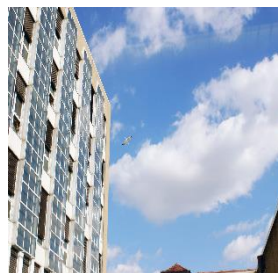
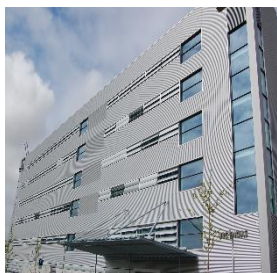


RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERCALAR 2024



Serviço de Auditoria Interna

Índice

| | |
|-------------------------------------------|----|
| Siglas e Abreviaturas..... | 3 |
| 1. Enquadramento..... | 4 |
| 2. Metodologia | 5 |
| 3. Avaliação Intercalar | 5 |
| 3.1. Âmbito | 5 |
| 3.2. Resultados e ações recomendadas..... | 6 |
| 4. Comunicação e Publicação | 11 |

Índice de Gráficos

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 – Distribuição dos Riscos..... | 6 |
| Gráfico 2 – Distribuição da dos Riscos Elevado e Muito Elevado..... | 7 |
| Gráfico 3 – % da Distribuição de Riscos Elevado e Muito Elevado por Direção..... | 8 |
| Gráfico 4 – Análise da implementação das medidas..... | 9 |
| Gráfico 5 – Análise da implementação das medidas por Direção..... | 9 |
| Gráfico 6 – Distribuição por direção das medidas corretivas a implementar até 31/12/2024..... | 10 |
| Gráfico 7 – Medidas a implementar em 2025..... | 11 |
| Gráfico 8 – Distribuição por direção das medidas a implementar em 2025..... | 11 |

Siglas e Abreviaturas

DEFI - Departamento de Ensino e Formação

DC - Direção de Compras

DCF - Direção de Conferência de Faturação

DEC - Direção de Experiência do Cliente

DGC - Direção de Gestão de Clientes

DGF - Direção de Gestão Financeira

DITIC - Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência

DIP - Direção de Inovação e Projetos

DIE - Direção de Instalações e Equipamentos

DL - Direção de Logística

DMC - Direção de Marketing e Comunicação

DOA - Direção de Operações e Ambiente

DPBE - Direção de Pessoas e Bem-estar

DPCG - Direção de Planeamento e Controlo de Gestão

DSIAD - Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção

PPR - Plano de Prevenção de Corrupção e infrações Conexas

RGPC – Regime Geral da Prevenção da Corrupção

ULSSA – Unidade Local de Saúde de Santo António

1. Enquadramento

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.

Nos termos da alínea e) do nº2 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, em conjugação com a alínea a) do nº4 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro é apresentado ao Conselho de Administração o Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo.

Este relatório da avaliação intercalar com referência a outubro de 2024 concentra-se nos riscos identificados com grau de risco elevado ou máximo. Estes riscos foram identificados e graduados pelos diversos responsáveis e vertidos nas respetivas matrizes de risco que sustentam o PPR aprovado em 14 de novembro de 2024 pelo Conselho de Administração.

A presente avaliação intercalar quantifica o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação em

conformidade com o nº4 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro.

2. Metodologia

A metodologia do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e as recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) sobre a prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas e as Normas Internacionais Para a Prática Profissional de Auditoria Interna do Institute of Internal Auditors (IIA) e demais princípios do Código de Ética.

3. Avaliação Intercalar

3.1. Âmbito

A avaliação intercalar concentra-se nas situações identificadas de risco elevado ou máximo, e quantifica o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação em conformidade com o nº4 do artigo 6º do Regime geral da prevenção da corrupção estabelecido pelo Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro.

A identificação dos riscos e a graduação destes realizou-se com o envolvimento dos administradores/diretores/gestores, que reportaram o nível de execução de cada uma das medidas de mitigação, preventivas e corretivas, em implementação em 2024.

Foram analisadas as matrizes das 16 direções, 14 da área de recursos partilhados, 1 do Departamento de Ensino e Formação e a matriz transversal dedicada ao risco de conflito de interesses. Neste universo de áreas e direções há riscos com gravidade elevada e muito elevada com exceção da Direção de Pessoas e Bem-Estar e a Direção de Planeamento e Controlo de Gestão.

