriamente da imparcialidade da conduta ou decisão do membro do órgão de administração, dirigente ou trabalhador, nos termos dos artigos 69.º e 73.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, na sua redação atual.

1 - As entidades públicas abrangidas adotam medidas destinadas a assegurar a isenção e a imparcialidade dos membros dos respetivos órgãos de administração, seus dirigentes e trabalhadores e a prevenir situações de favorecimento, designadamente no âmbito do sistema de controlo interno previsto no artigo 15.º

2 - Os membros dos órgãos de administração, dirigentes e trabalhadores das entidades públicas abrangidas assinam uma declaração de inexistência de conflitos de interesses conforme modelo a definir por portaria dos membros Governo responsáveis pelas áreas da justiça e da Administração Pública, nos procedimentos em que intervenham respeitantes às seguintes matérias ou áreas de intervenção:

- a) Contratação pública;*
- b) Concessão de subsídios, subvenções ou benefícios;*
- c) Licenciamentos urbanísticos, ambientais, comerciais e industriais;*
- d) Procedimentos sancionatórios.*

3 - Os membros dos órgãos de administração, dirigentes e trabalhadores de entidades públicas abrangidas que se encontrem ou que razoavelmente prevejam vir a encontrar-se numa situação de conflito de interesses comunicam a situação ao superior hierárquico ou, na sua ausência, ao responsável pelo cumprimento normativo, que toma as medidas adequadas para evitar, sanar ou cessar o conflito.

5 – O órgão de administração ou dirigente da entidade pública abrangida faz cumprir o disposto nos números anteriores. (artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro).

Para os riscos de conflito de interesses identificados, atribui-se uma classificação de risco elevado, considerando uma probabilidade de ocorrência média e um impacto elevado.

Esta avaliação decorre da natureza do risco, que por dizer respeito à integridade pode comprometer seriamente a imagem e reputação de integridade da instituição, bem como a eficácia e desempenho da sua missão.

Quadro 3 – Matriz de Conflito de Interesses

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Exercício de funções, competências e delegação de competências.	Abuso de poder ou exercício indevido da autoridade delegada.	Média	Alta	Elevado	Delegações e subdelegações de competências atualizadas e divulgadas (site institucional e portal interno). Colegialidade nas decisões. Assegurar que todas as decisões são devidamente documentadas e justificadas. Atas revistas e assinadas por todos os membros do CA presentes. Ação fiscalizadora do Conselho fiscal e Revisor oficial de contas. Código de ética e de conduta. Declaração de Independência - os membros do CA abstêm-se de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (artigo 51.º do RUSPE). E envio às Entidades: CA, Conselho Fiscal, ROC e IGF com manutenção em arquivo e evidências do envio efetuado. Deveres de informação decorrentes do disposto no n.º 9, artigo 22.º do EGP e n.º 1, artigo 52.º RUSPE: os membros do CA declaram quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse. Declaração única de rendimentos, património, interesses, incompatibilidades e impedimentos apresentada por cada um dos membros do CA por via eletrónica à Entidade para a Transparência (artigo 22.º EGP, n.º 8 e artigo 13.º Lei 52/2019 de 31 de julho).
Profissionais de Saúde.	Não comunicação de benefícios recebidos de empresas e outras entidades externas que possam influenciar a prática clínica ou decisões institucionais.	Média	Alta	Elevado	Norma sobre ofertas, benefícios, compensações ou vantagens - Código de ética e de conduta - artigo 22.º, n.º 4. Implementar um sistema de comunicação interna para registar todos os benefícios recebidos. Promover a sensibilização e formação sobre a importância de comunicar benefícios ao INFARMED.
Interação com fornecedores e prestadores de serviços	Favorecimento de fornecedores ou prestadores de serviços com base em relações pessoais e familiares.	Média	Alta	Elevado	Declaração de conflitos de interesses para quem lida com fornecedores e prestadores de serviços. Exigir a abstenção formal em caso de conflito de interesses ou incompatibilidades. Comunicar todas as doações ao CA para avaliação e aprovação.
Ofertas ou benefícios.	Aceitação de ofertas ou benefícios de fornecedores.	Média	Alta	Elevado	Norma sobre relacionamento com fornecedores e outras entidades - Código de Ética e de Conduta - artigo 19.º. Norma sobre ofertas, benefícios, compensações ou vantagens - Código de Ética e de Conduta - artigo 22.º, n.º 1, 2 e 3.
Acumulação de funções	Acumulação de funções.	Média	Alta	Elevado	A acumulação de funções é precedida de pedido de autorização ou de comunicação e declaração de inexistência de conflito de interesses, consoante aplicável, dirigidos ao CA - Código de ética e de conduta - artigo 20.º.
Recrutamento e seleção de pessoal e avaliação de desempenho.	Favorecimento pessoal nos processos de contratação e avaliação.	Média	Alta	Elevado	Declaração de conflito de interesses dos membros do júri e participantes no processo antes do início do processo de seleção. Procedimentos transparentes; Critérios de avaliação objetivos; Composição do júri diversificada e independente. Conselhos de Coordenadores de Avaliação (CCA) representativos das diferentes categorias da classe profissional em avaliação.
Incompatibilidades no âmbito do Decreto-lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro.	Incompatibilidades de membros de comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores das áreas do medicamento e do dispositivo médico.	Média	Alta	Elevado	Subscrição e atualização anual das declarações de inexistência de incompatibilidades no âmbito do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, com a publicação no site Institucional.
Cadernos de encargos	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos. Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas. Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços. Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
	Renovação ou extensão de contratos sem análise, ou justificação.	Média	Alta	Elevado	Monitorização dos contratos quanto ao período de vigência, avaliação de qualidade, cláusulas dos contratos e comunicação de irregularidades (IMPIC). Promoção atempada da consulta ao mercado. Avaliação crítica dos contratos quanto ao seu âmbito, pertinência e avaliação de fornecedor.
Validação de serviços prestados e faturas.	Validação de faturas sem a devida confirmação de execução do serviço, gerando pagamentos indevidos.	Média	Alta	Elevado	Verificação e aprovação formal da boa execução do serviço para conferência pela Direção de Conferência de Faturação. Evidências documentais que sustentem a boa execução do serviço. Checklists específicos para verificação de cada tipo de serviço, garantindo que cada ponto do contrato foi cumprido. Verificações aleatórias e in loco, especialmente em contratos de maior valor.
Segurança da Informação.	Violação da confidencialidade. Proteção de dados e integridade. Acessos não autorizados.	Média	Alta	Elevado	Política de controlo de acessos. Data Protection Officer (DPO). Comunicação de incidentes ao CISO. Formação em segurança da informação e proteção de dados. Responsável pelo Acesso à Informação (RAI).

8. Matrizes de Risco

As matrizes de risco apresentadas neste plano representam uma ferramenta essencial na gestão dos riscos de corrupção e infrações conexas. Estas matrizes permitem identificar e classificar os principais riscos, orientando a implementação das ações preventivas e corretivas alinhadas com as necessidades de cada área, apoiando os Responsáveis na gestão de risco das suas áreas de atuação.

Cada matriz organiza os riscos segundo a probabilidade de ocorrência e a gravidade da consequência previsível e oferece uma base consistente para classificar as medidas concretas de mitigação por ordem de importância, a implementar em 2025.

