

CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO | 2023

DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO, INCLUINDO
OS RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Ficha técnica

Título: Relatório de Execução 2023 do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Coordenação Técnica e Edição: Serviço de Auditoria Interna

Data: abril 2024



auditoriachuc@chuc.min-saude.pt



<http://www.chuc.min-saude.pt/>

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
1. ENQUADRAMENTO	5
1.1. PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS	5
1.2. INTERVENIENTES	6
1.3. RESPONSÁVEIS	7
1.4. CARACTERIZAÇÃO DO PPR	8
2. METODOLOGIA	11
3. RESULTADOS	12
3.1. MONITORIZAÇÃO DO PPR	12
3.2. CONTRIBUTO EXPECTÁVEL	16
3.3. AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO	18
4. CONCLUSÕES	19
5. RECOMENDAÇÕES	20
6. ANEXO MAPAS DE RISCOS	22
ÓRGÃO DE GESTÃO, ÓRGÃOS DE DIREÇÃO, TRABALHADORES	22
AÇÃO MÉDICA	24
APROVISIONAMENTO	25
AUDITORIA INTERNA	27
GESTÃO DE DOENTES	28
GESTÃO DE PROJETOS, INVESTIMENTOS E PATRIMÓNIO	29
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	30
GESTÃO DO IMOBILIZADO	33
GESTÃO FINANCEIRA	35
GESTÃO HOTELEIRA	37
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	38
JURÍDICO E DE CONTENCIOSO	39
MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA	40
PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO	41
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	42
TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	43

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) 2022-2025 do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)¹, fundamenta-se nas orientações definidas pelo Conselho de Prevenção da Corrupção e nas disposições do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que estabelece o Mecanismo Nacional Anticorrupção e o Regime Geral de Prevenção da Corrupção.

O PPR é um plano abrangente que contempla os riscos de gestão mais relevantes, alinhando-se com a metodologia de gestão de risco indicada pelo Conselho de Prevenção da Corrupção, além dos riscos de corrupção e infrações conexas, conforme estabelecido pelo Regime Geral de Prevenção da Corrupção. Esta abordagem garante uma gestão integrada dos riscos, promovendo a integridade e a transparência nas operações do CHUC.

No presente relatório, o Serviço de Auditoria Interna avalia a execução do PPR durante o exercício de 2023. O acompanhamento do processo de gestão de risco tem sido crucial para assegurar não apenas a eficácia das estratégias de gestão de riscos implementadas, mas também a sua adaptabilidade, em tempo oportuno, às eventuais alterações nos contextos interno e externo, que podem impor a revisão do tratamento de riscos e prioridades.

No PPR, foram identificadas 126 situações que podem originar riscos de diversos níveis - elevado, moderado ou fraco. Para estas situações de risco, delinearam-se 188 medidas de resposta, abrangendo um amplo espectro de ações preventivas e corretivas.

Até ao final de 2023, 164 dessas medidas foram implementadas ou encontravam-se em execução, o que representa uma taxa de execução de 87%. Este desempenho sublinha a cooperação e colaboração ativa dos dirigentes e trabalhadores envolvidos.

O relatório de execução apresenta os principais resultados, conclusões e recomendações, com o objetivo de contribuir para assegurar uma estratégia de gestão de riscos robusta e resistente a práticas corruptivas.

¹ Disponível em: <https://www.chuc.min-saude.pt/paginas/informacoes/institucionais/transparencia/sistema-de-controlo-interno/prevencao-de-riscos-de-corupcao-e-infracoes-conexas.php>

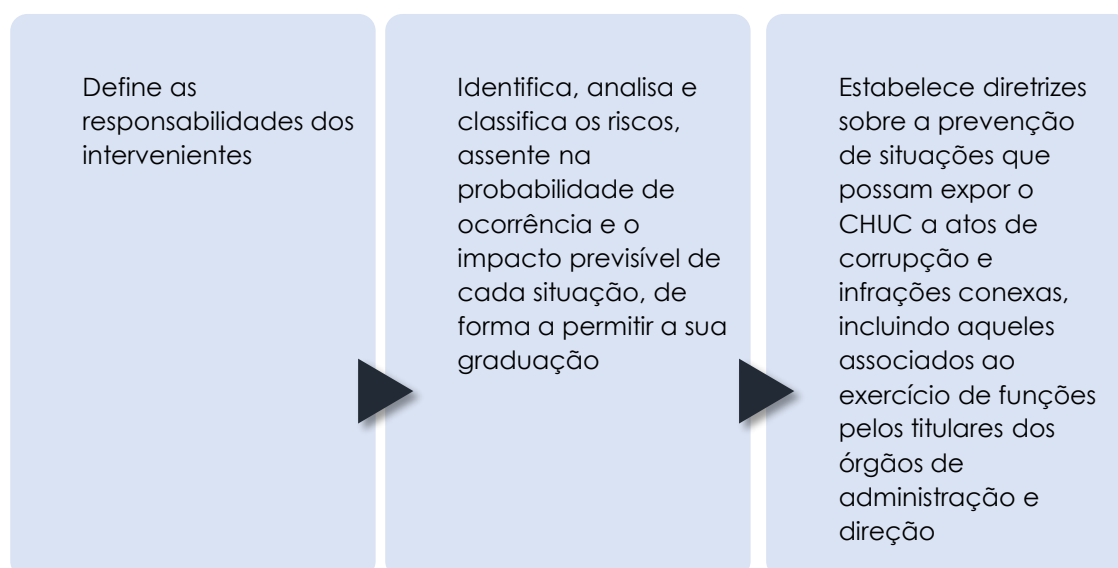
1. ENQUADRAMENTO

1.1. PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS

No CHUC, o processo de gestão de riscos tem como base a Norma International Organization for Standardization (ISO) 31000:2018 – Risk Management², segundo a qual o “risco é o efeito da incerteza nos objetivos e um efeito é um desvio em relação ao esperado que pode ser positivo, negativo ou ambos, e pode abordar, criar ou resultar em oportunidades e ameaças”.

Deste modo, o processo de gestão de riscos envolve várias etapas fundamentais: a identificação, a análise e a avaliação de riscos, a seleção e a implementação de respostas aos riscos avaliados, a monitorização de riscos e respetivos controlos, e a comunicação sobre riscos com as partes interessadas.

Com esta abordagem estruturada, o PPR:



² Disponível em: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:en>

1.2. INTERVENIENTES

A operacionalização do PPR integra os seguintes intervenientes:

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

- gestor e responsável máximo pela execução do PPR;
- define a arquitetura, regras e critérios da gestão de risco, assegurando a sua revisão, sempre que necessário;
- promove a realização de ações de formação e de sensibilização no âmbito do PPR, com carácter abrangente, incluindo dirigentes e trabalhadores.

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

- apoia todo o processo, quer através do apoio técnico ao processo, quer através do levantamento dos processos em cada área de análise, quer através da sistematização da informação recolhida e analisada ao longo do processo, quer ainda através da elaboração da proposta do PPR a apresentar ao Conselho de Administração;
- acompanha a execução das medidas previstas no PPR;
- apoia o Conselho de Administração na consolidação da revisão e atualização do PPR;
- reporta ao Conselho de Administração os riscos que decorram da avaliação do Sistema de Controlo Interno e de auditorias integradas no plano anual de auditoria interna.

DIRIGENTES

- responsáveis pela aplicação e acompanhamento do PPR na sua área respetiva;
- garantem a eficácia das medidas de controlo do risco na sua esfera de atuação;
- comunicam ao Conselho de Administração qualquer ocorrência de risco com provável gravidade superior (risco elevado);
- reavaliam a adequabilidade do PPR.

TRABALHADORES

- contribuem para a melhoria contínua da gestão de riscos;
- comunicam à direção do serviço todos os riscos constatados nas medidas de controlo existentes.

1.3. RESPONSÁVEIS

Em 2023, os responsáveis por cada uma das áreas de atividade integradas no âmbito do PPR são os que a seguir se apresentam:

Área de atividade	Responsável
Transversal	
Estrutura organizacional	Conselho de Administração
Conduta ética	Conselho de Administração
Proteção de dados	Conselho de Administração, Dirigentes, Dr. José Paulo Brás
Acumulação de funções públicas e privadas	Dirigentes e trabalhadores
Específica	
Ação médica	Diretores de Serviço
Aprovisionamento	Dra. Sandra Sousa
Setor de Aquisições de Medicamentos, Reagentes e outros produtos farmacêuticos	Dra. Sandra Sousa
Setor de Aquisições de Investimentos e de Fornecimentos de Serviços	Dr. Alexandre Santos, Dra. Ana Rosete
Setor de Aquisições de Material de Consumo Clínico, Material de Consumo Administrativo e Material de Manutenção e Conservação	Dr. José Bronze
Setor de Logística	Dr. Ricardo Mota
Auditoria Interna	Dra. Catarina Órfão
Gestão de Doentes	Dra. Maria Elisabete Pires
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	Dra. Zita Espírito Santo
Gestão de Recursos Humanos	Dr. Carlos Gante
Gestão do Imobilizado	Dra. Fernanda Gomes
Gestão Financeira	Dra. Fernanda Gomes
Gestão Hoteleira	Dr. João Alegre de Sá
Instalações e Equipamentos	Eng.ª Isabel Daniel
Jurídico e de Contencioso	Dr. Vítor Parola
Monitorização da Prescrição Médica	Doutora Natália António
Planeamento e Controlo de Gestão	Dra. Joana Cunha
Qualidade e Segurança do Doente	Doutor Francisco Maio Matos
Tecnologias e Sistemas de Informação	Eng. Rui Gomes

1.4. CARACTERIZAÇÃO DO PPR

O PPR tem uma abrangência relevante, o que destaca a importância dada aos riscos de gestão, que englobam aspetos críticos como a corrupção e infrações conexas. Esta abordagem divide-se em áreas transversais e específicas, assegurando uma visão detalhada dos potenciais riscos, permitindo uma resposta ajustada às necessidades do CHUC:

- **Transversais:** estrutura organizacional, conduta ética, proteção de dados, acumulação de funções públicas e privadas.
- **Específicas:** inclui praticamente todos os aspetos da gestão hospitalar, desde a ação médica, aprovisionamento, auditoria interna, gestão de doentes, gestão de projetos, investimentos e património, gestão de recursos humanos, gestão do imobilizado, gestão financeira, gestão hoteleira, instalações e equipamentos, jurídico e de contencioso, monitorização da prescrição médica, planeamento e controlo de gestão, qualidade e segurança do doente, até a tecnologias e sistemas de informação.

O PPR, segunda revisão datada de setembro de 2023, ao mapear os riscos, num total de 126 riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, oferece a distribuição de cada situação que pode originar o risco: operacional (36%), financeiro (16%), corrupção (12%), informação para a tomada de decisões (8%), violação de dados pessoais (8%), recursos humanos (6%), abuso de autoridade (3%), cibersegurança (3%), peculato (3%), conflito de interesses (2%), tecnologia da informação (2%), externo ou de ambiente (1%).

Figura 1 | N.º de riscos identificados



Fonte: PPR 2022-2025

Os riscos foram classificados como elevados, moderados ou fracos, com base na análise dos fatores mais significativos, dos quais se destacam:

- eficácia do Sistema de Controlo Interno;
- tempo decorrido desde a última avaliação ou ação de auditoria;
- existência de uma estrutura organizacional adequada e transparente, com uma clara atribuição de tarefas e responsabilidades;
- idoneidade dos dirigentes, aos quais se requer um compromisso ético e um comportamento íntegro e rigoroso;
- conduta dos dirigentes e trabalhadores, incluindo a existência de normas e/ou princípios que pautem a sua atuação e motivação;
- legislação que, por vezes, não propicia, de forma simples, a tomada de decisões sem riscos;
- natureza e valor dos ativos e recursos;
- falha no cumprimento dos objetivos;
- número de comunicações sobre eventuais irregularidades e denúncia de infrações.

Face às 126 situações identificadas que podem originar riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas, foram delineadas 188 medidas de resposta ao risco.

