

Ao CA
06/05/2025
R

Deliberação CA: *Aprovar*

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE		08 MAIO 2025
PRESIDENTE	DIR. CLÍNICA CSH	DIR. CLÍNICA CSP
<i>R</i>	<i>Paula</i>	<i>Aldara</i>
Américo Afonso	Paula Felgueiras	Aldara Braga
ENF. DIRETORA	VOGAL EXECUTIVO	VOGAL EXECUTIVA
<i>Elisabete</i>	<i>Pedro</i>	<i>Lúcia</i>
Elisabete Dias Pinheiro	Pedro Cambão	Lúcia Cerqueira
Cc:	PARA: SAI	

N.º SAI 03/2025

Data: 5 de maio de 2025

Assunto: Relatório de execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão – 2024.

Exmo. Sr. Professor Américo Afonso,

Em cumprimento do previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão da ULNB, remeto, para apreciação e aprovação pelo Conselho de Administração, o Relatório de Execução Anual do referido plano.

Este documento, após aprovação pelo Conselho de Administração, deverá ser remetido aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, bem como ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC).

Fico disponível para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Com os melhores cumprimentos,

A Auditora Interna

Ana Couto

(Ana Couto – N.º mec. 10244)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE BRAGA

**Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
(incluindo os de corrupção e infrações conexas)**

2024

Serviço de Auditoria Interna
Abril 2025

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. Introdução.....	3
2. Caracterização da Unidade Local de Saúde de Braga, EPE	3
3. Metodologia	6
4. O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão da ULSB	6
5. Resultados.....	11
6. Conclusões e Recomendações	15
7. Reporte	16

SIGLAS

EPE – Entidade Pública Empresarial;

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção;

PPRG – Plano de prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas);

SGL – Serviço de Gestão Logística;

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;

ULSB – Unidade Local de Saúde, EPE.

1. INTRODUÇÃO

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, a Unidade Local de Saúde de Braga, EPE (ULSB) está exposta a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG) contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão e constitui um dos instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O presente documento visa dar cumprimento ao previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG da ULSB e, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB.

2. CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE BRAGA, EPE

A ULSB é uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde constituída pelo Hospital de Braga, e pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários pertencentes a 6 municípios do distrito de Braga (Amares, Braga, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde).

A ULSB é uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza pública empresarial, regendo-se pelos Estatutos das ULS's, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual. À ULSB aplica-se o previsto no Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, bem como outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

Conciliando unidades de prestação de cuidados de saúde, investigação e ensino universitário, a ULSB dispõe de equipas clínicas multidisciplinares, altamente qualificadas para a prestação de serviços de saúde de excelência, assim como dispõe de equipamentos com tecnologias de primeira linha.

Na área da investigação, a ULSB integra o Centro Clínico Académico, que tem por objeto social o desenvolvimento da investigação clínica, enquadrada num ambiente de prestação de cuidados de saúde e a promoção e produção de conhecimento no sentido de tornar os cuidados clínicos mais efetivos, melhorando a qualidade e eficiência assistencial.

A gestão da ULSB desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à atividade, encontrando-se suportada, entre outros, pelos seguintes documentos:

- Estatutos das ULS's;

- Regulamento Interno;
- Organograma;
- Contrato Programa;
- Código de Conduta e Ética;
- Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho e Procedimentos Internos;
- Instrumentos de prevenção de fraude: Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e o Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

Missão

A ULSB tem como missão prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática centrada no cidadão, caracterizada pela qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação, fortalecendo os princípios da promoção da saúde, humanização e envolvimento com a comunidade, promovendo, simultaneamente, a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais. A ULSB tem por missão principal a prestação de cuidados hospitalares à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referência Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS, garantir a prestação de cuidados de saúde primários e assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como a intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. Simultaneamente, a ULSB assume ainda atribuições de desenvolvimento de atividades de investigação, incluindo investigação clínica e inovação em saúde, formação e ensino pré e pós-graduado, nos termos a definir nos seus regulamentos internos e sem prejuízo de outras atribuições específicas que nos mesmos lhes possam ser fixadas.