Quadro 4 – Departamento de Ensino e Formação (DEFI)

Quadro 5 – Direção de Compras (DC)

Quadro 6 – Direção de Conferência de Faturação (DCF)

Quadro 7 – Direção de Experiência do Cliente (DEC)

Quadro 8 – Direção de Gestão de Clientes (DGC)

Quadro 9 – Direção de Gestão Financeira (DGF)

Quadro 10 – Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência (DITIC)

Quadro 11 – Direção de Inovação e Projetos (DIP)

Quadro 12 – Direção de Instalações e Equipamento (DIE)

Quadro 13 – Direção de Logística (DL)

Quadro 14 – Direção de Marketing e Comunicação (DMC)

Quadro 15 – Direção de Operações e Ambiente (DOA)

Quadro 16 – Direção de Pessoas e Bem-estar (DPBE)

Quadro 17 – Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (DPCG)

Quadro 18 – Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão (DSIA)

Quadro 4 – Departamento de Ensino e Formação (DEFI)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização do Departamento de Ensino e Formação.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 29.º do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
Faturação dos estudos.	Não faturação atempada da atividade de investigação por falta de informação.	Média	Média	Moderado	Organograma do Departamento. Inserção das memórias dos estudos na plataforma de gestão de investigação clínica com obrigatoriedade de validação pelos coordenadores de estudos relativamente a toda a atividade realizada, o que permitirá uma atitude proativa.
Acompanhamento da execução dos contratos financeiros dos estudos.	Procedimentos adicionais e atos não serem faturados.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Inserção das memórias dos estudos na plataforma de gestão de investigação clínica com obrigatoriedade de validação pelos coordenadores de estudos relativamente aos atos e procedimentos realizados.
Reembolso das despesas dos participantes.	Não faturar aos promotores todos os pagamentos já efetuados aos participantes.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Está em curso a implementação de um modelo de controlo de despesas mais eficiente e eficaz que gerará recursos para melhorar o tempo disponível para atividades de controlo.
	Efetuar pagamentos aos participantes que não correspondam às despesas efetivas.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Está em curso a implementação de um modelo de controlo de despesas mais eficiente e eficaz que gerará recursos para melhorar o tempo disponível para atividades de controlo.
Pagamento à equipa de investigação.	Efetuar o pagamento de montantes indevidos à equipa de investigação.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Verificação dos pagamentos versus Dados do Contrato Financeiro. Verificação das listagens enviadas pelo SGRH. Verificação mensal dos pagamentos efetuados às equipas de investigação através das listagens enviadas pelo SGRH. Todos os erros detetados foram reportados ao SGRH através de email para ser feita a correção.
Conservação da documentação.	Risco de deterioração dos documentos com origem em causa ambiental.	Média	Média	Moderado	Rotinas de limpeza periódicas dos locais de armazenamento dos documentos. Procedimentos para garantia da conservação de documentos contra sinistros naturais.
Conservação da documentação dos estudos.	Risco de perda de documentos pela sua dispersão na instituição.	Alta	Média	Elevado	Parte do arquivo dos estudos encerrados já está concentrada, mas ainda registamos dispersão.
Reporte da informação.	Perda da qualidade na informação financeira prestada aos Serviços sobre as respetivas contas.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Implementação de mecanismos de controlo interno pela área técnica e financeira do Gabinete de Gestão Financeira do DEFI.
Processamento mensal aos Bolseiros - Núcleo dos Bolseiros de Investigação.	Pagamento de montantes indevidos aos Bolseiros de Investigação.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Implementação de mecanismos de controlo interno pela área técnica e financeira do Gabinete de Gestão Financeira do DEFI.
Verificação dos documentos de despesa não nacionais.	Risco de incumprimento da legislação fiscal.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Implementação de mecanismos de controlo interno pela área técnica e financeira do Gabinete de Gestão Financeira do DEFI.
Segurança da Informação - Desempenho da função com a acessos a dados pessoais e a informação reservada.	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Implementação de mecanismos de controlo interno pela área técnica e financeira do Gabinete de Gestão Financeira do DEFI.
Gestão de Conhecimento.	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de retenção, disseminação e transparência de conhecimentos que conduzem a uma excessiva dependência, problemas de sucessão e ineficiências operacionais.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Adoção e divulgação das melhores práticas e conhecimentos.
Gestão de Conhecimento.	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de retenção, disseminação e transparência de conhecimentos que conduzem a uma excessiva dependência, problemas de sucessão e ineficiências operacionais.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica.
Gestão de Conhecimento.	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de retenção, disseminação e transparência de conhecimentos que conduzem a uma excessiva dependência, problemas de sucessão e ineficiências operacionais.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos.
	Risco da estrutura operacional (RH e materiais) estar desajustada face às necessidades, podendo refletir em falhas do controlo interno que possam conduzir a faturação subavaliada ou falhas de faturação.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Acompanhamento e supervisão adequada.
Atividade normal.	Omissões de irregularidades detetadas na análise.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Acompanhamento e supervisão adequada.
	Apropriação indevida de ativos e Informação/dados.	Baixa	Alta	Moderado	Acompanhamento e supervisão adequada.
	Ocultar ou alterar informação dos contratos, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro a análise.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Acompanhamento e supervisão adequada.
Faturação - Bilhética Grupos.	Falta de informação prestada pela Direção de Gestão de Clientes a instituições que pretendem documento para validar transferência bancária do montante relativo à visita orientada; bem como retorno da respetiva transferência ao Serviço de Património Cultural e Museu.	Baixa	Alta	Moderado	Acompanhamento e supervisão adequada.
Conservação e preservação de acervo documental: Publicações Periódicas (+700 títulos de Revistas e Jornais Científicos) adquiridas desde a criação da Biblioteca, em 1928.	Risco de deterioração dos documentos com origem em causa ambiental ou proveniente de canalização do Serviço de Estomatologia.	Baixa	Alta	Moderado	Acompanhamento e supervisão adequada.
Organização do Departamento de Ensino e Formação.	Comprometimento da integridade no exercício de funções.	Baixa	Média	Fraco	Divulgação de código de ética da ULSSA. Avaliação de potenciais riscos de conflito de interesses e de acumulação de funções. Participação em formações adequadas.

Quadro 5 – Direção de Compras (DC)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Compras.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º1, 1.1 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
					Organograma da Direção.
Aquisição dos bens, serviços e empreitadas.	Incorreta estimativa de necessidades.	Baixa	Média	Fraco	Envolver os serviços na avaliação das necessidades.
	Não submissão do procedimento à concorrência.	Baixa	Alta	Moderado	Diminuir os limites previstos na lei para abertura dos procedimentos à concorrência.
	Favorecimento de fornecedores.	Baixa	Alta	Moderado	Abertura dos procedimentos à concorrência.
	Fracionamento de despesa.	Baixa	Média	Fraco	Implementação de plano anual de compras.
	Não cumprimento de todas as obrigações legais na área da contratação pública.	Alta	Alta	Muito Elevado	Elaboração de manual de boas práticas na área da contratação pública.
	Abertura de procedimentos sem devida autorização.	Baixa	Média	Fraco	Elaboração de manual de boas práticas com cronograma.
	Aquisição de materiais não apropriados.	Baixa	Alta	Moderado	Envolver os serviços na definição das características dos bens e serviços, bem como nos elementos do júri.
	Inexistência de controlo sobre as garantias bancárias.	Alta	Baixa	Moderado	Elaboração de ficheiro com informação de todas as garantia bancárias entregues na ULS.
Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho das funções.	Baixa	Alta	Moderado	Assinatura de declaração de incompatibilidades por todos os profissionais da DC.	

Quadro 6 – Direção de Conferência de Faturação (DCF)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Conferência de Faturação.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º1, 1.16 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
	Comprometimento da integridade no exercício de funções.	Média	Média	Moderado	Avaliação de potenciais riscos de conflito de interesses. Sensibilização e formação dos profissionais para a temática da integridade e ética no exercício de funções públicas.
Validação dos documentos de despesa.	Registo de documentos de despesa sem a prévia validação da entrada dos bens ou da efetiva prestação dos serviços.	Baixa	Média	Fraco	Automatização do processo de registo de despesas, reduzindo ao máximo os procedimentos manuais de registo dos documentos de despesa. Segregação de funções.
	Validação de uma entrega de bens ou prestação de serviços por pessoa sem competência para esse efeito.	Média	Alta	Elevado	Automatização do processo de validação de despesas, reduzindo ao máximo os procedimentos manuais de validação dos documentos de despesa. Segregação de funções.
Registo de documentos de despesa.	Erro na verificação dos cálculos dos documentos de despesa.	Média	Média	Moderado	Redução, ao máximo possível, dos procedimentos de verificação manual. Implementação de procedimentos automatizados realizados através de sistemas informáticos.
	Verificação de que os documentos de despesa contêm os elementos legais e procedimentais exigidos e que esses elementos estão corretos.	Média	Média	Moderado	Redução, ao máximo, dos procedimentos de verificação manual. Implementação de procedimentos automatizados realizados através de sistemas informáticos.
	Atraso no registo dos documentos de despesa. E Existência de dívida ainda não registada/contabilizada na entidade.	Média	Baixa	Fraco	Disseminar a implementação da faturação eletrónica até ser atingido o universo de todos os fornecedores. Controlo regular dos registos de entrada que não têm ainda uma fatura associada. Avaliação dos extratos enviados pelos fornecedores.