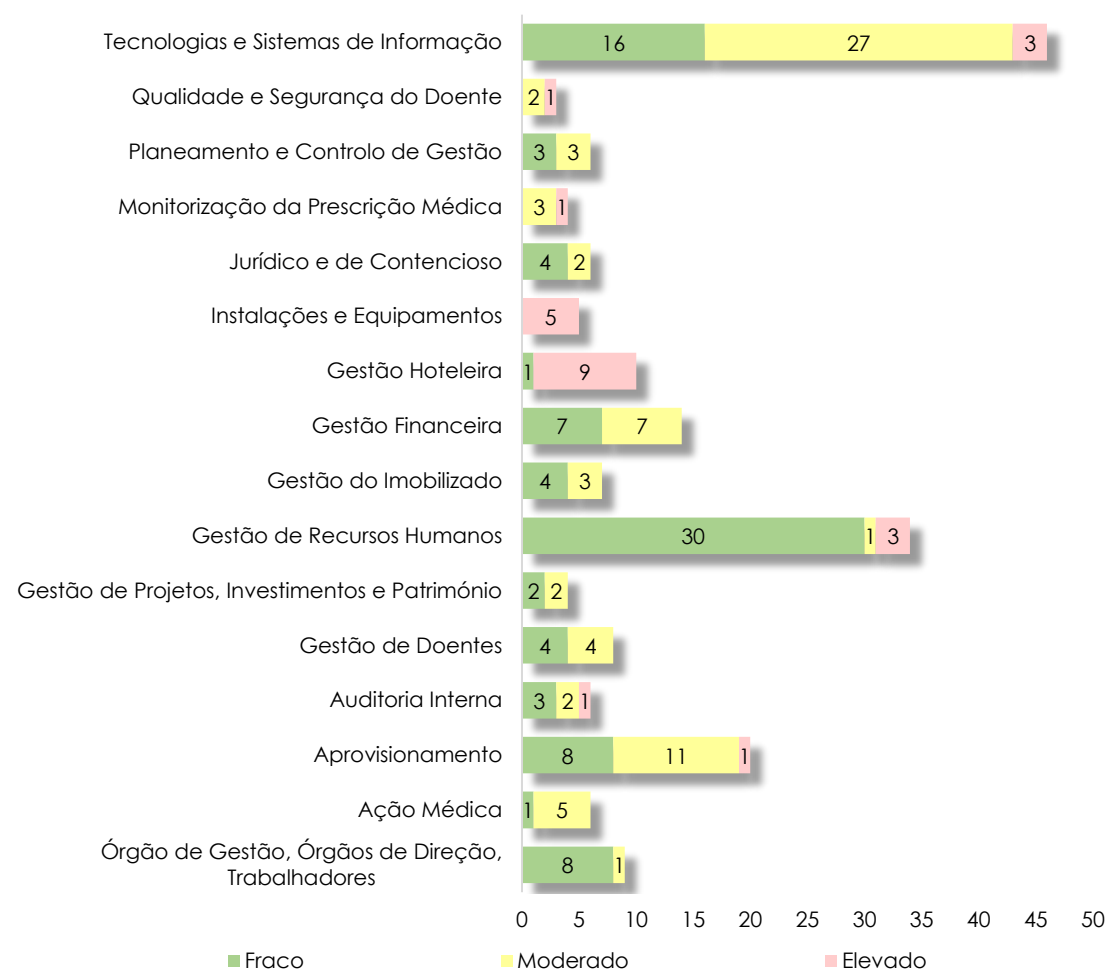
Verifica-se uma proporção de riscos e respetivas medidas de resposta de 1:1 nas áreas de Gestão Financeira, Jurídico e de Contencioso, Monitorização da Prescrição Médica, e Qualidade e Segurança do Doente. Nas restantes áreas, verifica-se um número de medidas de resposta ao risco superior ao número de riscos identificados.

Figura 2 | N.º de riscos e medidas de resposta ao risco por área de atividade

Área de atividade	Identificação do risco	Resposta ao risco			
		Fraco	Moderado	Elevado	Total
Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores	5	8	1	0	9
Ação Médica	3	1	5	0	6
Aprovisionamento	12	8	11	1	20
Auditoria Interna	4	3	2	1	6
Gestão de Doentes	6	4	4	0	8
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	3	2	2	0	4
Gestão de Recursos Humanos	22	30	1	3	34
Gestão do Imobilizado	6	4	3	0	7
Gestão Financeira	14	7	7	0	14
Gestão Hoteleira	9	1	0	9	10
Instalações e Equipamentos	4	0	0	5	5
Jurídico e de Contencioso	6	4	2	0	6
Monitorização da Prescrição Médica	4	0	3	1	4
Planeamento e Controlo de Gestão	5	3	3	0	6
Qualidade e Segurança do Doente	3	0	2	1	3
Tecnologias e Sistemas de Informação	20	16	27	3	46
Total	126	91	73	24	188

Fonte: PPR 2022-2025

Figura 3 | N.º de medidas de resposta ao risco por área de atividade



Fonte: PPR 2022-2025

2. METODOLOGIA

A monitorização do PPR assenta na análise das respostas dos responsáveis das áreas envolvidas, realizadas através de formulários e ações coordenadas pelo Serviço de Auditoria Interna.

Os responsáveis das áreas são envolvidos na avaliação da execução dos respetivos mapas de riscos, reportando a situação a 31/12/2023. Esta avaliação é baseada em três níveis análise:



O Serviço de Auditoria Interna tem a responsabilidade de compilar, organizar e analisar a informação recolhida, com o objetivo de aferir o grau de execução das medidas adotadas de resposta ao risco.

Para uma análise eficaz, cumprem-se considerar os seguintes fatores:

- **Grau de execução das medidas preventivas/corretivas:** avaliar até que ponto as medidas implementadas têm sido eficazes na redução da probabilidade de ocorrência e do impacto dos riscos identificados;
- **Justificação de eventuais atrasos:** identificar os motivos que podem ter causado atrasos na implementação das medidas previstas;
- **Compreensão e adesão aos controlos:** verificar se as medidas de resposta ao risco são plenamente compreendidas e seguidas em todos os níveis da organização.

3. RESULTADOS

3.1. MONITORIZAÇÃO DO PPR

Numa apreciação global, à data de 31/12/2023, as medidas implementadas e em fase de implementação representam 87% (164) do total de 188 medidas de resposta ao risco. As medidas ainda não implementadas constituem 13% (24) do total. Este valor, embora relativamente baixo, sinaliza as áreas que requerem atenção adicional.

Figura 4 | Execução das medidas de resposta ao risco, por área de atividade

Área de atividade	Implementada		Em execução		Não implementada		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Órgão de Gestão, de Direção, Trabalhadores	8	89%	1	11%	0	0%	9
Ação Médica	1	17%	5	83%	0	0%	6
Aprovisionamento	8	40%	11	55%	1	5%	20
Auditoria Interna	3	50%	2	33%	1	17%	6
Gestão de Doentes	4	50%	4	50%	0	0%	8
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	2	50%	2	50%	0	0%	4
Gestão de Recursos Humanos	30	88%	1	3%	3	9%	34
Gestão do Imobilizado	4	57%	3	43%	0	0%	7
Gestão Financeira	7	50%	7	50%	0	0%	14
Gestão Hoteleira	1	10%	0	0%	9	90%	10
Instalações e Equipamentos	0	0%	0	0%	5	100%	5
Jurídico e de Contencioso	4	67%	2	33%	0	0%	6
Monitorização da Prescrição Médica	0	0%	3	75%	1	25%	4
Planeamento e Controlo de Gestão	3	50%	3	50%	0	0%	6
Qualidade e Segurança do Doente	0	0%	2	67%	1	33%	3
Tecnologias e Sistemas de Informação	16	35%	27	59%	3	7%	46
Total	91	48%	73	39%	24	13%	188

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

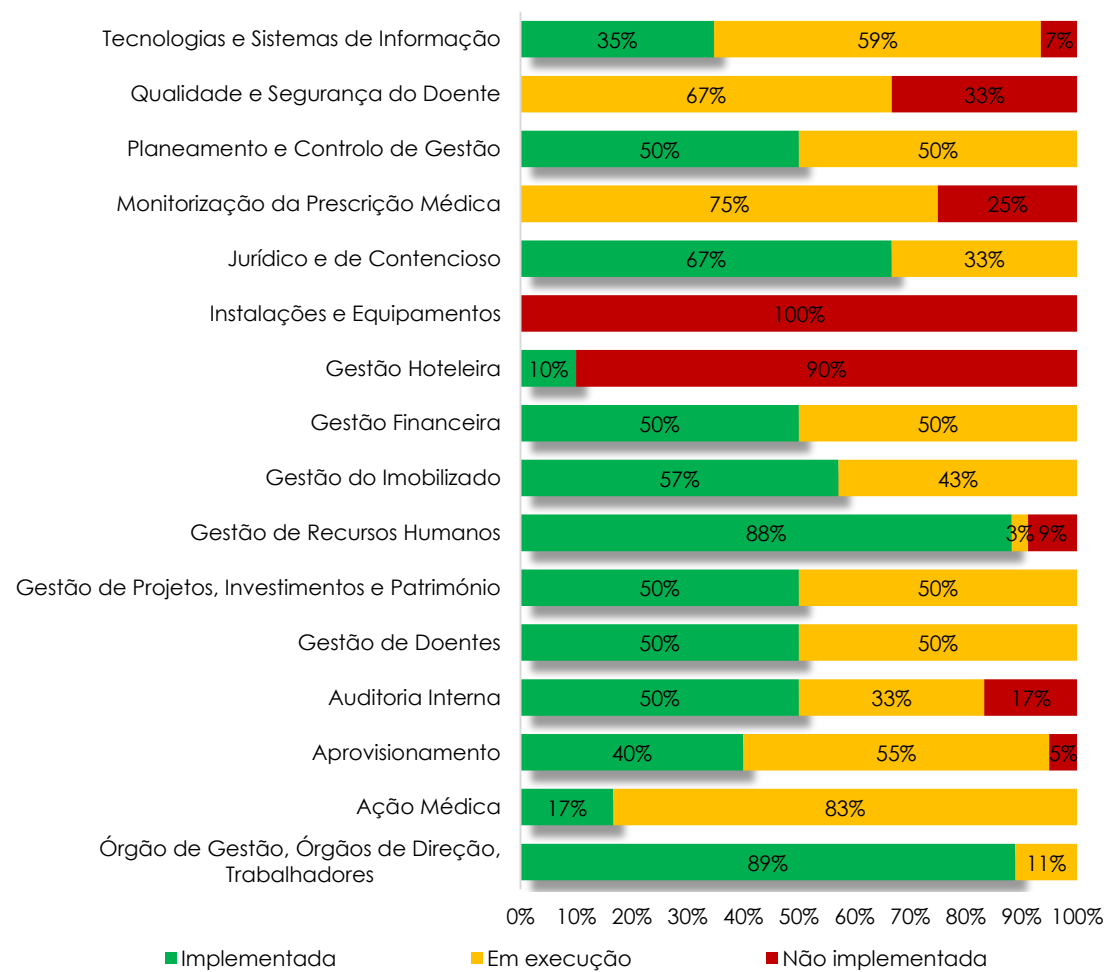
Destaca-se:

- Instalações e Equipamentos foi a única área que não respondeu à avaliação do grau de execução das medidas a implementar. Como resultado, as cinco medidas foram consideradas, na sua totalidade, como não implementadas, o que pode ter implicações significativas na gestão de riscos associados a esta área.
- As áreas de Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores, Gestão de Recursos Humanos, Jurídico e de Contencioso apresentam as maiores percentagens de **MEDIDAS IMPLEMENTADAS**, atingindo cerca de 89%, 88% e 67%, respetivamente. Este elevado nível de execução reflete um forte compromisso com a implementação das estratégias de mitigação de riscos.
- As áreas de Ação Médica, Monitorização da Prescrição Médica, e Qualidade e Segurança do Doente apresentam as maiores percentagens de **MEDIDAS EM**

EXECUÇÃO, com 83%, 75% e 67%, respetivamente. As elevadas taxas de execução indicam um progresso contínuo na implementação de medidas.

- As áreas de Instalações e Equipamentos e Gestão Hoteleira registam as maiores percentagens de **MEDIDAS NÃO IMPLEMENTADAS**, com 100% e 90%, respetivamente. A falta de implementação de medidas nestas áreas sublinha a necessidade de uma revisão das estratégias de gestão de riscos.
- A atual responsável pela área de Gestão Hoteleira, que assumiu funções em janeiro de 2024, justificou a impossibilidade de identificar evidências que demonstrem o nível de desenvolvimento das ações definidas na matriz de risco. Esta dificuldade deve-se à ausência de transição de responsabilidades, o que implicou uma falta de continuidade na documentação e no acompanhamento das ações previstas. Além disso, a nova responsável destacou a necessidade urgente de revisão das situações que podem originar riscos, conforme elencadas na respetiva matriz. Reconhecendo a importância de uma avaliação precisa, solicitou prontamente a colaboração do Serviço de Auditoria Interna.