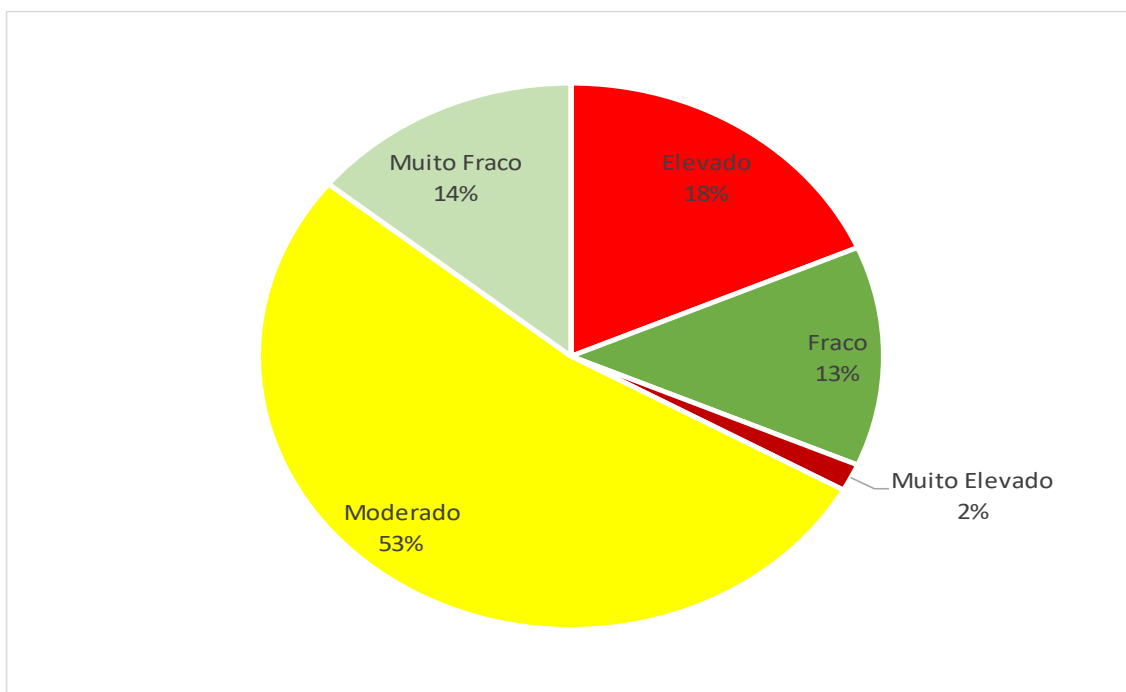
Para os riscos de conflito de interesses identificados, atribui-se uma classificação de risco elevado, considerando uma probabilidade de ocorrência média e um impacto elevado.

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

3.2. Resultados e ações recomendadas

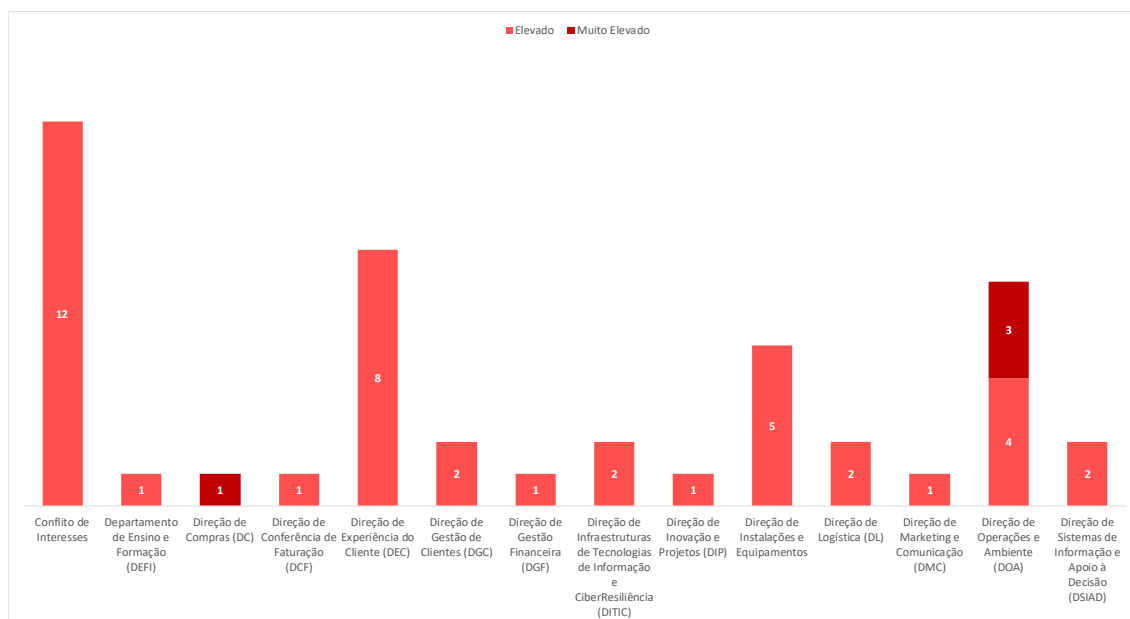
A análise da distribuição dos riscos mostra que 20% dos riscos foram graduados como elevado e muito elevado.