Quadro 7 – Direção de Experiência do Cliente (DEC)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Experiência do Cliente.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.4 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
Gestão do agendamento (consultas).	Abertura de agendas sem autorização do Gestor da Consulta da especialidade.	Baixa	Média	Fraco	Monitorização.
					Cumprimento e revisão de procedimentos.
	Marcação de primeiras consultas sem a prévia e necessária triagem médica.	Baixa	Alta	Moderado	Definição de critérios, por especialidade, para criação e abertura de agendas mediante vagas previamente comunicadas.
					Monitorização.
	Incumprimento dos TMRG na marcação das primeiras consultas.	Média	Alta	Elevado	Cumprimento e revisão periódica de procedimentos.
					Formação, sensibilização e monitorização.
Marcação de consultas sem agendamento.	Média	Média	Moderado	Elaboração de relatórios periódicos das consultas realizadas (com e sem agendamento) e respetivos tempos de espera.	
Deficiente utilização da capacidade instalada.	Média	Média	Moderado	Cumprimento e revisão periódica de procedimentos.	
Gestão de Acesso à Informação Clínica.	Encaminhamento tardio das solicitações de informação clínica para as devidas especialidades.	Baixa	Alta	Moderado	Definição de critérios para acesso a consultas sem agendamento.
					Cumprimento e revisão de procedimentos.
	Aceitação de pagamentos ou outras retribuições em troca de informação confidencial.	Baixa	Alta	Moderado	Elaboração periódica de mapas com a taxa de ocupação das salas.
					Sensibilização e monitorização.
	Acesso indevido a dados de informação.	Baixa	Alta	Moderado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis.
					Formação no âmbito do RGPD.
Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Média	Alta	Elevado	Sensibilização dos profissionais.	
Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Média	Alta	Elevado	Definição de acessos à informação.	
Gestão da marcação de MCDTs ao exterior.	Favorecimento de unidades prestadoras privadas na realização de MCDTs prescritos ao exterior.	Baixa	Alta	Moderado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis.
					Formação.
	Conferência de faturas dos exames realizados no exterior.	Baixa	Média	Fraco	Realização de concursos e respetivos cadernos de encargos.
					Monitorização.
Manipulação de marcações por contrapartida de benefício próprio ou de terceiros.	Baixa	Alta	Moderado	Cumprimento e revisão de procedimentos.	
				Realização de relatórios com a relação dos exames prescritos e realizados no exterior com a indicação da Unidade Prestadora onde foram realizados.	

Quadro 8 – Direção de Experiência do Cliente (DEC) – Continuação

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Gestão de Contactos dos Clientes.	Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Baixa	Alta	Moderado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis. Formação no âmbito do RGPD. Cumprimento e revisão de procedimentos. Elaboração de relatórios periódicos das chamadas não atendidas e emails não respondidos aos utentes.
	Deficiente encaminhamento das solicitações dos utentes.	Alta	Média	Elevado	Cumprimento e revisão de procedimentos. Elaboração de relatórios periódicos das chamadas não atendidas e emails não respondidos aos utentes. Implementação de melhorias no sistema VoiceBot e APP.
	Aceitação de pagamentos ou outras retribuições em troca de informação confidencial.	Baixa	Alta	Moderado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis.
	Aceitação de pagamentos ou outras retribuições em troca de informação confidencial.	Baixa	Alta	Moderado	Formação.
Gestão do Centro de Apoio ao Cliente: balcão de informações gerais, serviço informativo, portarias.	Abuso de autoridade delegada.	Média	Alta	Elevado	Responsabilização dos profissionais. Cumprimento e revisão de procedimentos. Formação. Cumprimento do Regulamento Interno.
	Permissão de entradas não autorizadas no recinto hospitalar.	Média	Alta	Elevado	Responsabilização dos profissionais. Cumprimento e revisão de procedimentos. Formação. Cumprimento do Regulamento Interno.
	Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Média	Alta	Elevado	Formação no âmbito do RGPD. Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis.
Gestão dos secretariados clínicos.	Registo incompleto, nas aplicações informáticas, de todos os atos clínicos praticados, com implicação na faturação.	Média	Média	Moderado	Formação, sensibilização e monitorização. Organizar manuais de procedimentos sobre a utilização do SONHO e outras aplicações nos diferentes módulos. Proceder, por amostragem, e de forma periódica, à avaliação da correta inserção dos dados no RNU. Correção imediata dos casos detetados. Monitorização.
	Identificação incorreta da Entidade Financeira Responsável (EFR).	Média	Média	Moderado	Proceder, por amostragem, e de forma periódica, à avaliação dos dados no RNU. Correção imediata dos casos detetados.
	Dados de identificação de utentes insuficientes e/ou incorretos.	Média	Média	Moderado	Monitorização periódica dos dados dos utentes nos secretariados clínicos. Correção dos registos, sempre que detetada alguma incongruência.
	Acesso indevido a dados de informação.	Baixa	Alta	Moderado	Formação no âmbito do RGPD. Responsabilização dos profissionais. Definição de acessos à informação.
	Aceitação de pagamentos ou outras retribuições em troca de informação confidencial.	Baixa	Alta	Moderado	Formação.
	Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Média	Alta	Elevado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis. Formação. Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis.

Quadro 9 – Direção de Experiência do Cliente (DEC) – Continuação

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Cobrança de Taxas Moderadoras.	Apropriação ilegítima de taxas moderadoras/Não entrega de valores cobrados a título de taxas moderadoras.	Baixa	Alta	Moderado	Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis. Existência de um cofre para guarda de valores. Contagem de valores na presença e outro elemento. Conferência diária das taxas moderadoras emitidas. Validação das isenções atribuídas aos utentes.
	Faturação indevida de taxas moderadoras.	Baixa	Alta	Moderado	Monitorização. Cumprimento e revisão de procedimentos.
	Atribuição indevida de isenções e dispensa de pagamento.	Média	Alta	Elevado	Monitorização dos registos. Confirmação da isenção no RNU. Cumprimento e revisão de procedimentos.
Gestão do Arquivo Clínico e Administrativo (inclui desmaterialização).	Acesso indevido a dados de informação.	Baixa	Alta	Moderado	Formação no âmbito do RGPD. Sensibilização dos profissionais. Definição de acessos à informação.
	Deficiente identificação da informação digitalizada.	Baixa	Alta	Moderado	Estabelecer critérios claros para a correta identificação da informação digitalizada.
	Aceitação de pagamentos em troca de informação confidencial.	Baixa	Alta	Moderado	Formação no âmbito do RGPD. Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis. Definição de acessos à informação.
	Fornecimento e/ou uso de informação de saúde não autorizada a particulares e/ou outras entidades.	Baixa	Alta	Moderado	Formação no âmbito do RGPD. Sensibilização dos profissionais para as sanções aplicáveis. Definição de acessos à informação.
Validação das diárias dos utentes internados em instituições do setor social (Ordens Religiosas e Conde Ferreira).	Deficiente registo, na aplicação SONHO, do movimento assistencial dos utentes.	Baixa	Média	Fraco	Monitorização mensal das novas referências dos utentes no âmbito do citado programa. Identificação dos utentes com diárias faturadas, sem respetivo termo de responsabilidade, quando aplicável.
	Identificação incorreta da Entidade Financeira Responsável (EFR).	Baixa	Alta	Moderado	Monitorização periódica dos dados inseridos no SONHO por comparação com o movimento assistencial enviado pelas Entidades Prestadoras de Cuidados.
	Validação de diárias sem o respetivo Termo de Responsabilidade Financeira, aquando da admissão de novos doentes.	Média	Média	Moderado	Arquivo dos termos de responsabilidade por Entidade Referenciadora e Entidade Prestadora. Confirmação com as Entidades Prestadoras de Cuidados sempre que haja dúvida ou ausência do respetivo termo.