Figura 5 | Visualização gráfica da execução das medidas de resposta ao risco, por área de atividade



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Detalha-se o grau de execução das medidas previstas, por área de atividade e por nível de risco. Esta compilação permite uma análise objetiva do progresso feito até 31/12/23.

Figura 6 | Execução das medidas de resposta ao risco, por área de atividade e nível de risco

Área de atividade e nível de risco	Fraco	Moderado	Elevado	Total	Grau de execução
Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores	0	3	6	9	
Implementada		3	5	8	89%
Em execução			1	1	11%
Não implementada				0	0%
Ação Médica	0	0	6	6	
Implementada			1	1	17%
Em execução			5	5	83%
Não implementada				0	0%
Aprovisionamento	1	11	8	20	
Implementada	1	1	6	8	40%
Em execução		9	2	11	55%
Não implementada		1		1	5%
Auditoria Interna	0	1	5	6	
Implementada		1	2	3	50%
Em execução			2	2	33%
Não implementada			1	1	17%
Gestão de Doentes	0	3	5	8	
Implementada		2	2	4	50%
Em execução		1	3	4	50%
Não implementada				0	0%
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	0	0	4	4	
Implementada			2	2	50%
Em execução			2	2	50%
Não implementada				0	0%
Gestão de Recursos Humanos	8	23	3	34	
Implementada	5	22	3	30	88%
Em execução	1			1	3%
Não implementada	2	1		3	9%
Gestão do Imobilizado	1	3	3	7	
Implementada	1	1	2	4	57%
Em execução		2	1	3	43%
Não implementada				0	0%
Gestão Financeira	4	8	2	14	
Implementada	3	4		7	50%
Em execução	1	4	2	7	50%
Não implementada				0	0%

Área de atividade e Nível de risco	Fraco	Moderado	Elevado	Total	Grau de execução
Gestão Hoteleira	3	6	1	10	
Implementada		1		1	10%
Em execução				0	0%
Não implementada	3	5	1	9	90%
Instalações e Equipamentos	4	1	0	5	
Implementada				0	0%
Em execução				0	0%
Não implementada	4	1		5	100%
Jurídico e de Contencioso	0	5	1	6	
Implementada		4		4	67%
Em execução		1	1	2	33%
Não implementada				0	0%
Monitorização da Prescrição Médica	0	1	3	4	
Implementada				0	0%
Em execução			3	3	75%
Não implementada		1		1	25%
Planeamento e Controlo de Gestão	0	1	5	6	
Implementada			3	3	50%
Em execução		1	2	3	50%
Não implementada				0	0%
Qualidade e Segurança do Doente	0	0	3	3	
Implementada				0	0%
Em execução			2	2	67%
Não implementada			1	1	33%
Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação	0	23	23	46	
Implementada		4	12	16	35%
Em execução		18	9	27	59%
Não implementada		1	2	3	7%
Total	21	89	78	188	
Implementada	10	43	38	91	48%
Em execução	2	36	35	73	39%
Não implementada	9	10	5	24	13%

Fonte: Serviço de Auditoria Interna

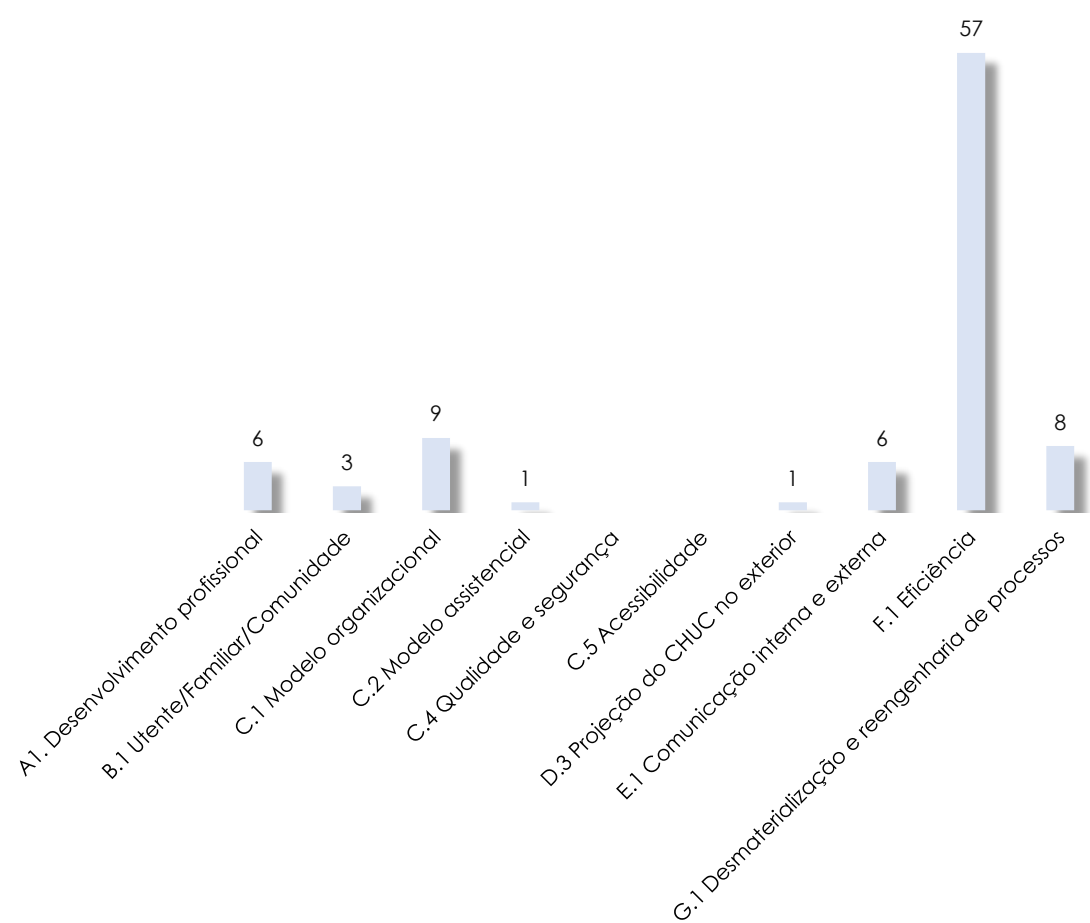
Para uma análise mais pormenorizada sobre a descrição das medidas previstas no PPR e a respetiva avaliação e fundamentação, especificamente por área de atividade, sugere-se a consulta dos mapas de risco que constam em anexo.

3.2. CONTRIBUTO EXPECTÁVEL

De forma a integrar uma abordagem de criação de valor sustentável, o PPR considerou os objetivos institucionais e os objetivos de desenvolvimento sustentável, que estabelecem as prioridades e aspirações globais para 2030. Esta integração visa proporcionar uma visão abrangente dos riscos que o CHUC e as suas atividades enfrentam, garantindo que todas as ações estão alinhadas com as melhores práticas globais de sustentabilidade.

Cada medida de resposta ao risco foi delineada para contribuir diretamente para o cumprimento dos objetivos institucionais. A figura seguinte ilustra a distribuição das 91 medidas implementadas à data de 31/12/2023, por objetivo.

Figura 7 | N.º de medidas implementadas que contribuem para a execução dos objetivos institucionais



Fonte: Serviço de Auditora Interna

Para cada área de atividade, foi identificada pelo menos uma medida que apoia a realização dos objetivos de desenvolvimento sustentável, num total de 22 medidas, das quais 10 já se encontram implementadas.

Figura 8 | N.º de medidas implementadas que contribuem para a execução dos objetivos de desenvolvimento sustentável



Fonte: Serviço de Auditoria Interna

Esta abordagem integrada melhora a reputação institucional, promove práticas sustentáveis e garante que o CHUC está bem posicionado para enfrentar os desafios futuros de maneira responsável e eficaz.

3.3. AÇÕES DE SENSIBILIZAÇÃO

No último mês de 2023, foram executadas medidas significativas para fortalecer a estratégia de gestão de riscos. A promoção de ações de sensibilização nas áreas de Cibersegurança, Proteção de Dados e Sistema de Controlo Interno foi uma iniciativa relevante nesse esforço.

Ao adotar uma abordagem inovadora que combinou o formato e-learning com aulas assíncronas, o CHUC conseguiu garantir que estas formações estivessem acessíveis a todos os dirigentes e trabalhadores, reforçando o compromisso com a formação contínua e a adoção de melhores práticas nestes domínios.

Através de atividades interativas, o curso do Sistema de Controlo Interno apresenta aos dirigentes e trabalhadores o PPR e, de forma simples, os riscos de corrupção e infrações conexas, nos termos do Código Penal. Esta ação promove ainda esclarecimentos sobre disposições aplicáveis às entidades públicas, com destaque para acumulação de funções, conflitos de interesses, promoção da concorrência na contratação pública, entre outras. Estas matérias também se encontram explanadas no teste de conhecimentos, de carácter obrigatório, para a conclusão do curso.

Até 31/12/2023, os números indicam um envolvimento substancial dos trabalhadores: 1.453 trabalhadores frequentaram ações de Cibersegurança e Proteção de Dados e 594 trabalhadores frequentaram a sessão referente ao Sistema de Controlo Interno.

4. CONCLUSÕES

Do exposto resultam as seguintes conclusões:

1. O PPR integra 126 situações que podem originar riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infrações conexas, e 188 medidas preventivas e corretivas de resposta ao risco.
2. O PPR é monitorizado pelo Serviço de Auditoria Interna com o contributo dos Responsáveis das áreas de atividade integradas no presente âmbito.
3. A monitorização constitui um processo sistemático de acompanhamento do risco em todas as suas componentes que permite assegurar a eficácia da criação, implementação e resultados do processo de gestão de riscos, em tempo oportuno.
4. O Serviço de Auditoria Interna elabora, no mês de outubro, a avaliação intercalar e, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, o relatório de avaliação anual, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas nos mapas de riscos.
5. O presente relatório, relativo ao exercício de 2023, integra a avaliação do grau de execução das medidas adotadas de resposta ao risco das áreas constantes no PPR 2022-2025.
6. A taxa de participação na monitorização é de 94%, evidenciando a ausência de resposta apenas da área de Instalações e Equipamentos.
7. A avaliação reflete acerca da eficácia e adequação do PPR. Considerando a situação em 31/12/2023, das dezasseis áreas de atividade analisadas, as medidas implementadas e em execução representam 87% do total de 188 medidas preventivas e corretivas de resposta ao risco. Destas, 48% (91) estão implementadas e 39% (73) encontram-se em fase de execução. Ainda restam 13% (24) das medidas que ainda não foram implementadas até à data de referência.
8. O elevado nível de implementação e execução evidencia um forte compromisso do CHUC com a mitigação de riscos.
9. As áreas onde as medidas ainda não foram implementadas requerem atenção prioritária para assegurar a sua execução integral.
10. O PPR não apenas fortalece a gestão de riscos do CHUC, mas também promove a sustentabilidade ao assegurar que as suas ações contribuem para os compromissos globais.
11. Constata-se o empenho dos dirigentes e trabalhadores na participação de ações de sensibilização que impactam a estratégia de gestão de riscos: 1.453 trabalhadores participaram em ações de Cibersegurança e Proteção de Dados e 594 trabalhadores participaram na sessão referente ao Sistema de Controlo Interno.

5. RECOMENDAÇÕES

O Serviço de Auditoria Interna coloca à consideração superior as seguintes recomendações:

1. Envio do Relatório de Execução:

Envio do relatório de execução aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, especificamente à Administração Central do Sistema de Saúde e à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, nos termos do n.º 14 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

2. Comunicação às Autoridades de Inspeção:

Envio do relatório de execução ao serviço de inspeção da área da saúde, nomeadamente a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção, nos termos do n.º 7 do artigo 6.º do Regime Geral de Prevenção da Corrupção.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

3. Transparência e Divulgação:

Publicação do relatório de execução na intranet e na página oficial na internet da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, excetuando as matérias que o Conselho de Administração considere de natureza reservada.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Serviço de Auditoria Interna

4. Promoção da colaboração interdepartamental:

Incentivar a colaboração entre diferentes departamentos/serviços, especialmente nas atividades cujos processos de implementação das medidas de mitigação de riscos são partilhados.