Gráfico 1 – Distribuição dos Riscos



Os riscos de grau elevado e muito elevado na ULSSA por Departamento/Direção/Serviço apresentam a seguinte distribuição:

Gráfico 2 – Distribuição da dos Riscos Elevado e Muito Elevado



As matrizes de Conflito de Interesses (12 riscos), da Direção de Experiência do Cliente (8 riscos), da Direção de Operações e Ambiente (7 riscos), e da Direção de Instalações e Equipamentos (5 riscos) são as que mais contribuem para o universo de riscos de grau elevado ou muito elevado.

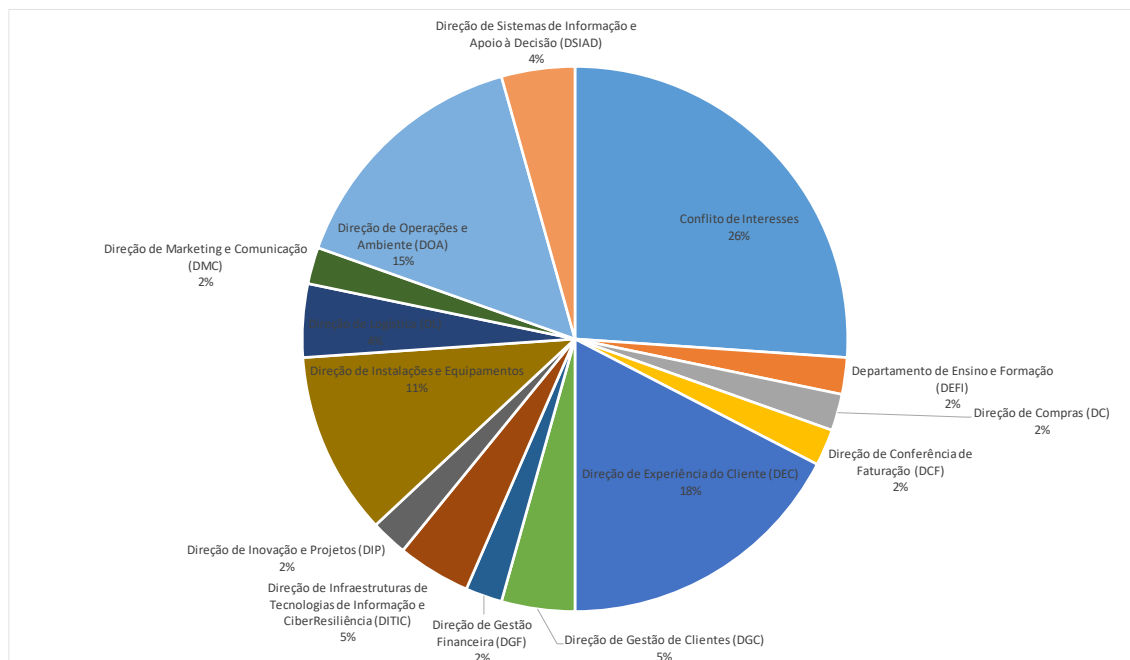
Dos 46 riscos identificados como elevados e muito elevados, 4 têm graduação de muito elevado, um da Direção de Compras e três da Direção de Operações e Ambiente, representado 9% do total destes riscos.