Quadro 10 – Direção de Gestão de Clientes (DGC)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Gestão de Clientes.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º1, 1.5 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção. Manual de procedimentos Digital.
	Comprometimento da Integridade no exercício de funções.	Média	Média	Moderado	Divulgação do Código de Ética e de Conduta aos colaboradores da DGC, aprovado a 7/8/2024 e publicado no site institucional e no portal interno. Avaliação de potenciais riscos de conflito de interesses, e.g. acumulação de funções. Sensibilização dos colaboradores para a temática da Integridade e ética no exercício das funções públicas promovendo espaço de discussão interna (e.g. flyer conflito de interesses).
	Recursos humanos insuficientes e/ou falta de qualificação para a prossecução de todas as atividades inerentes à DGC.	Média	Média	Moderado	Solicitação dos recursos necessários e adequados às funções da DGC devidamente fundamentada, com identificação clara e objetiva dos riscos, omissões e/ou irregularidades.
Emissão de faturação.	Atos clínicos não faturados, faturados incorretamente ou não faturados oportunamente.	Média	Alta	Elevado	Definição e implementação da totalidade do processo de faturação com atribuição de responsabilidades. Instituir reuniões periódicas com os diversos intervenientes no processo. Procedimentos de obtenção automática (query) de informação em articulação com a ACSS e SPMS de forma a identificar os erros limitativos à faturação. Procedimento de teste das queries de identificação de erros e procedimento de correção dos erros detetados.
	Inexistência de suporte clínico ou documental para emissão da fatura.	Média	Média	Moderado	Cruzamento dos episódios realizados com os episódios/programas de saúde faturados, verificação e correção das discrepâncias. Cruzamento dos episódios/programas faturados com a produção contratualizada, verificação e correção das discrepâncias. Confirmação de que os registos dos episódios a faturar cumprem as regras de faturação em vigor, presentes e identificadas nas circulares de faturação remetidas aos Administradores responsáveis pelas Clínicas Médicas.
	Incorreta ou inexistente identificação da entidade financeira responsável pelo pagamento.	Média	Média	Moderado	Garantir o cruzamento de fontes de informação distintas (SONHO, GHAF, bases de dados parcelares dos serviços, bases de dados implementadas e disponibilizadas pela ACSS e pela DGS), de modo a assegurar que toda a faturação respeita a produção efetivamente realizada. Garantir que a restante faturação, seja de índole clínica ou não clínica, tenha sempre como suporte um protocolo de colaboração, um contrato de prestação de serviços, um Despacho Superior.
	Erros e/ou devolução de faturação/perda financeira.	Média	Alta	Elevado	Procedimento de confirmação do documento de identificação com os dados do Web RNU, no momento de admissão. Na impossibilidade de identificação, de obtenção de n.º de utente e perante a inexistência de terceiros responsáveis pelo pagamento pelos atos prestados procede-se à emissão da correspondente faturação, como será o caso dos cidadãos estrangeiros sem cartão europeu de seguro de saúde, sem acordo bilateral e sem companhia de seguros responsáveis. Adotar a prática da alta programada: o serviço clínico responsável articula com o Gabinete de Codificação e DGC para codificação e faturação no momento da alta (cidadãos estrangeiros sem n.º de utente, sem cartão europeu de saúde, acordo bilateral ou seguro de saúde, entrados via SU e com internamentos posteriores e na ausência de terceiros responsáveis).
	Falta de tempestividade da validação da faturação pela ACSS.	Média	Média	Moderado	Instituir e implementar o procedimento relativo aos registos administrativos dos atos clínicos realizados/programas de saúde para pagamento pela ACSS da atividade realizada em sede de contrato-programa, da responsabilidade dos serviços clínicos em conjunto com a DGC.
					Instituir e implementar procedimento com os serviços farmacêuticos, o DEFI, e outros, sobre a informação de suporte para faturação devidamente validada e em conformidade. Instituir procedimento para as potenciais solicitações da DGC aos serviços de Informação (DPCG, DITIC e DSIAD) e serviços transversais e de retaguarda (DGF, DPBE, DC, DL, DI, DE) para inclusão no processo e comprometimento com respostas efetivas e oportunas. Promover a criação/recuperação de grupos de trabalho, com intervenientes de áreas clínicas sensíveis (programas de saúde) e áreas transversais para otimização do processo de faturação e recuperação de receita.
					Assegurar que a faturação é enviada em tempo útil à ACSS, para a devida validação e que esta entidade promova essa validação oportunamente. Diligências/contactos com ACSS/SPMS.
Cobrança (Atos clínicos, Outros rendimentos, Taxas moderadoras).	Insuficientes/Deficientes mecanismos de cobrança.	Média	Média	Moderado	Supervisão das operações relativas ao sistema de liquidação e cobrança com a consequente regularização das transferências efetuadas através da emissão de recibo e posterior envio e comunicação à DGF. Implementar procedimentos e rotinas de forma a evitar que se ultrapassem os prazos para cobrabilidade da atividade realizada. Realização de novas diligências de cobrança com envio de segunda vias da faturação emitida e indicação de prazo para o referido pagamento; em caso de incumprimento, envio da faturação em dívida para o Gabinete Jurídico para: acordo de pagamento extrajudicial, pagamento coercivo com propositura de ação ou declaração de dívida incobrável. Articulação com o Gabinete Jurídico.

Quadro 11 – Direção de Gestão Financeira (DGF)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Gestão Financeira.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27º, n.º1, 1.2 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
Informação económico-financeira.	Falta de veracidade da informação financeira.	Baixa	Alta	Moderado	Assegurar a veracidade da informação económico-financeira, dando cumprimento aos normativos e diretrizes contabilísticas aplicáveis. Revisão e Fiscalização das contas trimestral e anualmente pelo ROC e Conselho Fiscal, respetivamente. Registo de imparidades e provisões em cumprimento com os normativos legais em vigor. Registo dos rendimentos obtidos e dos gastos suportados no período a que respeitam, em cumprimento do princípio da especialização do exercício.
Tesouraria.	Desvio de valores: caixa, depósitos à ordem e fundos de maneoio.	Média	Média	Moderado	Depósito diário de todos os valores recebidos na instituição. Confronto diário entre o saldo dos registos contabilístico da folha de caixa e os valores em cofre. Conferência das taxas moderadoras cobradas diariamente. Controlo dos fundos de maneoio: conferência de despesas e reconstituição mensal e liquidação no final do ano. Reconciliação mensal das contas bancárias. Regras de acesso ao cofre. Controlo sobre o fundo de maneoio atribuído à Direção de Compras. Controlo sobre o fundo de maneoio atribuído ao CMIN/PMA.
Controlo Despesa e receita.	Assunção de compromissos sem fundos disponíveis.	Baixa	Alta	Moderado	Verificação da existência de fundos disponíveis antes da emissão dos compromissos.
	Autorização de pagamento sem a devida delegação de competências.	Baixa	Alta	Moderado	Delegação de competências para pagamentos.
	Incumprimento das normas de pagamento por antiguidade.	Média	Média	Moderado	Pagamentos são efetuados por ordem de antiguidade das faturas, salvo exceções devidamente justificadas, como no caso de fornecedores prioritários aprovada pelo CA.
	Pagamentos sem validação da inexistência de dívidas à Segurança Social e Autoridade Tributária.	Baixa	Alta	Moderado	Validação da inexistência de dívidas à Segurança Social e Autoridade Tributária.
	Falhas intencionais nas transações financeiras (pagamentos, recebimentos).	Média	Alta	Elevado	Segregação de funções entre quem processa, confere e regista: controlo dos documentos de despesa em articulação com a Direção de Compras e Direção de Conferência de Faturas; controlo dos documentos de receita em articulação com a Direção de Gestão de Clientes. Definição de uma equipa multidisciplinar segregada no contexto da execução dos contratos cofinanciados. Circularização das contas correntes de fornecedores e clientes e respetiva análise e tratamento em articulação com a Direção de Conferência de Faturas e Direção de Gestão de Clientes.