AÇÃO: sempre que necessário, sem um prazo específico, dependendo das circunstâncias e das condições observadas; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

5. Garantia do desempenho:

Assegurar o desempenho eficiente das atividades, particularmente a utilização eficaz dos ativos e recursos, e a continuidade, segurança e qualidade da prestação de cuidados de saúde. Para o efeito, deve contribuir uma adequada gestão e controlo dos riscos e a garantia de mecanismos de prevenção e proteção do serviço público contra atuações danosas.

AÇÃO: sempre, de forma constante, como parte das rotinas diárias ou periódicas; INTERVENIENTE: Dirigentes e Trabalhadores.

6. Harmonização dos Planos de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas:

Unificar os planos, atualmente em vigor, respeitantes a cada uma das unidades hospitalares e unidades dos cuidados de saúde primários que integram a ULS Coimbra num único plano consolidado.

AÇÃO: dez. 2024; **INTERVENIENTE:** Conselho de Administração, Serviço de Auditoria Interna e Dirigentes

7. Constituição da Comissão de Gestão de Riscos:

Formar uma Comissão de Gestão de Riscos com a função de assessorar o Conselho de Administração na supervisão das atividades de gestão de riscos nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos da ULS Coimbra.

AÇÃO: jun. 2024; **INTERVENIENTE:** Conselho de Administração

6. ANEXO | MAPAS DE RISCOS

ÓRGÃO DE GESTÃO, ÓRGÃOS DE DIREÇÃO, TRABALHADORES

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Estrutura Organizacional	Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	Operacional	4	Moderado	Atualização do organograma	nov /22	Implementada	Aprovação do organograma em reunião de Conselho de Administração de 22/11/22
	Exercício indevido de competências	Abuso de autoridade	3	Moderado	Publicação das delegações e subdelegações de competências aprovadas no portal do CHUC Criação de um repositório digital com a informação de todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas	sempre que se verifique dez/22	Implementada Implementada	Divulgação por via de Circulares Informativas O portal CHUC_Modern Workplace centraliza toda a informação pertinente ao exercício da atividade dos dirigentes e trabalhadores.
Ética e Conduta	Assédio moral ou discriminação de trabalhadores por razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual	Abuso de autoridade	6	Elevado	Divulgação do Código de conduta ética Atualização do Código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho	set/22 mar/23	Implementada Implementada	Divulgação do Código de Conduta Ética em Circular Normativa n.º 11/22, de 04/10 Divulgação do Código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho em Circular Normativa n.º 16/23, de 05/09
Proteção de dados	Incumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Divulgação do RGPD e assegurar o seu cumprimento Formação no âmbito da proteção de dados, pelo menos, a 50% dos trabalhadores	dez/22 dez/22	Implementada Em execução	Divulgação da Política de Privacidade e Proteção de Dados em Circular Normativa n.º 10/22, de 12/08. 1.453 trabalhadores (17%) concretizaram com sucesso a formação no âmbito de cibersegurança e proteção de dados

ÓRGÃO DE GESTÃO, ÓRGÃOS DE DIREÇÃO, TRABALHADORES (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Acumulação de funções público-privadas	Comprometimento da isenção e imparcialidade exigidas no exercício das funções	Conflito de interesses	9	Elevado	Subscrição de declarações de interesses, incompatibilidades e impedimentos relativamente a cada procedimento que lhes seja confiado no âmbito das suas funções e no qual tenham influência, nas quais assumam de forma inequívoca a inexistência de impedimentos ou de interesses privados que possam colocar em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação	sempre que se verifique	Implementada	As declarações estão publicadas na página eletrónica do CHUC em: https://www.chuc.min-saude.pt/transparencia/incompatibilidades/declaracoes-de-inexistencia-de-incompatibilidades-ou-impedimentos-2023/
					Apresentação obrigatória de pedido de autorização de acumulação de funções nos termos definidos: a) nos artigos 19.º a 24º da LTFP, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual b) Acordo Coletivo de Carreiras (trabalhadores médicos com regime de contrato de trabalho em funções públicas) c) Acordo Coletivo de Trabalho (trabalhadores médicos com contrato individual de trabalho, integrados na carreira especial médica) d) Circulares normativas aprovadas neste âmbito e divulgadas no portal do CHUC	nos termos definidos	Implementada	Existem dois Procedimentos Específicos (PE) referentes ao exercício de funções públicas em acumulação com outras funções públicas ou privadas, assim como um formulário de 'Pedido de Acumulação de funções'. O PE-01.04 refere-se aos procedimentos que devem ser efetuados pelos trabalhadores das carreiras gerais e especiais (exceto os da carreira médica). O PE-02.04 é exclusivo para os trabalhadores das carreiras médica e especial médica, considerando as particularidades com outras carreiras da Administração Pública, uma vez que contemplam as várias situações de acumulação de funções privadas a serem exercidas em regime de trabalho autónomo ou em regime de trabalho subordinado. Todas as acumulações de funções autorizadas são registadas na aplicação do RHV, conforme determina a Circular Normativa n.º 25/2013, de 4 de julho da ACSS. O Plano de Auditoria Interna 2023 integra uma ação de auditoria aos procedimentos de controlo interno utilizados nos processos de autorização da acumulação de funções públicas com funções ou atividades privadas. A ação de auditoria iniciou-se em outubro de 2023.

AÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Ação médica	Acesso ou uso sem autorização da informação clínica	Violação de dados pessoais	9	Elevado	Acesso à aplicação feito através de perfis de utilizador	dez/23	Implementada	O STSI criou para cada trabalhador uma conta a que designou "utilizador único", formada pelo número mecanográfico e a senha do GestRH, de forma a assegurar que a conta/senha tem maior importância, por ser única e permitir o acesso a várias aplicações do CHUC.
					Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de proteção de Dados (RGPD)	dez/24	Em execução	-
	Desvios na lista de espera de cirurgias e/ou consultas para favorecimento de utentes	Operacional	6	Elevado	Monitorização das listas de espera para consulta e cirurgia, com níveis de prioridade preconizados	dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	-
					Realização de auditorias às listas de espera de cirurgias e consultas	dez/24	Em execução	-
	Realização de MCDT externamente sem validação da capacidade instalada	Financeiro	6	Elevado	Planeamento da capacidade instalada e taxa de utilização dos equipamentos	dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	-
					Auditoria ao agendamento de MCDT	dez/24	Em execução	-

APROVISIONAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Recursos Humanos	Recursos humanos insuficientes/não qualificados/desmotivados	Recursos humanos	9	Elevado	Reenvio ao Serviço de Formação do plano formativo global para o SA Frequência de acções de formação ministradas pelos SPMS, pela Vortal e pelo STSI	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25 sempre que oportuno	Implementada Implementada	Os profissionais têm efetuado formações avulsas ministradas por entidades externas. As substituições ocorreram durante o último trimestre do ano. No último trimestre foram realizadas algumas acções de formação entre elas a organizada pela APAH "Compras públicas de inovação" e a formação "Registar contratos no Portal Base", organizada pela Associação Portuguesa dos Contratos Públicos.
Compras	Anos findos e falta de procedimentos de aquisição adequados ao quadro legal	Corrupção	3	Moderado	Progressiva adoção de procedimentos abertos à concorrência e tramitados pela plataforma de contratação pública Vortal Adesão as compras centralizadas dos SPMS	dez/24; dez/26 dez/24	Em execução Em execução	Comparando o exercício de 2023 face a 2022, registaram-se aumentos no valor adjudicado nos seguintes tipos de procedimentos abertos à concorrência e ao abrigo de acordos-quadro (AQ) levados a cabo pela SPMS e pela ESPAP: +9,3% no ajustes diretos ao abrigo de AQ; +53,9% nas consultas prévias ao abrigo de AQ; +22,9% nos procedimentos de consulta prévia e +92,6% nos procedimentos de aquisição por concurso público.
	Incumprimento da legislação em vigor CCP, no que diz respeito ao cumprimento do art. 113º e de processos sujeitos a Tribunal de Contas por acumulação do valor	Corrupção	3	Moderado	Exequibilidade em avaliação	dez/24	Em execução	Está em curso a progressiva abertura de procedimentos à concorrência - Ver resposta ao ponto anterior.
	Não publicação atempada, no Portal BaseGov, dos procedimentos de contratação pública	Operacional	9	Elevado	Aquisição de prestação de serviços à Vortal para publicação eletrónica dos ajustes diretos simplificados através do envio periódico da informação acumulada do CHUC	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada	Foi contratada uma prestação de serviços à Vortal que permitiu a publicação de todos os ajustes directos simplificados, desde o ano 2018 até final de 2022. Relativamente à tarefa de registo da execução contratua na BaseGov, não tem sido feita integralmente por insuficiência de recursos humanos.
Logística	Existência de lacunas estruturais em vários locais de armazenamento, com as consequentes ineficiências a nível de gestão de materiais	Operacional	6	Elevado	Recurso ao arrendamento de armazém nos arredores de Coimbra, ao qual ainda se recorre atualmente para o efeito (armazém do SUCH) Estudo efetuado pelo Instituto Kaizen a fim de projetar um armazém central para o Setor de Logística. Está em curso elaboração de estudo prévio para existência de armazém central	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25 dez/23	Implementada Em execução	Mantém-se. Desconhece-se ainda o parecer da Câmara Municipal de Coimbra.
	Bens de elevado valor dados como consumidos à saída do armazém, aumentando os consumos e falseando a informação, bem como falta de controlo dos bens armazenados nos serviços (extravios)	Financeiro	6	Elevado	Otimização e alargamento do abastecimento logístico assente em armazéns avançados, com o alargamento a cerca de 140 AA (atualmente são menos de metade)	dez/24	Em execução	No final de 2023, contabilizavam-se 203 consignações e 54 armazéns avançados.
	Diferenças significativas entre as contagens manuais e os registos na aplicação	Operacional	4	Moderado	Está em fase de implementação o recurso a soluções móveis (hardware e software) para contagens de inventário. No Serviço de Farmácia Hospitalar o inventário já foi feito com recurso aos PDA Aumento do n.º de armazéns avançados com registo de consumos via PDA e software específico. Uma vez implementado o software eKanban, será possível efetuar inventários parciais e gerais com recurso a PDA	dez/24 dez/24	Em execução Em execução	Aguarda-se, ainda, a conclusão do interface entre o SIGIM e o eKanban, condição imprescindível para a implementação dos registos das operações via PDA.

APROVISIONAMENTO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Compras e Logística	Quantidade de pedidos de compras sem resposta atempada ou/ e sem informação pertinente e necessária	Informação para a tomada de decisões	6	Elevado	Progressiva adoção do SGICM para a efetivação dos pedidos	dez/24	Implementada	-
					Progressiva sensibilização dos requisitantes para a necessidade de planificarem e colaborarem no planeamento/acompanhamento das compras e utilização correta e completa do novo formulário existente para o efeito	dez/24	Implementada	-
	Dificuldade na gestão dos bens à consignação por falta de informação e registos	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Implementação de alterações no processo de registo das consignações em módulo SGICM, nomeadamente com a introdução da leitura ótica dos códigos GS1 dos fornecedores. Início dos trabalhos de consultadoria pelo Instituto Kaizen para a melhoria do sistema de gestão de consignados. Encetadas reuniões com vários fornecedores principais, espera-se o envio de dados de suporte à integração das consignações no SGICM; todas as novas consignações passam a ser realizadas com recurso ao aplicativo SGICM	dez/24	Implementada	-
					Implementação de procedimento através do novo software eKankan	dez/24	Em execução	Aguarda-se, ainda, a conclusão do interface entre o SGICM e o eKankan
Compras e SAIFS	Tempo de resposta dos SIE e dos Serviços para caracterização técnica com os respetivos atrasos nas aquisições	Operacional	4	Moderado	O procedimento/formulário para aquisição de investimentos que envolvem o apoio técnico do SIE foi concluído, embora antes da fase de aprovação se tenha optado pela sua operacionalização através de uma app a concluir em 2023	dez/23	Em execução	A APP que surgiu na sequência do procedimento/formulário para aquisição de investimentos e prestações de serviços foi concluída, estando, neste momento, em fase de testes nos blocos operatórios e, em breve, nos departamentos de coração e vasos e de ginecologia, obstetria, reprodução e neonatologia. Sensibilizado o SIE via reuniões e comunicações diversas, não foram concluídos os trabalhos dos júris referentes aos demais procedimentos plurianuais de aquisição de materiais de manutenção e conservação pendentes de adjudicação; face ao tempo já decorrido, não vislumbra como sendo viável a utilização das propostas apresentadas há cerca de 2 anos.
	Atrasos nas aquisições pelo facto de os profissionais se deslocarem constantemente para fazerem a receção destes materiais	Operacional	2	Fraco	Sensibilizar o SIE para que, para além do procedimento de aquisição plurianual de artigos de climatização, já adjudicado, conclua os trabalhos dos júris referentes aos demais procedimentos de aquisição de materiais de manutenção e conservação pendentes de adjudicação	dez/24	Não implementada	
Compras e SAIFS	Atrasos nas aquisições pelo facto de os profissionais se deslocarem constantemente para fazerem a receção destes materiais	Operacional	2	Fraco	Integração no SAIFS de um assistente operacional para a recepção conjunta com o serviço competente pela recepção qualitativa	dez/23	Implementada	-
Farmácia e Logística	Diferenças de inventário	Financeiro	4	Moderado	Implementação de software de picking e utilização de PDA nos armazéns dos polos HUC, HG e HP	dez/24	Em execução	Aguarda-se, ainda, a conclusão do interface entre o SGICM e o eKankan, condição imprescindível para a implementação dos registos das operações via PDA.
					Realização do inventário com recurso a ferramentas informáticas (em fase de implementação). No Serviço de Farmácia Hospitalar o inventário já é feito com recurso aos PDA	dez/23	Em execução	