O risco muito elevado da direção de compras justifica-se pelo elevado risco associado ao incumprimento da legislação de contratação pública, considerando a vasta e complexa legislação existente, bem como as alterações constantes às normas aplicáveis. Além disso, esta classificação reflete também uma abordagem conservadora na análise do risco, para garantir maior prudência.

Os riscos apresentados pela DOA, 3 apresentam uma graduação considerada muito elevada e encontram-se distribuídos por 3 atividades: Gestão de Contratos — desinfestação, Gestão de Contratos — tratamento de roupa e Equipamentos depositados nas áreas comuns.

O gráfico a seguir apresentado mostra a distribuição por percentagens.

Gráfico 3 – % da Distribuição de Riscos Elevado e Muito Elevado por Direção



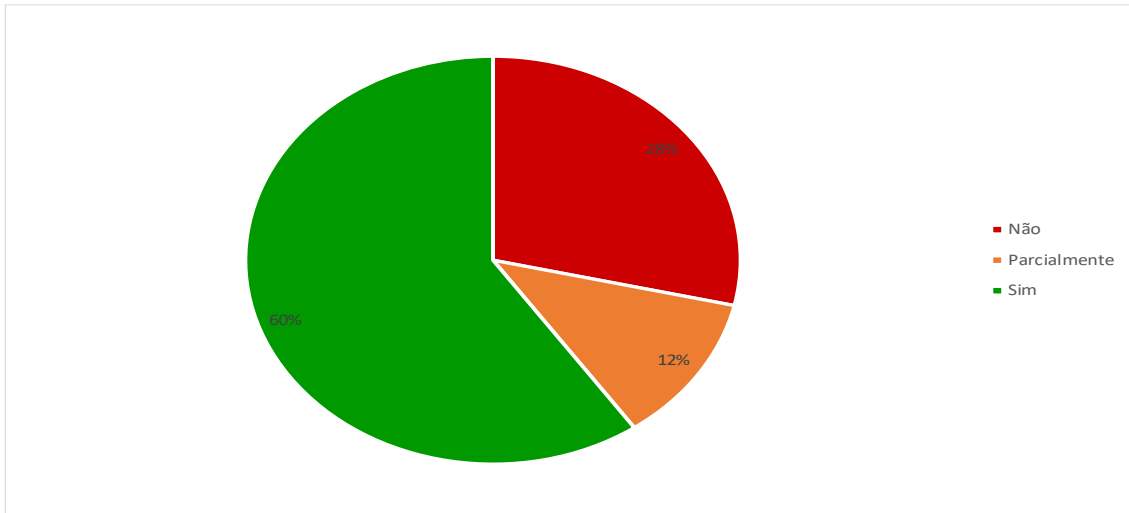
Como mostram os resultados, as áreas Operações e Ambiente (com destaque para a gestão de contratos de desinfeção e tratamento de roupa e para a gestão de equipamentos depositados nas áreas comuns); Experiência do Cliente; Instalações e Equipamentos e Conflito de Interesses requerem especial atenção e acompanhamento mais próximo em 2025.

Para estas áreas é fundamental que as direções implementem medidas específicas para mitigar estes riscos, designadamente através de:

- Reforço dos controlos internos: implementar procedimentos e mecanismos de controlo interno, como segregação de funções, dupla validação em processos críticos.
- Monitorização contínua: estabelecer sistemas de monitorização para identificar e corrigir erros e/ou irregularidades.
- Formação e sensibilização: solicitar ou realizar formação para colaboradores sobre a gestão de riscos de corrupção e infrações conexas.

No que diz respeito à implementação das medidas preventivas e corretivas, existem 119 medidas contabilizadas para mitigação dos 46 riscos com graduação de elevado e muito elevado.

Gráfico 4 – Análise da implementação das medidas



Cerca de 60% destas medidas estão totalmente implementadas. As restantes, estão para implementação ou não estando implementadas estão sob monitorização para concretização durante 2025.