Quadro 12 – Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência (DITIC)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.8 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
					Organograma da Direção.
Planeamento e Organização.	Não execução ou execução parcial do plano de atividades.	Média	Média	Moderado	Controlo quinzenal.
	Investimentos nas Infraestruturas e CiberSegurança desalinados com objetivos da instituição.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Avaliar benefícios investimento e análise de impacto.
Aquisição e implementação.	Falha nos processo de aquisição/análise/preparação de estudos e preparação de procedimentos.	Média	Média	Moderado	Segregação de funções com o serviço requisitante, DC e DITIC relacionado com o pedido de aquisição, avaliação de impacto, definição das especificações técnicas e júri do procedimento. Burocratização por parte da Tutela.
Manutenção e Suporte.	Qualidade de serviço.	Média	Média	Moderado	Follou-up de incidentes/pedidos de intervenção. Sistemas inteligentes de apoio à decisão e à gestão.
Operação.	Segurança da informação.	Média	Média	Moderado	Delinear ações tem em vista e a legislação e regulamentação no âmbito das responsabilidades do DITIC face ao regulamento.
	Continuidade de negócio.	Baixa	Alta	Moderado	Plano de continuidade de negócio.
	Roubo e manipulação de dados.	Média	Média	Moderado	Definir procedimentos de segurança da informação para os sites alojados nos servidores tendo em vista a certificação ISO 27001 - Segurança da Informação.
	Gestão dos acessos informáticos, particularmente quanto à garantia de confidencialidade de passwords e acessos a sistemas com informações com caráter reservado.	Média	Média	Moderado	Implementar Multi Factor Autentication. Colocar as aplicações a autenticar com as credenciais do Windows. Credenciais fortes e medidas de rotatividade.
	Desadequada gestão do parque informático e software, quer em número (excedente ou insuficiente) quer em atualização.	Média	Média	Moderado	Inventariação anual do parque informático.
	Confidencialidade de impressão em papel.	Baixa	Média	Fraco	Impressão segura.
	Ataques cibernéticos.	Média	Alta	Elevado	Plano de contingência e de recuperação.
Governança.	Inadequação de processos de gestão.	Média	Média	Moderado	Implementação de boas práticas do cobit.
	Fraude nos procedimentos de aquisição.	Baixa	Média	Fraco	Conscencialização, auditorias e formação.
Gestão de contratos.	Renovação ou extensão de contratos sem análise, ou justificação.	Média	Média	Moderado	Promoção atempada da consulta ao mercado. Avaliação crítica dos contratos quanto ao seu âmbito, pertinência e avaliação de fornecedor.
Caderno de Encargos.	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos.
					Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas.
					Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços.
Validação de serviços prestados e faturas.	Validação de faturas sem a devida confirmação de execução do serviço, gerando pagamentos indevidos.	Média	Média	Moderado	Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
					Verificação e aprovação formal da boa execução do serviço para conferência pela Direção de Conferência de Faturação.
					Evidências documentais que sustentem a boa execução do serviço. Checklists específicos para verificação de cada tipo de serviço, garantindo que cada ponto do contrato foi cumprido. Verificações aleatórias e <i>in loco</i> , especialmente em contratos de maior valor.

Quadro 13 – Direção de Inovação e Projetos (DIP)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Inovação e Projetos.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.15 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
Candidatura.	Apresentação de indicadores de resultados não mensuráveis ou difíceis de atingir.	Baixa	Média	Fraco	Identificação de indicadores e definição de objetivos estratégicos junto do Investigador ou Responsável pelo projeto.
		Baixa	Média	Fraco	Definição de objetivos operacionais (parâmetros quantificáveis, reais, mensuráveis).
		Baixa	Média	Fraco	Monitorização e verificação contínua dos indicadores.
	Impossibilidade de submissão de candidatura (por exemplo, erros informáticos, falha de rede ou falta de tempo para cumprimento do prazo).	Baixa	Média	Fraco	Pedido de preparação da candidatura com maior antecedência possível e envio de toda a informação relevante para o efeito no mínimo de 30 dias úteis face à data limite de submissão, conforme apresentado no Regulamento Interno do serviço.
Contratos/ Termo de Aceitação.	Impossibilidade de cumprimento do prazo para assinatura em projetos que envolvam parcerias (sobretudo as de grande dimensão) por não ser possível circular os documentos para assinatura em tempo útil.	Baixa	Alta	Moderado	Utilização de assinatura digital sempre que possível.
Ciclo da Despesa.	Dificuldade na verificação da elegibilidade da despesa no âmbito do projeto, podendo conduzir à validação pela DIP de despesas não elegíveis.	Baixa	Média	Fraco	Maior detalhe no preenchimento do pedido de aquisição de bens e serviços.
	Execução tardia das verbas do projeto implica um esforço adicional por parte dos serviços administrativos, bem como a um maior risco de existirem despesas fora do período de elegibilidade.	Média	Alta	Elevado	Planeamento mais eficaz por parte do IR ou Responsável do Projeto em colaboração com a DIP.
	Risco de conflito de interesse nos casos em que a Direção faça parte dos membros dos júris dos procedimentos dos projetos cofinanciados.	Baixa	Alta	Moderado	Direção não integra a equipa de contratação pública. No entanto, caso aconteça, estão previstas as declarações de conflitos de interesse.
Pedido de reembolsos.	Risco de imputação incorreta de horas dos profissionais aos projetos.	Baixa	Alta	Moderado	Controlo de horas imputadas nos projetos com o envio o registo da assiduidade por parte da DPBE.
Reportes financeiros.	Risco de Incorreções ou informação incompleta na elaboração de relatório financeiros devido a publicações de normas e orientações dispersas com frequência semanal por parte da Autoridade de Gestão em várias plataformas, obrigando a um conhecimento aprofundado das diversas regras de financiamento contínuo.	Média	Média	Moderado	Análise e revisão permanente dos manuais de implementação das entidades financiadoras.
		Média	Média	Moderado	Formação contínua.
		Média	Média	Moderado	Divisão da equipa por linhas de financiamento.
Reprogramações dos projetos.	Alterações repentinas nos orçamentos dos projetos, que podem não ser aprovadas ou aprovadas tardiamente, invalidando a sua aplicação e comprometendo a execução do projeto.	Média	Média	Moderado	Deve-se restringir o número de pedidos de alteração e respetiva antecedência da apresentação dos mesmos, obrigando a um planeamento mais refletido e ativo.

Quadro 14 – Direção de Instalações e Equipamento (DIE)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização, funções e responsabilidades.	Indefinição ou desatualização de funções e responsabilidades.	Média	Média	Moderado	Organograma e manual de procedimentos com funções e responsabilidades.
Cadernos de encargos.	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos.
					Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas.
Relacionamento com fornecedores ou prestadores de serviços.	Conflito de interesses entre colaboradores e fornecedores, favorecimento ou troca de benefícios.	Média	Alta	Elevado	Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços.
					Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
Validação de serviços prestados e faturas.	Validação de faturas sem a devida confirmação de execução do serviço, gerando pagamentos indevidos.	Média	Média	Moderado	Declaração periódica de conflitos de interesses; segregação de funções.
					Código de Ética e de Conduta, divulgação aos colaboradores.
Gestão de contratos.	Renovação ou extensão de contratos sem análise ou justificação.	Média	Média	Moderado	Verificação e aprovação formal da boa execução do serviço para conferência pela Direção de Conferência de Faturação.
					Evidências documentais que sustentem a boa execução do serviço.
Gestão de empreitadas.	Subcontratações inadequadas e sobrefaturação.	Média	Alta	Elevado	Checklists específicos para verificação de cada tipo de serviço, garantindo que cada ponto do contrato foi cumprido.
					Verificações aleatórias e <i>in loco</i> , especialmente em contratos de maior valor.
	Obras incompletas ou não conformes com as especificações contratuais.	Média	Alta	Elevado	Monitorização dos contratos quanto ao período de vigência, avaliação de qualidade, cláusulas dos contratos e comunicação de irregularidades (IMPIC).
	Aumento de custos e prazos por trabalhos a mais.	Média	Alta	Elevado	Promoção atempada da consulta ao mercado.
					Avaliação crítica dos contratos quanto ao seu âmbito, pertinência e avaliação de fornecedor.
					Aprovar e controlar subcontratações.
					Fiscalização da execução da obra de acordo com as especificações contratuais.
					Inspeções periódicas e relatórios de progresso/acompanhamento.
					Checklist final e correção de trabalhos em falta antes da aprovação final.
					Controlo e aprovação para evitar abusos ou sobrefaturação: aprovação para trabalho adicional e justificação e análise de impacto no custo e prazo.