AUDITORIA INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Plano Anual de Auditoria Interna	Taxa de execução do plano abaixo do expectável	Operacional	6	Elevado	Monitorização periódica do PAAI	mensal	Implementada	Realização de reuniões com a periodicidade quinzenal com o Conselho de Administração.
					Reforçar o número de recursos humanos no SAI	jun/22	Não implementada	Não obstante, em resultado do procedimento concursal para a constituição de reserva de recrutamento de técnico superior para o SAI, existir uma lista de candidatos admitidos na reserva de recrutamento de técnico superior homologada pelo Conselho de Administração em 02/09/2021, à data atual, não se verifica qualquer alteração no mapa de pessoal do serviço.
Relatórios de Auditoria	Relatórios de fraca qualidade e/ou com incorreções	Recursos humanos	3	Moderado	Formação contínua dos colaboradores do SAI, no mínimo 40h/ano por trabalhador, preferencialmente nas áreas que permitem maior transversalidade no contexto em que o SAI atua: económico-financeiro, jurídico-fiscal e tecnológico	dez/22	Implementada	As trabalhadoras realizaram um total de 202h em formações/seminários, 153,5h e 48,5h, por colaboradora: económico-financeiro (101h/50%), jurídico-fiscal (59h/29%), tecnológico (23h/11%), outro (19h/9%). As formações frequentadas encontram-se descritas no Relatório Anual de Auditoria Interna.
	Não aplicabilidade das recomendações aprovadas pelos auditados	Operacional	6	Elevado	Registo das recomendações no programa de gestão de auditorias e efetivar o respetivo acompanhamento por via sistema de alertas entre o SAI e o serviço auditado	dez/23	Em execução	No mês de outubro realizaram-se reuniões com a RISI para dar início ao registo das recomendações no programa de gestão de auditorias e respetivo o acompanhamento. Contudo, foram identificados alguns constrangimentos por se tratar de uma aplicação partilhada com o Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente. A aplicação apresenta, de momento, pouca flexibilidade às especificidades dos dois utilizadores.
Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Ausência de tempestividade quanto à avaliação das medidas corretivas e preventivas implementadas	Operacional	9	Elevado	Relatórios de execução do PPR de forma a registar qualquer ocorrência quanto ao expectável e quanto ao surgimento de novas situações de risco	outubro ano n e abril ano n+1	Implementada	O presente documento integra a avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas 2023
					Registo das medidas de controlo no programa de gestão de auditorias e efetivar o respetivo acompanhamento por via sistema de alertas entre o SAI e o serviço	dez/23	Em execução	No mês de outubro realizaram-se reuniões com a RISI para dar início ao registo das recomendações no programa de gestão de auditorias e respetivo o acompanhamento. Contudo, foram identificados alguns constrangimentos por se tratar de uma aplicação partilhada com o Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente. A aplicação apresenta, de momento, pouca flexibilidade às especificidades dos dois utilizadores.

GESTÃO DE DOENTES

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Estrutura Organizacional	Favorecimentos de entidades transportadoras e de agências funerárias e recebimento ilegítimo de contrapartidas	Corrupção	6	Elevado	Elaboração de procedimento para o Sector de Óbitos	ago/22	Implementada	Foi elaborado um novo procedimento interno
					Revisão do procedimento existente para o Sector de Transportes Não Urgente de Doentes	dez/23	Em execução	A revisão do procedimento está pendente da implementação da aplicação SGD. O CHUC está dependente da ACSS/SPMS para o efeito.
					Revisão do procedimento existente para o Sector de Informação Clínica	dez/23	Implementada	Foi elaborado um novo procedimento interno
Estrutura Organizacional	Não existência de segregação de funções no Sector de Facturação	Operacional	3	Moderado	Revisão de procedimento com a especificação das funções de cada posto de trabalho	dez/23	Implementada	-
Transporte Não Urgente de Doentes	Conduta ilícita na escolha de ambulância para transporte de doentes	Corrupção	3	Moderado	Revisão do procedimento interno, que já prevê: - a rotatividade pelos postos de trabalho; - as regras de registos dos contactos com as transportadoras na ferramenta da gestão automática de escalas; - as regras de registo para emissão de requisição de transporte na ferramenta de gestão de transportes; - as regras de registo para conferência de facturas na ferramenta de gestão de transportes.	dez/23	Em execução	-
Facturação	Falta de tempestividade na facturação dos contratos-programa	Financeiro	9	Elevado	Necessidade de uma ferramenta com alarmística que permita, de forma pró-activa, validar e corrigir a produção a facturar	dez/23	Em execução	Sem solução desenvolvida em resposta a esta necessidade identificada. Pelo que foi comunicado ao SGD, a solução passará pela intervenção da PROLOGICA.
Relatórios Clínicos	Falta de tempestiva na resposta aos requerentes	Operacional	9	Elevado	Necessidade de uma ferramenta com alarmística, que permita identificar os pedidos pendentes de resposta e otimizar a gestão dos pedidos de acesso à informação clínica	dez/23	Em execução	O STSI disponibilizou em estagiário para a construção desta ferramenta. O levantamento de necessidades já foi efetuado.
Protecção de dados	Acesso indevido à informação clínica	Violação de dados pessoais	3	Moderado	Elaboração de procedimento para acesso à informação clínica do CHUC	jan/23	Implementada	Aprovação do Procedimento para acesso à informatização clínica em reunião de Conselho de Administração de 22/12/22.

GESTÃO DE PROJETOS, INVESTIMENTOS E PATRIMÓNIO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão do património	Mau uso, estado de degradação e segurança do património edificado	Operacional	6	Elevado	Elaboração de procedimentos de prevenção e proteção face a causas naturais (inundações, incêndio, outros) e de origem animal (pragas, insetos, roedores, outros)	dez/23	Em execução	A nível de prevenção e de proteção contra incêndios, o Conselho de Administração nomeou um Delegado de Segurança Contra Incêndios da ULS Coimbra (Circular Informativa n.º 07/2024), que no caso concreto, é um Engenheiro do Serviço de Instalações e Equipamentos, que atua em toda a ULS e se baseia em procedimentos, cuja elaboração é obrigatória face à legislação em vigor, bem como é responsável pela manutenção de todas medidas de autoproteção. Este, também, colabora na elaboração do Plano de Emergência Interna, no qual estão vertidas todas as indicações e procedimentos a ter em conta por todos os profissionais em caso de emergência. A nível de prevenção de instalações, existem alguns procedimentos em elaboração, por exemplo no referente à necessidade de se colocarem redes de proteção em determinados locais para evitar a entrada de animais. A título de exemplo, foram colocadas proteções em rede nas janelas das cozinhas, nas chaminés e nalguns equipamentos de ventilação para evitar a entrada de animais, principalmente, de animais voadores que causam grandes prejuízos no normal funcionamento desses Serviços/equipamentos. A nível de prevenção e proteção face a causas de origem animal, existe um contrato com uma empresa de desinfestação que faz a manutenção/preventiva programada trimestralmente e sempre que identificada alguma infestação atuam de imediato sem limites de atuações (Esta atividade é da responsabilidade do Serviço de Gestão Hoteleira, que não integra o GGPIP, e que já solicitou à empresa os procedimentos em uso).
Acompanhamento e execução de projetos de investimento	Deficiente análise dos relatórios de progresso físicos e financeiros nos termos do contratualizado	Financeiro	6	Elevado	Elaboração de procedimentos de acompanhamento dos projetos de investimento, nomeadamente com referência a tipologia de investimento, intervenientes, cronograma, evolução física e financeira, alcance dos impactos estratégicos expectáveis	dez/23	Em execução	Foi elaborado um procedimento tipo para a caracterização dos investimentos de valor superior a 100.000 € para preenchimentos em conjunto com os serviços requisitantes. Após aprovados pelo CA, os investimentos são introduzidos no Plano Plurianual de Investimentos e existem ficheiros em excel para o seu acompanhamento.
	Deficiências nos suportes documentais dos pedidos de pagamentos relativos aos projetos que tenham como fonte de financiamento "Subsídio ao Investimento"	Corrupção	9	Elevado	Registo de informação no sistema de controlo e gestão para projetos de investimento	sempre	Implementada	No âmbito do sistema de controlo de gestão, o GGPIP utiliza uma plataforma informática da ACSS - SNS+ Investimentos - para acompanhamento dos investimentos com valor superior a 100.000 €.
					Elaboração de procedimentos de controlos prévios à realização dos pedidos de pagamento com suporte em verificações administrativas, com base em listas de verificação	dez/23	Implementada	Dadas as competências do GGPIP, apenas são efetuados pedidos de pagamento no âmbito dos projetos co-financiados por fundos comunitários ou outros e nestes casos, são elaboradas check-lists em função das especificidades de cada projeto co-financiado.

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Assiduidade e Vencimentos	Erro no registo de férias, faltas e licenças no RHV	Operacional	3	Moderado	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	jun/26	Implementada	Aprovado pelo CA a 10/08/2023 o documento "Regulamento de Horários de Trabalho e de Assiduidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.", a ser revisto em junho de 2026.
	Insuficiência de controlo de assiduidade em grupos profissionais não integrados em escala	Operacional	4	Moderado	Realizar validações internas de modo a garantir o cumprimento do RHTA	regular (SGRH); set/23 (SAI)*	Não implementada	Prevê-se concretizar a presente medida até 31/12/2024.
	Favorecimento ilícito na atividade de validação de ausências	Abuso de autoridade	3	Moderado	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	jun/26	Implementada	Aprovado pelo CA a 10/08/2023 o documento "Regulamento de Horários de Trabalho e de Assiduidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.", a ser revisto em junho de 2026.
	Erro na introdução de informação de abonos/descontos/contribuições no RHV	Corrupção	4	Moderado	Realizar conferências à informação constante no RHV com implicação na atividade de processamento Elaborar relatórios mensais de ocorrências e controlo de suplementos remuneratórios	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25 mensal	Implementada Implementada	No seguimento das informações pedidas, inclusivamente por entidades externas (ACSS, DGO, Inspeção-Geral de Finanças, Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas) são feitas validações regulares à informação constante no RHV e consequente aperfeiçoamento de procedimentos internos. Criação de reporte mensal das ocorrências relativas à atividade de processamento. A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
	Processamento indevido de benefícios e compensações ou sem evidência de autorização	Corrupção	3	Moderado	Realizar o processamento de benefícios e compensações após autorização escrita Integrar de forma direta a informação dos suplementos remuneratórios no RHV	mensal mensal	Implementada Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023, respeitando o circuito criado para o efeito. A medida foi implementada no ano anterior e manteve-se em vigor em 2023, respeitando o circuito criado para o efeito. Foi totalmente implementada e consolidada a gestão de escalas de trabalho de forma informatizada com o apoio da empresa A2.
	Falta de reposição de importâncias indevidamente recebidas por trabalhadores cuja remuneração é processada pelo SGRH	Corrupção	6	Elevado	Elaborar relatório anual a apresentar ao CA sobre as situações pendentes de dever de reposição de importância indevidamente recebida que integre a seguinte informação: data do recebimento indevido; ponto de situação, nomeadamente as diligências na notificação ao trabalhador	janeiro n+1	Implementada	A 10/08/2023 foi aprovada a revisão do procedimento "Reposição de verbas indevidamente recebidas", passando a proceder-se de acordo com o mesmo. Sendo que a monitorização da liquidação da dívida é da responsabilidade do Serviço de Gestão Financeira. O procedimento será revisto em dezembro de 2024.
	Incumprimento das obrigações legais e outras, decorrentes do processamento de vencimentos (segurança social, impostos, penhoras, pensões, pagamento de ordens profissionais,...)	Recursos humanos	2	Fraco	Partilhar com os profissionais do SGRH, nova legislação e/ou alterações/atualizações da legislação em vigor, via e-mail, e abordar a matéria nas reuniões de Serviço	sempre que aplicável	Implementada	São partilhados os atos legislativos de relevo para cada posto de trabalho, assim como as comunicações, entendimentos e FAQ's relevantes.
	Diferença entre a informação que resulta do simulador da Caixa Geral de Aposentações/expectável face à situação final/real	Operacional	1	Fraco	Elaborar um manual de procedimentos relativo ao processo de aposentações	dez/23	Não implementada	Prevê-se concretizar a presente medida no decorrer do biénio 2023-2024.