Visão

A ULSB pretende assumir-se como modelo de excelência no Serviço Nacional de Saúde e ser reconhecida como uma organização de referência na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde, centrados na pessoa, na comunidade e na sustentabilidade financeira e ambiental.

Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade e na prossecução da sua missão, a ULSB e os seus profissionais regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente;
- b) Envolvimento e valorização contínua dos colaboradores;
- c) Cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos;
- d) Envolvimento da comunidade para a promoção da saúde;
- e) Fomento de práticas de sustentabilidade, nomeadamente ambiental;
- f) Eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta;
- g) Criação de Valor, melhorando continuamente o desempenho;
- h) Igualdade e não discriminação;

- i) Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde;
- j) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;
- k) Realização das suas atividades de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente Contrato-Programa, Plano de Desenvolvimento Organizacional, anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Governo, através da área governativa da saúde;
- l) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, em especial, com base em:
 - a. Tabelas de preços e acordos em vigor no Serviço Nacional de Saúde;
 - b. Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência;
 - c. Transferências do Orçamento do Estado, no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;
- m) Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a mecanismos de compras conjuntas;
- n) Garantia de livre escolha do utente em relação à unidade do Serviço Nacional de Saúde onde pretende ter resposta, independentemente do seu local de inscrição e de residência.

A ULSB atende aos Valores do compromisso, da integridade, da responsabilidade, da exigência e rigor, da transparência, do humanismo, do respeito, da inovação e do desenvolvimento humano, no respeito pelo valor da vida e da dignidade da pessoa.

Órgãos Sociais

De acordo com os Estatutos das ULS's, são órgãos sociais da ULSB:

- O Conselho de Administração;
- O Fiscal Único;
- O Conselho Consultivo.

Estrutura Organizacional

A estrutura organizativa da ULSB é a constante do seu organograma, que traduz o previsto no seu Regulamento Interno.

3. METODOLOGIA

A elaboração do presente documento enquadra-se na fase de monitorização e controlo do PPRG e corresponde ao relatório de avaliação anual.

O trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

1. Realização do exercício de auto-avaliação da implementação das medidas preventivas definidas para minimizar os efeitos dos fatores de risco. Este exercício foi realizado pelos responsáveis de cada uma das matrizes de gestão de risco;
2. Realização de reuniões com os referidos responsáveis, para análise das auto-avaliações recebidas;
3. Emissão do Relatório de Execução do PPRG 2024.

4. O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO DA ULSB

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, a ULSB está exposta a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

Este plano contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão.

A ULSB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- O Regulamento Interno;
- O Código de Conduta e Ética;
- A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;
- Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos e da implementação do PPRG, contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

Na elaboração do PPRG da ULSB foi tida em consideração a metodologia de gestão de risco recomendada pela ACSS no manual “Metodologia de Gestão de Risco” (2007), a “Norma de Gestão de Riscos” (2003) da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA).

A. Identificação dos Riscos

Áreas de Risco

As preocupações com o risco, traduzem-se na identificação de áreas suscetíveis de gerarem situações violadoras de princípios, disposições legais e práticas de bom governo, nomeadamente na prossecução do interesse público e na atuação com transparência, imparcialidade e boa fé.

Considerando a atividade da ULSB, o estabelecido no Regime Geral de Prevenção da Corrupção e o conhecimento sobre a Organização detido pelos membros do Conselho de Administração, foram estabelecidas como áreas mais suscetíveis de gerarem fatores potenciais riscos, as seguintes:

- Conselho de Administração/Pessoal Dirigente
- Gestão de Compras;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Existências;
- Gestão Hoteleira;
- Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gestão de Conflitos de Interesses.