Quadro 15 – Direção de Logística (DL)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Logística.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.10 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
Receção.	Atrasos e falta de entrega de material.	Média	Média	Moderado	Monitorização contínua das encomendas pendentes.
	Incidentes (material danificado) na receção e conferência	Média	Média	Moderado	Controlo efetivo da conferência do estado do produto.
	Bens a rececionar não correspondem ao encomendado e/ou receção de bens não conformes.	Média	Média	Moderado	Verificação quantitativa e qualitativa dos bens recebidos e confronto com nota de encomenda e guia de remessa.
					Segregação de funções (quem confere a quantidade e as condições dos itens recebidos é independente de quem dá entrada no sistema de gestão de existências).
	Entrada de bens não autorizada: aquisição, doação ou comodato.	Média	Média	Moderado	Procedimento de reclamação e devolução a fornecedores de bens não conformes (guia de devolução).
					A entrada de bens é suportada por fatura ou documento equivalente, conferida por confronto com a nota de encomenda e guia de remessa.
					Doações são previamente autorizadas pelo CA.
	Entrega de bens diretamente nos serviços ou unidades sem conhecimento da LOGÍSTICA.	Média	Média	Moderado	Os bens em comodato têm obrigatoriamente de ter documento de suporte, o contrato de comodato.
Centralização da receção com o estabelecimento de que a entrada de bens é feita por um ÚNICO LOCAL, a LOGÍSTICA.					
Armazenamento.	Condições de armazenamento inadequadas (contaminação e condições dos produtos, danos).	Média	Média	Moderado	Inspeções Periódicas: Realizar inspeções regulares das condições de armazenamento, verificando se estão em conformidade com as normas de segurança.
					Manutenção de Equipamentos: Garantir a manutenção de equipamentos de controlo ambiental, estantes e sistemas de segurança.
Controlo de existências.	Perda e/ou desvios de existências.	Média	Alta	Elevado	Sistema de vigilância.
					Restrições de acesso a pessoal autorizado aos armazéns (cartões de acesso).
					Monitorização contínua das condições de armazenamento.
	Falhas na Inventariação de existências.	Média	Média	Moderado	Inventários parcelares de forma rotativa que garanta que todos os produtos são contados pelo menos uma vez no ano, sem prejuízo de controlos adicionais sobre bens de maior risco (material de consumo clínico, equipamentos e outros).
					Plano de inventário; Instruções de contagem e divulgação pelos intervenientes nos inventários.
	Registo de inutilizações/quebras como consumos.	Média	Baixa	Fraco	Justificação e tratamento das diferenças entre inventário físico e teórico.
					Relatórios de inventário aprovados pelo CA.
	Regularizações e ajustamentos não autorizados, não devidamente justificados e/ou documentados.	Média	Baixa	Fraco	Procedimento de registo de inutilizações.
					Controlo entre as diferenças de inventário e o registo contabilístico em "quebras de existências".
Falhas na Aplicação Informática.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Autorização prévia das regularizações e ajustamentos, pelo órgão de gestão, o CA.	
				Relatórios de inventário aprovados pelo CA.	
Existências fora de prazo.	Baixa	Média	Fraco	Implementar um servidor e/ou rede alternativa para em caso de falha ser o suporte do principal; ter um plano atualizado de "catástrofe" que detalhe os procedimentos a seguir em caso de falha.	
				Alertas do sistema de gestão de stocks.	
Existências nos serviços não controladas.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Kanban/arrumação/verificação.	
				Contagens regulares nos serviços.	
Rotura, rotação reduzida, ou excesso de stocks.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Controlo sobre stocks.	
				Armazéns avançados.	
Manipulação e transporte inadequada.	Média	Média	Moderado	Rotação de stocks/redefinição pontos de encomenda/stocks de segurança.	
					Formação adequada aos elementos logísticos.

Quadro 16 – Direção de Logística (DL) - Continuação

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Valorização de existências.	Imparidades para depreciação de existências não registadas.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Procedimento de identificação e cálculo de imparidades para depreciação de existências.
	Inadequada valorização das existências.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Rappel e notas de crédito afetam o custo médio das existências e não diretamente os consumos.
	Inadequado/inexistência de registo contabilístico de ofertas e amostras.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Ofertas e amostras afetam o custo médio.
Imobilizado.	Incorreta inventariação de bens de equipamento e outro imobilizado.	Média	Média	Moderado	Assegurar a inventariação dos bens de imobilizado.
					Estabelecer o circuito documental do processo de inventariação e conferência de bens de imobilizado.
Cadernos de encargos.	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos.
					Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas.
					Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços.
					Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.

Quadro 17 – Direção de Marketing e Comunicação (DMC)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Marketing e Comunicação.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.13 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
					Organograma da Direção.
Participação em eventos.	Representação inadequada da marca, utilização ineficiente de recursos e insuficiente retorno do investimento.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Seleção dos eventos alinhados com a marca, planeamento e preparação adequada, monitorização e avaliação pós-evento.
Campanhas de Marketing e/ou Comunicação.	Interpretação errónea das mensagens, infração dos direitos de autor, ofensa indiretas a grupos específicos.	Média	Baixa	Fraco	Revisão e análise ao conteúdo.
					Verificação dos direitos de autor.
Aquisição de licenças e direitos de autor para uso de conteúdo.	Infração dos direitos de autor e uso indevido de conteúdo licenciado.	Alta	Baixa	Moderado	Avaliação da adequação cultural do conteúdo.
					Realização de uma inspeção para confirmar a autenticidade das licenças e supervisão constante do conteúdo sob licença.
Gestão de Redes Sociais.	Utilização dos perfis de redes sociais da instituição para fins pessoais ou para promover interesses privados. Violação dos direitos de imagem.	Baixa	Alta	Moderado	Estabelecer uma política de utilização das redes sociais institucionais.
					Monitorizar a atividade nas redes sociais do hospital.
Marketing de Influência.	Uso de influenciadores digitais para promover serviços/áreas de investigação do hospital e conteúdos de literacia em saúde.	Baixa	Alta	Moderado	Assinatura de consentimento de uso da imagem para as redes sociais do hospital.
					Estabelecer critérios claros e objetivos para a seleção de influenciadores digitais.
					Implementar um processo de avaliação.
Recolha e análise de dados.	Utilização indevida de dados confidenciais para fins ilícitos ou para obter vantagens indevidas.	Baixa	Alta	Moderado	Incluir uma cláusula de confidencialidade nos protocolos com influenciadores digitais.
					Implementar medidas de segurança para proteger dados confidenciais.
Divulgação de informações sobre saúde.	Disseminação de informações incorretas.	Baixa	Alta	Moderado	Limitar o acesso aos dados, apenas aos colaboradores que necessitem deles para o desempenho das suas funções.
					Estabelecer critérios claros e objetivos para a divulgação de informações de saúde.
					Implementar um código de conduta para os profissionais de comunicação.
Extravio de equipamentos da Direção de Marketing e Comunicação.	Desaparecimento de equipamentos de alto valor com risco de paralisação das atividades.	Média	Alta	Elevado	O conteúdo clínico é validado pela Direção Clínica do hospital.
					Implementação de um sistema de inventário, sensibilização aos colaboradores sobre a importância do uso adequado do material.