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Carreiras e Gestão Documental	Perda/extravio de documentos	Operacional	4	Moderado	Utilização de uma plataforma documental, SmartGovernance, que permite a definição de procedimentos internos de avaliação e seleção de documentos, em substituição do suporte de papel, permitindo circuitos de trabalho desmaterializados	jan/23	Implementada	O circuito documental foi criado em anos anteriores, manteve-se em vigor em 2023, e realizado através da plataforma SmartGovernance.
	Demora no processo do arquivo digital	Operacional	2	Fraco	Reorganizar tarefas de modo a concretizar o processo de gestão documental em tempo real, com base na documentação que transita da plataforma SmartGovernance	jan/23	Implementada	A medida tem vindo a ser implementada em anos anteriores, manteve-se em vigor no ano de 2023 recorrendo à plataforma SmartGovernance,
	Favorecimentos ilícitos na atividade de recrutamento e seleção	Abuso de autoridade	3	Moderado	Definir a política interna de recrutamento e seleção de pessoal	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023. Prevê-se em 2024 a revisão do Regulamento do recrutamento e seleção de trabalhadores a contratar por contrato de trabalho.
					Nomear Júris diferenciados para cada procedimento (recrutamento e seleção) e respetiva homologação pelo CA	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
					Publicitar o aviso de abertura do procedimento em Diário da República ou Jornal de expansão nacional/regional e no portal institucional	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
	Incumprimento de pré-requisitos no processo de admissão (cédulas profissionais, habilitações literárias...)	Recursos humanos	3	Moderado	Criar normas com instruções específicas, claras e transparentes destinadas aos Júris e candidatos.	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
					Formalizar procedimentos internos para processos de recrutamento e seleção	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023. Prevê-se em 2024 a revisão do Regulamento do recrutamento e seleção de trabalhadores a contratar por contrato de trabalho.
	Falha/atraso de registo individual e falta de atualização de dados pessoais	Recursos humanos	2	Fraco	Reorganizar tarefas de modo a concretizar atempadamente os processos de registo e de atualização de dados pessoais em ambiente de webRHV	dez/23	Não implementada	Prevê-se concretizar a presente medida até 31/12/2024. Está a ser elaborado um procedimento específico para o efeito.
					Realizar validações à informação constante no RHV no que respeita aos dados pessoais	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
	Falta/atraso do processo avaliativo	Recursos humanos	4	Moderado	Incentivar a intervenção dos profissionais no processo de avaliação	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
	Exercício da atividade em acumulação de funções sem prévia autorização	Conflito de interesses	4	Moderado	Realizar periodicamente validações à informação registada no RHV comparando com informação externa	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
					Elaboração de procedimentos internos para apoio e suporte dos pedidos de acumulação de funções	em vigor	Implementada	Foram revistos os procedimentos específicos para requerer a acumulação de funções públicas ou privadas.
	Indisponibilidade de informação	Operacional	2	Fraco	Desenvolver procedimentos internos para o registo de informação	sempre que aplicável	Em execução	Prevê-se concretizar a presente medida em 2024, com a conclusão da elaboração do Manual de Procedimentos SGRH.

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Informação, Planeamento e Desenvolvimento	Falta de atualização dos dados profissionais e de informação adicional relevante (exemplo: centros de custo, unidades orgânicas)	Operacional	4	Moderado	Realizar validações internas à informação constante no GEADAP, RHV e WebRHV	regular	Implementada	São realizadas validações mensais aos dados constantes nas aplicações do GEADAP e RHV.
	Inexistência de profissionais adequados às necessidades reais do CHUC	Recursos humanos	6	Elevado	Efetuar uma gestão previsional dos efetivos, nomeadamente através da elaboração do Mapa de Pessoal e respetiva proposta orçamental	ago/23; ago/24; ago/25	Implementada	Foi elaborada a proposta de mapa de pessoal para 2024 em agosto/2023. Elaborada nova proposta para 2024 em dez/2023 já no âmbito da ULS Coimbra. Encontrando-se em fase de aprovação da DE-SNS.
					Cooperar na consolidação dos centros de custos RH com os centros de custos financeiros e de produção	sempre que aplicável	Implementada	Realizadas conferências regulares à base de dados para corrigir possíveis falhas na inserção dos CC.
	Enviesamento na recolha, tratamento e análise da informação	Informação para a tomada de decisões	2	Fraco	Assegurar a recolha e a qualidade da informação necessária à produção de estatísticas e outra informação de gestão no âmbito dos RH através, de validações à informação registada, nos sistemas de informação e respetiva correção quando necessário	mensal	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
					Monitorizar a evolução dos principais indicadores de gestão, nomeadamente de RH e respetivos gastos e, análise dos desvios detetados	mensal	Implementada	Mensalmente, são efetuadas monitorizações ao n.º de recursos humanos, por grupo profissional, carreira e local de trabalho, e sobre os respetivos gastos por grupo profissional e por tipo de abono.
	Falta de transparência da informação	Informação para a tomada de decisões	3	Moderado	Divulgar informação relativa a indicadores de RH no site do CHUC	dez/23	Implementada	No site institucional do CHUC, são divulgados documentos e relatórios relativos a RH, nomeadamente, o Balanço Social, Relatório de Remunerações pagas a Mulheres e Homens, Plano de Promoção de uma Política para a Igualdade, assim como o Relatório e Contas, que contém extensiva informação sobre indicadores
					Cumprir o reporte de informação diversa solicitada, ao nível externo e interno	mensal	Implementada	O Núcleo de Informação, Planeamento e Desenvolvimento do SGRH procede ao tratamento e reporte de informação, tanto interna como externamente.
Sistemas de informação	Funcionamento desajustado dos sistemas de informação	Tecnologia da Informação	4	Moderado	Reportar de imediato os problemas detetados com: a SPMS, nomeadamente ao nível da gestão do RHV; com a empresa A2, nomeadamente ao nível da gestão de escalas e com o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação do CHUC, nomeadamente na utilização da Smart Governance. Colaborar nas soluções informáticas.	sempre que aplicável	Implementada	As falhas e os problemas detetados são reportados pelo SGRH à entidade responsável pela plataforma na qual é detetado o erro, de imediato, colaborando ativamente na solução de cada situação.
					Promover a integração entre as diferentes aplicações existentes	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
					Promover a definição de apoio ao SGRH na utilização das aplicações informáticas e tecnologias de informação do CHUC e na resolução de problemas informáticos	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.
	Dependência de entidades externas, nomeadamente A2, ESPAP, SPMS	Tecnologia da Informação	4	Moderado	Coordenar e manter a articulação entre a A2, ESPAP, SPMS na resolução de problemas informáticos	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2023.

GESTÃO DO IMOBILIZADO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Inventariação de ativos fixos tangíveis e intangíveis	Ausência de etiquetagem e identificação da localização dos bens móveis	Peculato	9	Elevado	Divulgação do Manual de Gestão do Imobilizado que, por sua vez, integre a definição de funções, responsabilidades, reportes de informação periódica, circuitos de documentação, atualização da informação relevante, designadamente, conferência, inventariação, classificação, contabilização e registo de cadastro e inventário Reconciliação periódica de informação existente no cadastro e o físico efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	jun/22 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada Implementada	A EGI encontra-se a desempenhar as suas funções de acordo com o Manual divulgado no portal interno. A EGI tem tido um papel pedagógico constante junto dos serviços. No período em causa e em função da excessiva solicitação dos serviços para resolução de problemas de etiquetagem e inventariação de bens em virtude das diversas auditorias sofridas para a certificação e pela receção tempestiva de bens nos diversos serviços, foi necessário trabalhar em duas vertentes: 1 - Resposta imediata ao solicitado, como a inventariação de bens e esclarecer dúvidas na utilização do GHAF aos Enfermeiros Gestores; 2 - Controlo periódico aos serviços por coordenação e iniciativa de trabalho da EGI.
	Ausência de inventariação de bens doados à instituição	Peculato	3	Moderado	Reconciliação periódica de informação existente no cadastro e o físico efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada	Todos os bens doados ao CHUC e comunicados à EGI são inventariados. Sempre que a EGI se desloca aos serviços quer para inventariar bens entretanto rececionados quer para efetuar controlos periódicos filtra situações de não conformidade.
	Valorização incompleta ou incorreta dos bens e incorreção na classificação dos bens	Financeiro	6	Elevado	Realização de testes de conformidade relativamente aos procedimentos internos aprovados efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Em execução	A EGI continuou no período em causa a trabalhar diretamente com o SIE, com o SAIFS, com o STSI e com os vários serviços do CHUC nas seguintes situações: - verificação e inventariação de bens (novos ou já existentes no serviço); - formação dos utilizadores relativamente à aplicação GHAF; - verificação dos bens rececionados no próprio ano (consulta das aplicações SGICM-LF e GHAF) ; - reuniões periódicas de avaliação dos bens inventariados com o SIE, o SAIFS e o STSI; - colaboração na classificação dos bens com o SAIFS e SIE.
	Insuficiente descrição do cadastro do ativo fixo	Operacional	4	Moderado	Realização de testes de conformidade relativamente aos procedimentos internos aprovados efetivando-se com análise de listagem de bens de móveis por cruzamento com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Em execução	Têm sido feitas várias reuniões com os serviços SIE, STSI e SAIFS a fim de melhorar a descrição dos bens no interesse de todos e corrigir eventuais lapsos de registo existentes.

GESTÃO DO IMOBILIZADO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Abate de ativos fixos tangíveis	Abates e alienações de bens sem autorização do órgão competente	Peculato	2	Fraco	Elaboração de procedimentos de regulamentação do abate	jun/22	Implementada	A EGI encontra-se a desempenhar as suas funções de acordo com o Manual divulgado no portal interno.
	Bens fisicamente abatidos ainda registados em cadastro	Financeiro	4	Moderado	Reconciliação periódica de informação existente no cadastro e o físico efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Em execução	Mantém-se a necessidade de efetuar controlos periódicos.