Gráfico 5 – Análise da implementação das medidas por Direção



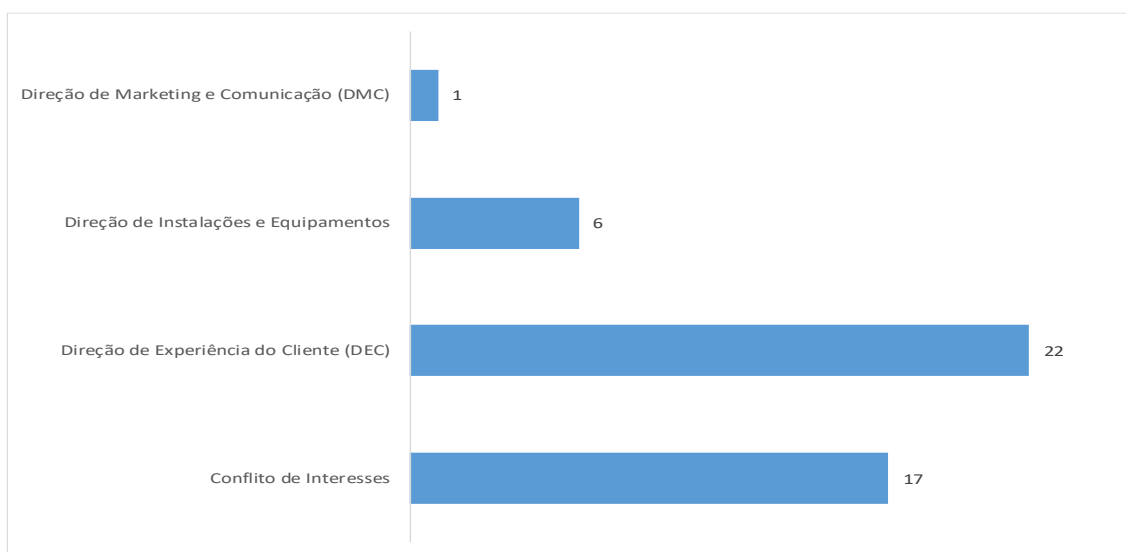
A matriz transversal de riscos de conflito de interesses é a que apresenta o maior número de medidas implementadas (23 medidas), seguindo-se a Direção de Experiência do Cliente (22 medidas) e a Direção de Operações e Ambiente (10 medidas).

Todas as Direções apresentam uma taxa de implementação superior a 20%, com exceção da Direção de Gestão de Clientes e da Direção de Logística.

Verifica-se que a Direção de Compras, a Direção de Experiência do Cliente, a Direção de Inovação e Projetos e a Direção de Marketing e Comunicação apresentam uma taxa de 100% na aplicação das medidas preventivas.

As restantes Direções apresentam uma taxa de implementação das medidas preventivas superiores a 65%.

Gráfico 6 – Distribuição por direção das medidas corretivas a implementar até 31/12/2024



À data de referência da presente análise, das 71 medidas preventivas implementadas, 46 estavam em avaliação até 31/12/2024 tal como ilustra ao gráfico 6 com distribuição por direção.

Ao longo de 2025, prevê-se a adoção de 44 medidas, 9% no primeiro trimestre, 5% no segundo trimestre e 86% até 31/12/2025.