Quadro 18 – Direção de Operações e Ambiente (DOA)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Operações e Ambiente.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27º, n.º1, 1.11 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
Gestão de Contratos - Desinfestação.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Alta	Alta	Muito Elevado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Tratamento de Roupa.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Alta	Alta	Muito Elevado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Higiene Limpeza.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Alta	Média	Elevado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Vigilância e Segurança.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Alta	Média	Elevado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Alimentação.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Baixa	Alta	Moderado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Resíduos.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Baixa	Alta	Moderado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Arruamentos e Jardins.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Baixa	Alta	Moderado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão de Contratos - Transporte de Doentes.	Favorecimento ou desfavorecimento de fornecedores, risco de aliciamento para condução de negociações.	Baixa	Alta	Moderado	Procedimentos concursais periódicos e acompanhamento dos contratos pela figura Gestor do Contrato. Avaliações e auditorias periódicas aos serviços prestados.
Gestão dos Parques de Estacionamento.	Aceitação de ofertas para favorecimento do estacionamento.	Média	Alta	Elevado	Auditorias regulares aos parques de estacionamento.
Equipamentos depositados nas áreas comuns.	Desvio Bens, aceitação de ofertas, risco de aliciamento para condução de negociações em determinado sentido.	Alta	Alta	Muito Elevado	Alocar os equipamentos a um armazém para o efeito. Colocação de camaras de videovigilância.
Casa Mortuária.	Aceitação de ofertas indevidas, favorecimento ou desfavorecimento de Fornecedores/ Funerárias.	Baixa	Alta	Moderado	Rotação do pessoal em funções na Casa Mortuária e alteração dos contatos telefónicos disponíveis. Auditorias sistemáticas ao serviço.
Assistentes Operacionais da DOA.	Incumprimento ou cumprimento defeituoso dos deveres funcionais e profissionais.	Baixa	Alta	Moderado	Realização de ação de formação sobre os deveres funcionais e os princípios e regras consignados no Código de Ética.
Processos de seleção e recrutamento.	Favorecimento ou desfavorecimento em processos de recrutamento e seleção.	Baixa	Alta	Moderado	Segregação de funções e alteração dos júris dos procedimentos.
Cadernos de encargos.	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos. Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas. Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços. Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
Validação de serviços prestados e faturas.	Validação de faturas sem a devida confirmação da execução do serviço, gerando pagamentos indevidos.	Média	Média	Moderado	Verificação e aprovação formal da boa execução do serviço para conferência pela Direção de Conferência de Faturação. Evidências documentais que sustentem a boa execução do serviço. Checklists específicos para verificação de cada tipo de serviço, garantindo que cada ponto do contrato foi cumprido. Verificações aleatórias e <i>in loco</i> , especialmente em contratos de maior valor.

Quadro 19 – Direção de Pessoas e Bem-estar (DPBE)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Pessoas e Bem-Estar.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.12 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
Processamento de remunerações.	Risco de irregularidades/falhas no processamento de vencimentos e abonos dos colaboradores.	Baixa	Alta	Moderado	Auditoria aleatória de vencimentos. Conferência pré-processamento dos vencimentos.
	Ajudas de custo ou despesas de transporte de valor errado ou irregulares.	Baixa	Alta	Moderado	Conferência do processamento.
	Prestação de cuidados pagos em adicional realizados durante o horário de trabalho (sobreposição de horários) - SIGIC, transplante, consulta adicional, PECC, HE, etc.	Média	Média	Moderado	Verificação de eventuais sobreposições/com a exceção do SIGIC, e TR, todas as outras situações são conferidas de forma a identificar sobreposições de horário. Inclui a aplicação Sisqual descarta as sobreposições detetadas do pagamento de horas extras.
Exercício de atividades em acumulação de funções.	Acumulação de funções sem prévia autorização / Incompatibilidades.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Ampla divulgação do regime de acumulações. Obtenção de declaração do colaborador sobre acumulações de funções. Submissão dos pedidos à autorização do Conselho de Administração. Registo atualizado.
Registo individual dos colaboradores.	Risco de acesso indevido às informações e quebra de sigilo.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Acesso restrito aos colaboradores do SGRH, aos próprios e demais interessados, devidamente autorizados. Divulgação do Código de Ética e em particular a divulgação de dever de sigilo aos colaboradores SGRH.
	Risco de falhas no registo da informação das bases de dados do pessoal.	Baixa	Média	Fraco	Inclusão de uma mensagem no talão de vencimento. Padronização dos processos de registo, revisão regular dos dados.
Absentismo e assiduidade.	Horários não aprovados e/ou desatualizados.	Média	Média	Moderado	Revisão de horários.
	Integração automática de dados da aplicação de Registo biométrico e controlo de assiduidade na aplicação de processamento de vencimentos (RHV) sem validação de horários.	Média	Média	Moderado	Conferência de relatórios de assiduidade. Ações de sensibilização para a relevância da validação dos horários por parte dos gestores de escala.
	Erros na exportação de informação do sisqual para o RHV.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Análise da listagem de erros de integração.
Recrutamento e seleção de pessoal.	Favorecimento do candidato. Corrupção passiva para ato ilícito. Tráfico de influência. Quebra dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade.	Baixa	Média	Fraco	Nomeação de júris diferenciados para concursos. Colegialidade na tomada de decisão. Rotatividade dos colaboradores designados para constituição de júris. Divulgação de ofertas de emprego.
	Contratos irregulares, com erros ou lacunas.	Baixa	Média	Fraco	Garantia de que as atas dos critérios de seleção são definidas em momento anterior à divulgação da oferta de emprego. Serviço jurídico apoia na elaboração da minuta do contrato de trabalho.
Processo de avaliação de desempenho.	Risco de favorecimento ou prejuízo na atribuição de menções sujeitas ao sistema de quotas.	Baixa	Alta	Moderado	Medida de harmonização das avaliações por serviço, garantindo uma distribuição das quotas de acordo com o definido na legislação sobre esta matéria.
	Não contratualização dos objetivos com os colaboradores.	Baixa	Alta	Moderado	Realizar ações de formação com os avaliados e garantir o acesso ao GEADAP. Medidas para garantir a definição de objetivos.
Articulação entre setores do SGRH.	Risco de falhas/erros por défice de comunicação entre os vários setores.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Uniformização de procedimentos. Partilha de conhecimentos e experiências sobre novas abordagens e métodos de trabalho.
Cadastro/processo individual.	Cadastro de pessoal desatualizado e/ou incompleto.	Média	Média	Moderado	Automatização do processo de admissão. Solicitação periódica de atualização dos documentos.
	Violação de sigilo.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Acesso aos processos individuais exclusivo a pessoas autorizadas. Arquivo digital protegido e objeto de backups regulares.