GESTÃO FINANCEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Conferência de faturas	Incorreção na classificação de documentos/lançamentos	Operacional	6	Elevado	Formação contínua dos colaboradores do setor e elaboração de procedimento de conferência da classificação contabilística e dos lançamentos	dez/22; dez/23; dez/24;dez/25	Em execução	A partir do mês de novembro, e no âmbito do encerramento do ano económico, foram desenvolvidas operações de conferência de faturas vs encomenda. Igualmente, efetuou-se o controlo de faturação que reúne condições específicas. A criação da nova ULS Coimbra protelou a elaboração deste procedimento, sendo expectável considerar as novas unidades integradas (hospitalares e primários).
	Dificuldade em garantir a centralização da receção de faturas de fornecedores, conferência célere de conformidade de bens e serviços e mitigar o atraso no registo de faturas de fornecedores	Operacional	6	Elevado	Elaboração de um procedimento que defina o circuito da fatura	dez/24	Em execução	A criação da nova ULS Coimbra protelou a elaboração deste procedimento, sendo expectável considerar as novas unidades integradas (hospitalares e primários).
Gestão de despesa	Pagamento indevido a fornecedor	Financeiro	3	Moderado	Manutenção/validação periódica dos dados dos fornecedores com garantia de níveis de responsabilidade diferenciados para a verificação dos respetivos dados e da autorização para o pagamento	1º;2º;3º;4º/23; 1º;2º;3º;4º/24; 1º;2º;3º;4º/25	Em execução	-
	Pagamento a fornecedor sem a situação contributiva e tributária regularizada	Financeiro	3	Moderado	Manutenção periódica dos dados dos fornecedores	sempre	Em execução	-
	Desvio de valores	Corrupção	3	Moderado	Elaboração de um procedimento de validação do NIB da autorização de pagamento com o NIB para o qual é efetuada a transferência	dez/22	Em execução	A criação da nova ULS Coimbra protelou a elaboração deste procedimento, sendo expectável considerar as novas unidades integradas (hospitalares e primários).
Gestão de receita	Rendimentos não registados ou não contabilizados corretamente, ou gestão inadequada de saldos de clientes	Financeiro	2	Fraco	Realização de testes de conformidade, nomeadamente de circularização periódicas de saldos	1º;2º/23; 1º;2º/24; 1º;2º/25	Implementada	Foram efetuadas reconciliações por amostragem
	Proveitos mal classificados, não reconhecidos, registados em períodos e/ou valores incorretos	Financeiro	2	Fraco	Formação contínua dos colaboradores do setor e elaboração de procedimento de conferência da classificação contabilística e dos lançamentos	dez/22; dez/23; dez/24;dez/25	Em execução	A criação da nova ULS Coimbra protelou a elaboração deste procedimento, sendo expectável considerar as novas unidades integradas (hospitalares e primários).
Contabilidade orçamental	Informação mensal reportada a entidades externas (ACSS, UNILEO, DGO, DGTf) assente sobretudo em especialização do exercício com base no orçamento anual, consumos e produção	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Obter resposta oportuna por outros serviços, por forma a permitir a sua verificação, utilização e conferência antes do envio para a Tutela	mensal	Implementada	Foram implementadas ferramentas que permitem um melhor conhecimento da informação (ex. CHUC kiosk para mapas Glintf).
	Falta de tempestividade na elaboração de relatórios e reporte de informação económico-financeira	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Registo atempado dos documentos de faturação no período a reportar	mensal	Implementada	A informação económico-financeira mensal encontra-se disponível sempre que solicitada.

GESTÃO FINANCEIRA (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de protocolos	Falta de informação dos protocolos realizados entre o CHUC e entidades externas, nomeadamente que envolvam obrigações monetárias	Financeiro	4	Moderado	Manutenção periódica da informação de protocolos	dez/22; dez/23; dez/24;dez/25	Implementada	Foram registados todos os protocolos que chegaram ao conhecimento do SGF.
Gestão de tesouraria	Utilização indevida do fundo de maneoio	Financeiro	3	Moderado	Atualização do regulamento de fundo de maneoio onde estejam previstos os procedimentos a seguir na constituição, reconstituição e liquidação do fundo, bem como as despesas abrangidas pelo mesmo	dez/22 e dez/24	Implementada	O procedimento em vigor foi aprovado em dezembro de 2022 e está válido até dezembro de 2024. Em resultado da criação da ULS Coimbra o procedimento será revisto.
	Cobranças não depositadas integralmente e diariamente	Financeiro	2	Fraco	Privilegiar o recebimento via multibanco ou transferência bancária, reduzir a utilização de dinheiro e efetuar conferência diária dos montantes recebidos	dez/22	Implementada	Foi solicitado transversalmente a todos os Serviços envolvidos (SGD e SGRH) que informassem os interlocutores externos e internos sobre a necessidade de utilização dos meios de pagamento via multibanco e transferência bancária.
Geral	Erros de integração no Sistema Integrado de Faturação Hospitalar (FACTUS) / Gestão Integrada Administrativa e Financeira (GIAF); Sistema de Gestão Integrada - Logística e Farmácia (SGICM-LF) / GIAF	Tecnologia da Informação	1	Fraco	Realização de testes de conformidade quanto à informação proveniente das diferentes aplicações que se interligam de modo a validar a coerência dos dados	1º;2º/23; 1º;2º/24; 1º;2º/25	Implementada	Foram implementadas ferramentas que permitem um melhor conhecimento da informação (ex. CHUC kiosk para mapas GlinTt), bem como trabalho de conciliação de informação GIAF vs SGICM-LF vs GHAF, tarefas executadas no âmbito de estágio de académico.
	Inexistência de manuais de procedimentos	Operacional	4	Moderado	Elaboração do manual de procedimentos que integre a definição de funções, responsabilidades, segregação de funções, reportes de informação periódica, circuitos de documentação, atualização da informação relevante, designadamente, conferência, classificação, contabilização e registos	dez/25	Em execução	A criação da nova ULS Coimbra protelou a elaboração deste procedimento, sendo expectável considerar as novas unidades integradas (hospitalares e primários). O procedimento em vigor é de dezembro de 2022 e está válido até dezembro de 2024.

GESTÃO HOTELEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Alimentação	Ausência de um sistema de informação único de gestão nutricional	Operacional	2	Fraco	Implementação de um sistema de controlo que permita obter informação relativa ao cumprimento dos planos de dietas, consumos e gastos, por serviço	dez/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Casas mortuárias	Ausência de normas internas no contexto do procedimento post mortem	Operacional	3	Moderado	Manutenção de normas que garantam uma adequada articulação com a secção de óbitos e o setor de vigilância às casas mortuárias	manter em vigor	Implementada	Divulgação do Regulamento Post-Mortem em Circular Informativa n.º 4/23, de 26/01
	Pedido por parte das agências funerárias de informação privilegiada em troca de valores monetários	Corrupção	3	Moderado	Elaboração de procedimento	jun/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Higiene e limpeza	Diminuição da qualidade do serviço contratado	Operacional	4	Moderado	Uniformização clara das cláusulas técnicas a integrar no caderno de encargos, nomeadamente quanto aos produtos, equipamentos e metodologia de limpeza	dez/22	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
					Elaboração de procedimento de monitorização periódica do serviço	jun/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Parques e Jardins	Não renovação do pessoal com competências em jardinagem	Recursos humanos	1	Fraco	Afetação de novos recursos humanos, nomeadamente de jardineiros	dez/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Resíduos Hospitalares	Falta de controlo do nível da pesagem de resíduos	Financeiro	1	Fraco	Elaboração de procedimento de monitorização periódica do serviço por via do acompanhamento regular no ato da pesagem dos resíduos, confirmação de guias de transporte, recolha e elaboração de informação	jun/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Segurança	Diminuição da qualidade do serviço contratado	Operacional	3	Moderado	Uniformização clara das cláusulas técnicas a integrar no caderno de encargos, nomeadamente quanto a atribuições de funções e postos de trabalho	dez/22	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Tratamento e distribuição de roupa	Ausência de um sistema de informação de apoio à gestão do tratamento de roupa	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Implementação de um sistema de controlo que permita obter informação relativa a consumos e gastos, por serviço	dez/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Transportes (internos)	Falta de uniformização no procedimento de assistência técnica de viaturas	Corrupção	6	Elevado	Normalizar, de acordo com o código da contratação pública, os procedimentos relativos a assistência técnica das viaturas às oficinas, a integrar no âmbito dos concursos a desenvolver	dez/22	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Aquisição de materiais	Inexistência de processos únicos de aquisição de materiais de manutenção e conservação	Corrupção	3	Moderado	Colaborar com o Serviço de Aprovisionamento na validação e preparação da informação necessária que deverá integrar os cadernos de encargos e /ou qualquer outra informação relevante para o processo de aquisição	sempre	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Manutenção das instalações e equipamentos	Falta de rastreabilidade de todos os colaboradores intervenientes num pedido de manutenção	Operacional	1	Fraco	Registar toda a informação necessária na plataforma informática Gestão Hospitalar do Armazém e Farmácia (GHAF)	sempre	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
	Não conformidade das operações de manutenção contratadas com terceiros	Operacional	2	Fraco	Monitorização das ações de manutenção preventivas por um interlocutor nomeado para o efeito em cada Estrutura de Gestão que se aplique	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24;1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
					Promover a verificação regular em alguns serviços que permita avaliar a taxa de serviço face às obrigações contratuais	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24;1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável
Conferência de faturas	Dificuldade em garantir a centralização da receção de faturas de fornecedores, conferência célere de conformidade de bens e serviços e atraso no registo de faturas de fornecedores	Financeiro	2	Fraco	Elaboração de um procedimento que defina o circuito da fatura	jun/23	Não implementada	Sem resposta do serviço responsável

JURÍDICO E DE CONTENCIOSO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Estudos, pareceres e informações de natureza jurídica	Inadequação do perfil técnico ao exercício de funções	Recursos humanos	3	Moderado	Apresentar propostas de formação profissional específica e adequada às necessidades individuais face às atividades a desenvolver	dez/22; dez/23; dez/24;dez/25	Implementada	Realização de formação profissional específica, particularmente na área de Contratação Pública. Na área disciplinar, por intermédio, com regularidade, de bibliografia anotada de especialistas na matéria.
	Parcialidade	Corrupção	3	Moderado	Assegurar a segregação de funções na distribuição de tarefas associadas a cada uma das situações	sempre	Implementada	As funções são exercidas cumprindo o Princípio da Especialização, contudo, assente na premissa de que as funções são do conhecimento de todos, de modo a prevenir falhas/ausências/absentismo imprevisto, e assim, nenhum processo ou prazo fique por cumprir.
Instrução de processos disciplinares de inquérito e de averiguações	Incumprimento de prazos	Operacional	3	Moderado	Estabelecimento de um controlo efetivo de prazos	jun/23	Implementada	O controlo efectivo de todos os prazos, no que respeita ao exercício das funções do âmbito e competência do SJC, conforme Regulamento Interno institucional, são asseguradas por "Mapa Controlo" registado no Secretariado, que permite, ao longo do ano, a visualização, quer pela Coordenadora do Secretariado, quer pelo Diretor de serviço.
	Divulgação indevida de dados pessoais acessíveis no exercício de funções	Violação de dados pessoais	3	Moderado	Estabelecimento de um controlo efetivo de situações desconformes	dez/23	Em execução	-
Defesa contenciosa	Incumprimento de prazos	Financeiro	3	Moderado	Estabelecimento de um controlo efetivo de prazos	jun/23	Implementada	O controlo efetivo de todos os prazos, no que respeita ao exercício das funções do âmbito e competência do SJC, conforme Regulamento Interno institucional, são asseguradas por "Mapa Controlo" registado no Secretariado, que permite, ao longo do ano, a visualização, quer pela Coordenadora do Secretariado, quer pelo Diretor de serviço.
	Risco de incumprimento de tramitação processual	Operacional	6	Elevado	Elaboração de procedimento que integre orientações às diversas Estruturas de Gestão no sentido de colaboração com o SJC, nomeadamente de toda a documentação solicitada e dentro do prazo definido	dez/23	Em execução	Constante diálogo com os responsáveis dos serviços envolvidos. É expectável que o regulamento interno da ULS Coimbra, em elaboração, contemple as mudanças organizativas necessárias para otimizar a presente medida.

MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico	Processo de monitorização interna de prescrição desatualizado	Operacional	6	Elevado	Elaboração de um procedimento que integre os mecanismos internos de cumprimento da Circular Informativa n.º 14/2017/UCF/ACSS de 26 de maio, da Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente, a definição de tarefas, responsabilidades e fluxos de informação	out/23	Em execução	A recente alteração estrutural do CHUC para ULS Coimbra atrasou a conclusão deste processo que se encontra em fase de adaptação à nova realidade institucional.
	Prescrição irregular de medicamentos e meios complementares de diagnóstico	Corrupção	6	Elevado	Identificação dos desvios ou inconsistências nos indicadores trimestrais do processo e submetê-los à discussão com a comissão de farmácia e terapêutica ou outros órgãos de apoio técnico e serviço de auditoria interna	Um mês após 1.ºT;2.ºT;3.ºT;4.ºT/23; 1.ºT;2.ºT;3.ºT;4.ºT/24; 1.ºT;2.ºT;3.ºT;4.ºT/25	Em execução	O MPM mantém contacto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, tendo em vista o aumento do consumo/gastos com fármacos, nomeadamente nas áreas da terapia génica e oncologia, no 1.º e 2.º T de 2023, mas que se justifica pelo aumento significativo do número de doentes tratados nas áreas descritas. Não foram portanto identificadas irregularidades de prescrição.
	Falta de efetividade da informação de retorno a divulgar a cada prescriptor	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Avaliação da efetividade da informação de retorno através da realização de um questionário aos prescritores	dez/23	Não implementada	Uma vez a estrutura optimizada dos relatórios de prescrição individual apenas ocorreu a partir do 4.º T de 2023, o questionário aos prescritores apenas será realizado no final de 2024.
Utilização de medicamentos	Utilização desadequada do medicamento	Corrupção	9	Elevado	Realização de auditorias e estudos de utilização de medicamentos	dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	O GTMAMP não dispõe ainda de resultados de estudos sobre os padrões de utilização de medicamentos e sua adequação às normas em vigor.

PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Planeamento	Falha de registo de informação, total ou parcial, no Sonho por parte dos serviços responsáveis	Recursos humanos	6	Bevado	Realização periódica de testes de consistência dos dados e respetivo reporte aos serviços responsáveis	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada	Quando deteção de variações significativas nos dados, contactam-se os serviços para garantir se se trata de falha de registo
Produção hospitalar	Estimativas de produção desajustadas e não devidamente relevadas na contabilidade	Financeiro	9	Bevado	Implementação de uma solução (BI Hospitalar) para monitorizar e analisar dados clínicos e operacionais a partir de uma datawarehouse de forma a apurar a produção que suporte as estimativas mensais	dez/22	Em execução	-
	Inexistência de procedimentos de controlo manuais ou aplicacionais da produção hospitalar, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento das regras de faturação da produção no âmbito do Contrato-Programa previstas na circular normativa da ACSS	Financeiro	9	Elevado	Elaboração do circuito de registo de informação do doente integrado nos programas: VIH/Sida (representa cerca de 12M€ do CP 21); Hipertensão Pulmonar (representa cerca de 9M€ do CP 21); Esclerose Múltipla (representa cerca de 9M€ do CP 21); Patologia Oncológica (representa cerca de 18M€ do CP 21) e Doenças Lisossomais de Sobrecarga (representa cerca de 6M€ do CP 21)	dez/22	Em execução	Articulação com o Serviço de Gestão de Doentes para partilha da informação, por forma a garantir alinhamento da informação para efeitos de produção e faturação. No caso do HIV, por motivos externos à instituição, não está disponível a plataforma nacional para registo dos doentes, não se conseguindo acompanhar adequadamente este programa.
	Taxa de execução do contrato-programa abaixo do expectável	Financeiro	6	Bevado	Realização da contratualização interna em alinhamento com a contratualização externa Monitorização regular da contratualização interna	jun/22 1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Implementada Implementada	Preparação e divulgação do documento "Orientações, Critérios e Condições para a Contratualização Interna Hospitalar 2024" no portal interno Em articulação com os Conselhos Diretivos dos Departamentos
Informação e Comunicação	Falta de fiabilidade da informação financeira	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Comunicação ao SGF da informação mensal da atividade assistencial, no máximo, até ao dia 8 do mês seguinte	mensal	Em execução	-

QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
"Hospital patient friendly"	Circulações pedonais nos campus hospitalar	Operacional	6	Elevado	Acessibilidade reduzida, iluminação pública e a sinalética.	sempre	Não implementada	-
Manutenção das instalações e equipamentos	Levantamento das instalações e elaboração do plano de manutenção preventiva	Operacional	9	Elevado	Desenvolvimento de uma metodologia para o controlo do cumprimento das ações de manutenção preventiva para um funcionamento seguro das suas instalações	jun/23	Em execução	Esta atividade começou a ser realizada no departamento de pediatria, em articulação com os SIE, contudo ficou aquém das expectativas por se ter verificado que não existiam contratos de manutenção. Foi delineada uma estratégia para resolver o problema que está ainda em execução.
Qualidade e Segurança	Avaliação de não conformidades nos registos clínicos, nota de alta e consentimento informado	Informação para a tomada de decisões	6	Elevado	Os Serviços de Ação Médica efetuam auditorias aos registos dos processos clínicos, tendo como base os indicadores de qualidade definidos	dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	Foram desenvolvidas auditorias, durante o ano de 2023, ao grau de cumprimento do consentimento informado livre e esclarecido por escrito a 12 serviços, incluindo os serviços do Departamento de Pediatria Médica; foram efetuadas auditorias aos registos clínicos médicos nos serviços do Departamento de Pediatria, a 100 carros de emergência dos polos HUC, HG e HSC. Foram ainda avaliados 8 carros de emergência das Maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto. Para todas estas auditorias estão disponíveis relatórios.

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de Infraestruturas	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e na rede informática em geral levando à indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total	Cibersegurança	4	Moderado	Elaborar o plano de contingência para resposta a incidentes de sistemas críticos	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
	Ocorrência física no centro de dados que cause a destruição parcial/total da infraestrutura	Cibersegurança	9	Elevado	Promover a abertura de concurso para consolidar os centros de dados	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
	Ficheiros adulterados ou eliminados por malware, como por exemplo: ransomware	Cibersegurança	9	Elevado	Assegurar backups em espaço físico distinto da infraestrutura em produtivo	dez/23	Implementada	-
					Realizar de updates críticos aos sistemas operativos em utilização	dez/22	Implementada	-
					Realizar updates ao software de "Endpoint Protection" que inclui novas proteções dinâmicas contra ameaças desconhecidas	dez/22	Implementada	-
					Aplicar restrições ao nível de fileshares, para impedir gravar ficheiros que estão identificados como sendo usados por malware conhecido	dez/22	Implementada	-
					Monitorizar os controlos implementados	dez/22	Implementada	-
	Avária de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Operacional	4	Moderado	Garantir e monitorizar servidores que suportam sistemas críticos e, que estão fora do suporte de fabricante, estão abrangidos por contratos extra-suporte com o fornecedor	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
Gestão do parque informático	Ausência de normalização dos postos de trabalho, como por exemplo: equipamentos obsoletos, ausência de upgrade a sistemas operativos	Operacional	4	Moderado	Adquirir equipamentos em maior escala permitindo a uniformidade	dez/22	Em execução	Aquisição realizada de forma gradual.
					Garantir o stock necessário para a substituição de postos, tornando o processo mais célere	dez/22	Em execução	Aquisição realizada de forma gradual.
					Modernizar os postos de trabalho	dez/22	Em execução	Substituição gradual.
					Promover a continuidade da implementação de VDI's Thin Client's	dez/22	Em execução	Substituição gradual.
					Estabelecer ambientes de trabalho padrão, nomeadamente o reforço de segurança e uniformização de acessos	dez/22	Implementada	-

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Inventariação de ativos fixos tangíveis e intangíveis	Insuficiente descrição do cadastro dos ativos fixos que integram o parque informático (software e hardware)	Operacional	4	Moderado	Realização de testes de conformidade relativamente aos procedimentos internos aprovados efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Implementada	-
Gestão da segurança	Perturbação do funcionamento dos sistemas de informação, como por exemplo: ciberataques	Cibersegurança	9	Elevado	Disponibilizar recursos e informação, em parceria com consultora, e desenvolver e concluir os documentos: Gap Analysis e Relatório de Recomendações	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
	Ausência de consolidação dos Centros de Dados - Estratégia para a CLOUD	Violação de dados pessoais	9	Elevado	Iniciar o processo de transição das infraestruturas físicas para infraestruturas na CLOUD	dez/23	Implementada	-
	Ausência de certificação ISO27001 - Sistema de Gestão de Segurança da Informação	Violação de dados pessoais	4	Moderado	Garantir a implementação dos requisitos da ISO27001 de forma a certificar a confidencialidade da informação, segurança e integridade da organização	dez/23	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024
Gestão do servicedesk	Impossibilidade de acesso a informação e de apoio aos utilizadores condicionando o normal funcionamento das operações	Tecnologia da Informação	4	Moderado	Elaborar e publicar o catálogo do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024
					Assegurar que os incidentes são priorizados e resolvidos em função do impacto na organização	dez/22	Implementada	-
Desenvolvimento de software	Qualidade baixa de resposta do STSI e/ou do software e indisponibilidade dos sistemas	Operacional	4	Moderado	Promover o desenvolvimento de software em função das necessidade da organização	dez/22	Em execução	Implementado 50%.
					Criação do gabinete de desenvolvimento software	dez/22	Implementada	-
					Definição de estratégia para a engenharia de software do CHUC	dez/22	Em execução	Implementado 50%.
					Desenvolver planos de atividades com indicação das agendas de rollout/pilotos pelos vários utilizadores que incluam princípios de estratégia e planeamento	dez/22	Em execução	Implementado 50%.

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de acessos	Acesso e/ou divulgação indevida de dados e interrupção de serviços	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Elaborar a política de gestão de acessos com classificação da informação e grupos de utilizadores	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
					Realizar auditorias a logs de acesso	dez/22	Implementada	-
					Elaborar um procedimento de autorização de extração e cedência de dados	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
	Utilização indevida ou divulgação de informação de propriedade intelectual do CHUC	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Realizar auditorias ao cumprimento da política de gestão de acessos	dez/22	Não implementada	Previsão de implementação setembro 2024
	Acesso indevido a informação e manipulação de dados por terceiros (empresas de manutenção, ex-colaboradores do CHUC, outros,...) através de ligações remotas à informação da organização e aos recursos de processamento da informação	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Assegurar que os acessos remotos com fornecedores são realizados através de protocolo de ligação assinado com SPMS	dez/22	Implementada	-
					Garantir que a infraestrutura de ligações e acessos de utilizadores (durante o seu tempo de vida útil) são geridos no portal de gestão de identidades	dez/22	Implementada	-
					Garantir que o gestor de produto define e gere os acessos dos utilizadores: tabela relação SI - gestor de produto	dez/22	Implementada	-
					Eliminar os acessos de utilizadores únicos e medir o número de acessos de utilizadores partilhados existentes	dez/22	Implementada	-
					Realizar auditorias ao cumprimento da política de gestão de acesso	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024
	Utilização indevida de dispositivos de armazenamento externo para exportação de informação	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Assegurar que a informação só é "exportável" para situações em que seja justificada a necessidade e com permissões superiores de acordo com a política de gestão de acessos	dez/22	Implementada	-

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Política de utilização aceitável dos recursos de tecnologias da informação e comunicação	Ausência de uma cultura de gestão de conhecimento e incapacidade na gestão dos recursos	Recursos humanos	4	Moderado	Desenvolver metodologias de gestão de conhecimento (boas práticas de documentação, procedimentos) para os colaboradores do serviço a ser ministradas em workshops e/ou outras ações	dez/22	Em execução	Previsão de implementação dezembro 2024
					Promover sessões de acolhimento a novos colaboradores do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação dezembro 2024
					Manter o canal do serviço no workplace devidamente atualizado, nomeadamente através da partilha de procedimentos do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação dezembro 2024
					Promover ações de sensibilização aos utilizadores em geral relativamente aos procedimentos em vigor e boas práticas de utilização dos sistemas de informação	dez/22	Em execução	Previsão de implementação dezembro 2024
Gestão de aquisições	Ausência de transparência nos processos de aquisição	Conflito de interesses	6	Elevado	Assegurar que os cadernos de encargos contenham o máximo de especificações técnicas que garantam a participação dos concorrentes	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
					Assegurar a rotatividade nas nomeações dos técnicos que participam nas comissões como elementos de júri	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
					Monitorizar o cumprimento de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento e declaração de inexistência de incompatibilidades	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024
Gestão de contratos	Falha de acompanhamento da execução dos contratos de manutenção	Operacional	6	Elevado	Elaborar o procedimento de gestão de contratos	dez/22	Não implementada	Previsão de implementação junho 2024
					Monitorizar os contratos quanto à sua validade e aplicabilidade	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2024

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de fornecedores	Incumprimento por parte da entidade adjudicatória das condições estabelecidas no contrato	Operacional	4	Moderado	Elaborar o procedimento de gestão dos fornecedores	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024
					Monitorizar e promover amostragem por auditorias internas a alguns serviços que permita avaliar a taxa de serviço face às obrigações contratuais	dez/22	Não implementada	Previsão de implementação setembro 2024
	Ausência de validação no momento de receção de bens e/ou serviços e respetiva documentação	Peculato	4	Moderado	Elaborar o procedimento de gestão de controlo de fornecedores	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024
					Elaborar uma checklist de controlo à receção dos bens/serviços e respetiva documentação (GT, GR, FT), nomeadamente quanto a conferência e validação de acordo com os requisitos da nota de encomenda	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2024