Gráfico 7 – Medidas a implementar em 2025

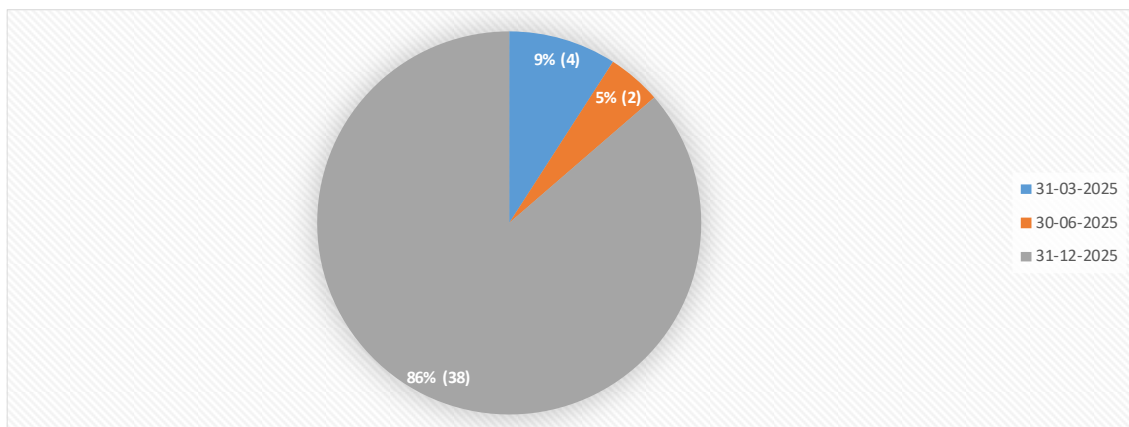
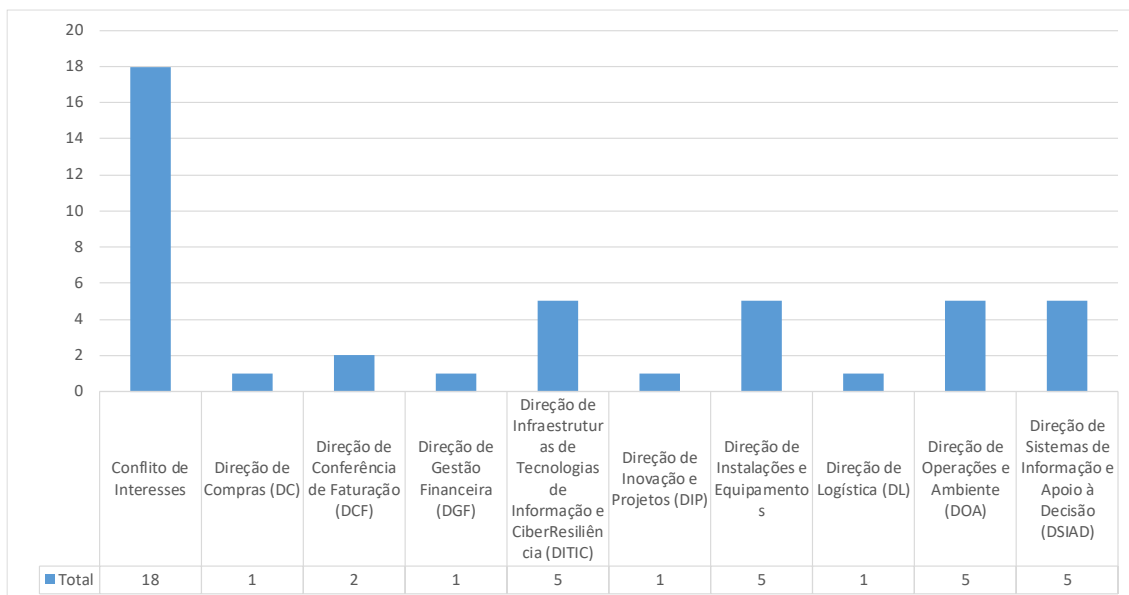


Gráfico 8 – Distribuição por direção das medidas a implementar em 2025



Das 44 medidas a serem implementadas, 17 são corretivas.

4. Comunicação e Publicação

Nos termos do nº14 do artigo 86º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprovou o Estatuto do SNS, em conjugação com o nº7 do artigo 6º do anexo do Decreto-lei 109-E/2021 de 9 de dezembro, o presente relatório depois de aprovado é submetido pelo CA aos membros

do Governo responsáveis pelas áreas das **finanças** e da **saúde**, aos serviços de inspeção da respetiva área governativa (**IGAS** e **IGF**) e ao **MENAC** no prazo de **10 dias** contados desde a sua **elaboração**.

O presente **relatório de avaliação intercalar** de outubro (n.º 4 do artigo 6º do RGPC) é publicado na **intranet** e na página oficial na **internet**, no prazo de **10 dias** contados desde a sua elaboração, nos termos do n.º 6 do artigo 6º do RGPC.

Após a aprovação do relatório pelo conselho de administração, recomenda-se que o documento seja encaminhado às direções da área recursos partilhados e ao DEFI para conhecimento e implementação das ações propostas.

Porto, 10 de dezembro de 2024

Sofia Pires - Auditora Interna