Quadro 20 – Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (DPCG)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Pessoas e Bem-Estar.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.12 do Regulamento Interno). Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno). Organograma da Direção.
Codificação.	Produção não codificada e/ou codificada incorretamente e implicações na aferição de indicadores e faturação.	Média	Média	Moderado	1 - Desenvolvimento do aplicativo de gestão de codificação, que permite: a) Monitorização dos tempos de codificação. b) Definição de remuneração aos codificadores atendendo aos prazos de codificação, com penalização de 30% no preço quando a codificação ocorre para além dos 21 dias. 2 - Formação de novos codificadores e ações de reciclagem para os codificadores existentes. 3 - Exploração das potencialidades do SIMH em matéria de seleção de códigos (por ex. no uso dos códigos de diagnóstico e procedimentos mais frequentes). 4 - Reajustamento permanente do modelo de auditoria face ao número de auditores disponíveis, de modo a tornar o processo de auditoria mais célere e criterioso. 5 - Notificação automática às direções de serviços das altas clínicas por encerrar ou elaborar (que estejam a impedir a codificação e consequente faturação). 6 - Criação de procedimentos internos de seleção de episódios para codificar atendendo a níveis de prioridade. 7 - Articulação com o serviço de faturação de modo a identificar situações de faturação emergente.
	Escassez de médicos auditores e necessidade de manter um quadro adequado de codificadores.	Média	Média	Moderado	1 - Seleção adequada dos episódios a auditar - Redimensionamento dos episódios a auditar face ao n.º de auditores disponíveis e episódios a auditar. 2 - Renovação permanente do quadro de codificadores (sempre que existem cursos de codificação tem sido proposta a integração de novos elementos).
Preparação do orçamento e demais documentos previsionais.	Elaboração do orçamento com falta de informação ou informação insuficiente; Condicionantes externas não conhecidas na preparação do Orçamento (por ex. da tutela).	Média	Média	Moderado	1 - Envolvimento do Conselho de Administração e dos Serviços na preparação dos pressupostos orçamentais e fornecimento de informação histórica que sustente o processo de Orçamentação. 2 - Aprofundamento de mecanismos de contratualização interna de modo a facilitar a orçamentação.
Gestão da produção.	Produção incorretamente registada ou não registada na totalidade e em tempo útil.	Média	Média	Moderado	1 - Emissão de alertas aos serviços quando a informação se mostra incongruente. 2 - Análise da produção registada e análise de desvios e cruzamento de duas fontes de informação distintas (SONHO vs BI). 3 - Análise de informação registada em data posteriori à sua realização (com impacto na análise de indicadores).
	Estimativas de produção desajustadas.	Média	Média	Moderado	1 - Envolvimento dos vários intervenientes responsáveis por monitorização e acompanhamento dos programas de Gestão da Doença em particular os programas: HIV, Esclerose múltipla, Hipertensão pulmonar, HC, PAF.
	Perda de financiamento por incumprimento dos objetivos do Contrato-Programa e por penalizações atribuídas ao Contrato Programa.	Média	Média	Moderado	1 - Monitorização periódica do cumprimento da contratualização interna de objetivos e produção do CP e informação CA do seu cumprimento. 2 - Análise de Relatórios disponibilizados no SICA. 3 - Desenvolvimento de mecanismos de transposição destes indicadores para a contratualização interna com os serviços/Departamentos.
Gestão da informação.	Risco de ocorrerem falhas de segurança da informação relacionadas com confidencialidade, disponibilidade e divulgação e utilização indevida de informação em virtude do desempenho das funções.	Média	Baixa	Fraco	1 - Cedência da informação, a profissionais da instituição, tendo por base unicamente o registo de um pedido de informação via Portal Interno (cedência com base num conjunto de procedimentos instituídos através de circuito de autorizações, (quando necessário) e fundamentação do pedido de dados. 2 - Cedência da informação, para o exterior, tendo por base um pedido ou encaminhamento do pedido pelo Conselho de Administração.

Quadro 21 – Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão (DSIAD)

Atividade	Riscos	Probabilidade de Ocorrência	Gravidade da Consequência	Gradação do risco	Medidas preventivas e de controlo
Organização da Direção de Pessoas e Bem-Estar.	Organização, funções e responsabilidades não definidas e formalizadas.	Média	Média	Moderado	Definição de funções e responsabilidades (artigo 27.º, n.º 1, 1.12 do Regulamento Interno).
					Regulamento (artigo 26.º, n.º 3 do Regulamento Interno).
					Organograma da Direção.
Planeamento e Organização.	Não execução ou execução parcial do Plano Estratégico da área dos Sistemas e Tecnologias de Informação.	Média	Média	Moderado	Controlo trimestral.
	Investimentos na área dos Sistemas de Informação e Apoio à Decisão desalinçados com objetivos da instituição.	Baixa	Baixa	Muito Fraco	Avaliar benefícios investimento e análise impacto.
	Desinvestimento por parte de fornecedores externos em desenvolver novas funcionalidades dos sistemas.	Média	Média	Moderado	Recursos a standards de mercado.
Manutenção e Suporte.	Qualidade de serviço.	Média	Média	Moderado	Aumentar maturidade dos sistemas e interoperação entre sistemas.
					Follou-up de incidentes/pedidos de intervenção.
Operação.	Segurança da Informação.	Média	Média	Moderado	Sistemas Inteligentes de Apoio à Decisão e à Gestão.
	Continuidade do negócio.	Média	Média	Moderado	Delinear ações tem em vista e a legislação e regulamentação no âmbito das responsabilidades do DSIAD face ao regulamento.
	Ataque informático.	Média	Alta	Elevado	Plano de continuidade de negócio.
	Utilização indevida de informações confidenciais.	Baixa	Média	Fraco	Plano de contingência e de recuperação.
	Roubo e manipulação de dados.	Média	Média	Moderado	Consciencialização, controlos internos, auditorias para a promoção de uma cultura de integridade e transparência.
	Gestão dos acessos informáticos, particularmente quanto à garantia de confidencialidade de passwords e acessos a sistemas com informações com carácter reservado.	Média	Média	Moderado	Definir procedimentos de segurança tendo em vista a certificação ISO 27001 - Segurança da Informação, no âmbito aplicacional.
	Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados.	Média	Média	Moderado	Implementar medidas de consciencialização e validação AD e implementação de ciclo de vida de entidades.
Governança.	Inadequação de processos de gestão.	Média	Média	Moderado	Definição do processo interno para cedência de informação.
	Fraude nos procedimentos de aquisição.	Baixa	Média	Fraco	Implementação de boas práticas do cobit.
Gestão de contratos.	Renovação ou extensão de contratos sem análise ou justificação.	Média	Média	Moderado	Consciencialização, auditorias e formação.
					Promoção atempada da consulta ao mercado.
Caderno de Encargos.	Especificações técnicas desajustadas ou que favoreçam determinados fornecedores ou prestadores de serviços.	Média	Alta	Elevado	Declaração de ausência de conflito de interesses dos colaboradores envolvidos na elaboração de caderno de encargos.
					Justificação técnica clara e detalhada, explicando a necessidade e os critérios para evitar especificações direcionadas.
					Realização de pesquisa de mercado documentada para garantir que as especificações estão alinhadas com os padrões e práticas comuns do setor, demonstrando que não favorecem determinado fornecedor ou prestador de serviços.
					Revisão do caderno de encargos por várias pessoas.
Validação de serviços prestados e faturas.	Validação de faturas sem a devida confirmação de execução do serviço, gerando pagamentos indevidos.	Média	Média	Moderado	Verificação e aprovação formal da boa execução do serviço para conferência pela Direção de Conferência de Faturação.
					Evidências documentais que sustentem a boa execução do serviço.
					Checklists específicos para verificação de cada tipo de serviço, garantindo que cada ponto do contrato foi cumprido.
					Verificações aleatórias e in loco, especialmente em contratos de maior valor.

9. Revisão e Publicação

O **PPR** é **revisado a cada três anos** ou sempre que se opere alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica da ULS SANTO ANTÓNIO que justifique a revisão dos elementos referidos nos números 1 ou 2 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção (Anexo do Decreto-lei nº 109-E/2021 de 9 de dezembro).

O **PPR** e os **relatórios** previstos no n.º 4 do artigo 6º do RGPC (de outubro e abril) são publicados na **intranet** e na página oficial na **internet**, no prazo de **10 dias** contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração.

A ULS Santo António comunica aos membros do Governo responsáveis pela tutela (gabinete do ministro da saúde e finanças), para conhecimento, e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa (IGAS e IGF), bem como ao MENAC, o PPR e os relatórios previstos no n.º 4 no prazo de **10 dias** contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração.

10. Compromisso Contínuo

O PPR da ULS Santo António, mais do que um documento formal, é um reflexo do compromisso da Instituição com a transparência, a ética e o rigor na prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Este plano representa uma base importante e estratégica, constituindo o início de um processo contínuo e desafiador, em que todos são parte ativa na promoção de boas práticas e na mitigação de riscos.

A adoção deste plano marca mais um passo na construção de uma cultura organizacional sólida, com cada colaborador comprometido em atuar como agente de prevenção. Trata-se de um caminho de continuidade, onde processos de monitorização, formação e revisão constantes permitirão que o plano evolua e se adapte a necessidades da Instituição e a novas exigências e desafios do setor.

Conclui-se este documento com a certeza de que, com o empenho de todos, a ULS Santo António reafirma o seu compromisso com a excelência no serviço à comunidade.

Porto, 13 de novembro de 2024

Sofia Pires - Auditora Interna