Para cada uma das áreas identificadas foram construídas matrizes de gestão de risco que são apresentadas como anexo ao presente documento.

Relativamente aos riscos associados ao processo de gestão de conflitos de interesses, por ser uma área transversal às restantes áreas, a avaliação do risco e a definição de medidas preventivas foram incluídas em cada uma das matrizes.

Além das áreas acima identificadas, foi ainda elaborada a matriz de gestão de risco do Serviço de Auditoria Interna.

Avaliação de Risco

A elaboração das matrizes de gestão de risco pressupõe o seguinte exercício por parte dos diretores de serviço:

- identificação dos fatores potenciais de risco suscetíveis de afetarem a concretização dos objetivos e passíveis de gerarem a prática de atos de incumprimento;
- classificação dos fatores identificados, atribuída apenas em termos qualitativos, quanto à sua sensibilidade ao risco, ou seja, probabilidade de ocorrência e de impacto esperado.

Para o efeito foram adotados os seguintes critérios:

- Quanto à **probabilidade de ocorrência**

Alta	A situação de risco identificada tem elevada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Média	A situação de risco identificada tem moderada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Baixa	A situação de risco identificada tem reduzida possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

- Quanto ao **impacto esperado**

Alto	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto significativo sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro significativo para o HB; Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do HB e do próprio Estado.
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro para o HB.
Baixo	A situação de risco identificada não tem potencial para causar danos relevantes ao nível da imagem e atividade operacional do HB, nem para provocar prejuízos financeiros.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

O efeito conjugado das duas variáveis dá origem à seguinte matriz:

Matriz de Risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto Esperado	Alta	Alta	Alta	Média
	Média	Alta	Média	Baixa
	Baixa	Média	Baixa	Baixa

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

Considera-se prioritário o desenvolvimento das ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma alta sensibilidade ao risco (vermelho).

Num segundo nível de prioridade devem ser consideradas as ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma média sensibilidade ao risco (amarelo).

B. Funções e Responsabilidades

Em conformidade com o previsto no regime Geral de Prevenção da Corrupção, nos Estatutos das ULS's e na metodologia de gestão de risco adotada, a atribuição de funções e responsabilidades é a seguinte:

- Conselho de Administração: como órgão dirigente máximo da ULSB, é responsável por promover a implementação do processo de gestão de risco. O Conselho de Administração tem a responsabilidade de definir a orientação estratégica da ULSB e assegurar a existência das condições necessárias para que a gestão de risco funcione de forma eficaz.
- Serviço de Auditoria Interna: é responsável pela avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Compete ao Serviço de Auditoria Interna, entre outras, a responsabilidade pela elaboração do plano de prevenção de riscos de gestão e dos respetivos relatórios anuais de execução.

No desempenho das suas funções, o Serviço de Auditoria Interna, deve:

- Focar o trabalho da auditoria interna nos riscos significativos que foram identificados e fazer auditorias aos processos de gestão de risco;
- Fornecer garantias sobre a gestão de risco;
- Proporcionar um apoio e um envolvimento ativo na gestão de risco;

- Possibilitar a identificação/avaliação de riscos e dar formação aos colaboradores da ULSB sobre gestão de risco e controlo interno;
- Coordenar a comunicação de riscos ao Conselho de Administração.
- Diretores de Serviço/Coordenadores de Unidades: são os responsáveis pela execução do PPRG nas suas áreas de competência, o que compreende a implementação, acompanhamento e atualização das respetivas matrizes de gestão de risco.

De acordo com as suas competências, os diretores de serviço/coordenadores de unidades devem:

- Gerir diariamente os riscos;
- Promover a sensibilização sobre a existência de riscos nos serviços e introduzir objetivos de gestão de riscos;
- Promover, nas reuniões de serviço, a inclusão do tema gestão de riscos, de forma a facilitar a identificação de eventuais novos fatores de risco e promover a redefinição de prioridades de acordo com a análise dos mesmos;
- Garantir que a gestão de riscos é incorporada tanto na fase de conceção de projetos, como ao longo da execução de cada um deles.

C. Monitorização e Controlo do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

O PPRG tem subjacente uma monitorização periódica através da elaboração de relatórios anuais sobre a sua execução. Esta monitorização tem como objetivo avaliar o nível de implementação das medidas de mitigação, apontando eventuais deficiências, aperfeiçoando a deteção de novos riscos ou recomendando a adoção e implementação de novos procedimentos, bem como a melhoria dos já existentes.

A execução do PPRG está sujeita a controlo efetuado nos seguintes termos:

- Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco alto;
- Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas e a previsão da conclusão da sua implementação.

Este plano é revisto a cada três anos ou sempre que ocorram alterações nas atribuições ou na estrutura orgânica da ULSB e que justifique uma revisão dos fatores potenciais de risco, da sua classificação ou das medidas preventivas.

D. Divulgação e Comunicação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

O PPRG e os respetivos relatórios de execução são comunicados ao Ministro da Saúde, ao Ministro das Finanças, para conhecimento, e à IGAS, bem como ao MENAC e divulgados, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

5. RESULTADOS

O PPRG apresenta 7 matrizes de gestão de risco que identificam, no total, 75 fatores potenciais de risco e 102 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos respetivos fatores potenciais de risco.

MGR	Factor Potencial de Risco	Medidas Preventivas
Conselho de Administração e Pessoal Dirigente	7	5
Auditoria Interna	6	7
Gestão de Existências	10	14
Gestão Hoteleira	13	14
Gestão de Compras	15	20
Gestão de Recursos Humanos	18	33
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9
Total	75	102

A análise dos exercícios de auto-avaliação realizado pelos responsáveis das matrizes de gestão de risco permite concluir que cerca de 44% das medidas preventivas foram consideradas implementadas, cerca de 40% das medidas foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 16% das medidas foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Comparativamente com os resultados dos anos anteriores verifica-se uma consolidação dos resultados obtidos. Importa aqui referir que o ano de 2024 foi o primeiro ano de atividade da ULSB, o que se caracterizou pela promoção da integração de processos e procedimentos das áreas dos cuidados de saúde hospitalares e dos cuidados de saúde primários. Assim, a necessidade de dedicação ao processo de transição e integração condicionou a evolução da implementação das medidas preventivas ao longo de 2024, sendo de realçar que não ocorreu perda dos resultados positivos anteriormente obtidos.

Matrizes de Gestão de Risco	Nº fatores potenciais de risco	Nº Medidas preventivas	Avaliação da implementação das medidas preventivas					
			Não Implementada		Parcialmente Implementada		Implementada	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conselho de Administração e Pessoal Dirigente	7	5	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
Auditoria Interna	6	7	1	14,3%	1	14,3%	5	71,4%
Gestão de Existências	10	14	0	0,0%	7	50,0%	7	50,0%
Gestão Hoteleira	13	14	1	7,1%	3	21,4%	10	71,4%
Gestão de Compras	15	20	3	15,0%	12	60,0%	5	25,0%
Gestão de Recursos Humanos	18	33	10	30,3%	11	33,3%	12	36,4%
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Total	75	102	16	15,7%	41	40,2%	45	44,1%

Seguidamente é apresentada, para cada uma das matrizes de gestão de risco, uma perspetiva da evolução da implementação das medidas preventivas identificadas.

Conselho de Administração e Pessoal Dirigente

Esta matriz de gestão de risco apresenta 7 fatores potenciais de risco e 5 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que todas as medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), mantendo a avaliação obtida nos anos anteriores.

Assim, deverá ser dada continuidade à promoção da consolidação dos resultados obtidos.

Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 7 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), cerca de 14% (1 medida) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 14% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Existências

O Serviço de Gestão Logística (SGL) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 10 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de existências e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 50% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (7 medidas), cerca de 50% (7 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e que não existem medidas preventivas para as quais ainda não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação. Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, sendo apenas de esclarecer que uma das medidas transitou de implementada para parcialmente implementada por estar a ser aplicada no âmbito dos procedimentos afetos à área dos cuidados de saúde primários.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco. Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários.

Gestão de Hoteleira

O Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 13 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (10 medidas), cerca de 21% (3 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 7% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco. Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários.

Gestão de Compras

O Serviço de Gestão de Compras (SGC) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 15 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de compras e 20 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 25% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), cerca de 60% (12 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 15% (3 medidas) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação), sendo de esclarecer que a implementação de uma destas medidas é da responsabilidade do Serviço de Gestão Financeira. Estes resultados apresentam uma evolução positiva quanto às medidas preventivas implementadas.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Recursos Humanos

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 18 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de recursos humanos e 33 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 36% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (12 medidas), cerca de 33% (11 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 30% (10 medidas) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, sendo apenas de esclarecer que as medidas não implementadas sofreram um aumento, pois decorrem da identificação de novos fatores de risco associados ao processo de transição para o modelo ULSB.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco. Em conformidade com o já desenvolvido pelo serviço, deve ser dada continuidade à aplicação destas medidas no âmbito dos procedimentos e processos adotados na área dos cuidados de saúde primários.

Planeamento e Controlo de Gestão

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados ao processo de planeamento e controlo de gestão e 9 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 11% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (1 medidas), cerca de 78% (7 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 11% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos nos anos anteriores, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A ULSB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- ✓ O Regulamento Interno;
- ✓ O Código de Conduta e Ética;
- ✓ A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- ✓ A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;
- ✓ Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- ✓ O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;
- ✓ Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

A ULSB dispõe de um modelo de gestão de risco cuja adaptação à realidade ULS está em curso e que exige, por força da sua singularidade organizacional, enquanto ULS e EPE, um envolvimento de Auditoria Interna mais abrangente que o recomendado.

Não obstante as exigências dos anos de 2023 e 2024, quanto à garantia de desenvolvimento das ações necessárias à criação e entrada em funcionamento da ULSB, os responsáveis das matrizes de gestão de risco conseguiram assegurar a consolidação dos resultados obtidos.

Os serviços devem manter o seu empenho na conclusão da implementação das medidas ainda em curso e assegurar a consolidação dos resultados obtidos.

Assim, e face ao referido ao longo do presente documento, apresentam-se as seguintes recomendações:

- ✓ Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas preventivas;
- ✓ Assegurar a consolidação dos resultados obtidos;
- ✓ Realizar ações de formação que promovam a divulgação do PPRG e da sua metodologia junto dos colaboradores e dirigentes;
- ✓ Assegurar, até final de 2025, uma revisão ao PPRG que permita uma maior abrangência de áreas de atividade, traduza a realidade do funcionamento em modelo ULS e reflita a reavaliação do risco efetuada no âmbito dos relatórios de execução.

7. REPORTE

Nos termos do previsto nos Estatutos das ULS EPE, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, na sua redação atual, no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG da ULSB, o presente relatório de execução será comunicado ao Ministro da Saúde, ao Ministro das Finanças, para conhecimento, e à IGAS, bem como ao MENAC e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial da ULSB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.

Braga, 05 de maio de 2025

A Auditora Interna

Ana Couto


(N.º REC. 10244)

Matriz de Gestão de Risco - Conselho de Administração e Pessoal Dirigente

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Responsável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
1	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas.	Baixo	Médio	Baixo	Emissão das declarações previstas nos artigos 51 e 52 do Decreto-Lei n.º 133/2013, 3 de outubro.	CA	As declarações previstas no decreto-lei nº 133/2013, de 3 de outubro foram preenchidas e remetidas às entidades.	Cumprimento do estabelecido no decreto-lei nº 133/2013.			Baixo	Médio	Baixo
2	Existência de conflitos de interesse.	Baixo	Médio	Baixo							Baixo	Médio	Baixo
3	Tratamento privilegiado de familiar, amigo, concorrente, fornecedor ou alguém interessado na decisão.	Baixo	Médio	Baixo							Baixo	Médio	Baixo
4	Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Baixo	Médio	Baixo	Existência de um Sistema de Comunicação de Irregularidades e do respetivo regulamento.	CA SAI	Encontra-se implementado: • procedimento de notificação de eventos de risco através de plataforma eletrónica; • código de Boa Conduta na Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho; • regulamento do sistema de comunicação de irregularidades e de denúncia de infrações; • existência e funcionamento da Comissão para a Igualdade de Género.	Na ULSB encontram-se implementados mecanismos que promovem a identificação e investigação deste tipo de situações.			Baixo	Médio	Baixo
5	Dissimulação ou não deteção de conduta corrupta de trabalhadores.	Baixo	Médio	Baixo	Existência de um Sistema de Comunicação de Irregularidades e do respetivo regulamento.	CA SAI	Encontra-se implementado o Sistema de Comunicação e Irregularidades e Denúncia de Infrações, assim como o seu regulamento.	Na ULSB encontram-se implementados mecanismos que promovem a identificação e investigação deste tipo de situações.			Baixo	Médio	Baixo
					Realização de ações de formação a dirigentes, chefias e trabalhadores sobre riscos de gestão, corrupção e infrações conexas.	CA SAI	Em 2024 foram realizadas ações de formação sobre esta matéria.						
6	Fornecimento de informação não autorizado a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais.	Baixo	Médio	Baixo	Sujeição de todos os dirigentes, chefias e trabalhadores ao dever legal de sigilo.	CA SGRH	Os contratos de trabalho incluem cláusulas específicas sobre o cumprimento do sigilo profissional.				Baixo	Médio	Baixo
7	Divulgação aos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa.	Baixo	Médio	Baixo	Avaliação e implementação de níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos/registos.	SSI	Encontra-se implementado um procedimento para a criação, alteração e eliminação de permissões de acesso aos Sistemas de Informação da ULSB que prevê procedimentos de controlo interno quanto a esta matéria.				Baixo	Médio	Baixo

Legenda: CA - Conselho de Administração; SAI - Serviço de Auditoria Interna; SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos; ULSB - Unidade Local de Saúde de Braga, EPE.

Matriz de Gestão de Risco - Auditoria Interna

							Auto - Avaliação - 2024							
Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável	Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
1	A estrutura e modelo de funcionamento do SAI pode não estar claramente definida e divulgada à estrutura organizacional.	Baixa	Baixo	Baixo	Elaborar o regulamento do SAI onde conste, claramente definido, a sua estrutura e modelo de funcionamento bem como os princípios gerais aplicáveis no âmbito da sua atividade.	SAI	O SAI elaborou o regulamento do serviço e o mesmo encontra-se superiormente aprovado.	A estrutura e modelo de funcionamento estão devidamente definidos e superiormente aprovados.			Baixa	Baixo	Baixo	
2	Não cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna.	Média	Médio	Médio	Monitorizar, mensalmente, a execução do Plano Anual de Auditoria Interna.	SAI	O Plano Anual de Auditoria Interna é acompanhado mensalmente, embora esta ação não se encontre devidamente formalizada.	Formalizar o acompanhamento que é realizado. Esta ação será assegurada em 2025.			Média	Médio	Médio	
3	O Plano Anual de Auditoria Interna pode não incluir ações destinadas às principais áreas de risco.	Média	Médio	Médio	Elaborar o Plano Anual de Auditoria Interna com base na avaliação de risco. Acompanhar e avaliar periodicamente o risco das diversas áreas da ULSB.	SAI	Na elaboração do PAA, é tido em consideração a legislação aplicável à função, a avaliação do risco (baseada no conhecimento do CA sobre a organização e na sua sensibilidade ao risco), o conhecimento e experiência da auditoria interna relativamente à realidade EPE, os resultados das ações realizadas pelo SAI e a informação constante dos relatórios do Conselho Fiscal do ROC e da IGAS.			Média	Médio	Médio		
4	As ações de auditoria interna desenvolvidas podem não impactar diretamente na melhoria contínua do sistema de controlo interno da ULSB.	Média	Médio	Médio	Avaliar o impacto das recomendações propostas pelo SAI.	SAI			Implementar um sistema de avaliação das ações realizadas pelo SAI. Com os recursos humanos atuais, não é possível assegurar esta ação.			Média	Médio	Médio
5	Os prazos de cumprimento de obrigações relativas a envio de informação à Tutela podem não ser cumpridos.	Baixa	Baixo	Baixo	Elaborar uma check-list com as principais atividades periódicas e respetivos prazos.	SAI	Foi elaborada uma check-list com as principais obrigações em termos de informação a enviar à Tutela.	Os prazos de envio de informação à Tutela são cumpridos.			Baixa	Baixo	Baixo	
6	No decorrer da atividade do Serviço de Auditoria Interna podem surgir situações de conflitos de interesses.	Média	Médio	Médio	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade dos elementos do SAI deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções. Os elementos do SAI devem subscrever uma declaração de independência aquando do início de funções.	SAI	As responsabilidades, bem como a dependência funcional e orgânica encontram-se definidas no Regulamento do SAI, aprovado pelo CA, e na descrição de funções da colaboradora, superiormente aprovada e arquivada no processo individual no SGRH. Foi apresentada declaração de independência aquando do início de funções e uma atualização da mesma em janeiro de 2023.	Os níveis de autoridade e responsabilidade estão claramente definidos e superiormente aprovados. À data das declarações, não existia impedimento à realização das funções de AI. Há também um comprometimento de que o CA será informado sobre qualquer constrangimento que eventualmente venha a surgir à independência ou objetividade dos compromissos assumidos.			Média	Médio	Médio	

Legenda: SAI - Serviço de Auditoria Interna; ULSB - Unidade Local de Saúde de Braga, EPE.

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Existências

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024							
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
1	Os dados mestre de existências podem estar em falta, incorretos ou desatualizados.	Alto	Médio	Alto	Verificar que todas as alterações (criação / alteração e eliminação) a dados mestre de materiais são devidamente aprovadas e total e corretamente atualizadas no respetivo sistema. Controlar periodicamente que os dados mestre de existências estão corretos e atualizados.	SGL	As alterações aos dados mestres, são aprovadas e encontram-se atualizadas no sistema. Desde janeiro de 2023 não é possível assegurar o controlo periódico no que concerne à investigação dos artigos sem rotação.	número de artigos da base de dados de existências. É necessário desenvolver um procedimento para dar continuidade à validação dos dados mestre de existências. Está no plano do CNCEC analisar os dados mestre de artigos no que concerne à sua uniformização.			Alto	Médio	Alto	
2	Os registos de entradas/saídas de materiais podem não estar atualizados, nem corretamente suportados por documentos aprovados.	Baixo	Baixo	Baixo	Os registos informáticos devem ocorrer em simultâneo com a movimentação física dos materiais ou com o menor desfasamento temporal possível; Utilizar leitores de código de barras e PDA sempre que possível. Efetuar contagens cíclicas e rotativas de materiais e um inventário anual de todos os armazéns e materiais existentes (armazens centrais e avançados).	SGL	Os registos informáticos devem ocorrer em simultâneo com a movimentação física. Implementado o sistemascansuite e respetivos PDA's. São efetuadas contagens cíclicas e rotativas de materiais e dois inventários anuais.	Falta implementação do módulo de receção de mercadorias através do PDA. Maior rapidez no processo de receção e como resultado vai minimizar qualquer possível erro humano.			Baixo	Baixo	Baixo	
3	Podem ser aceites materiais que não foram adequadamente encomendados.	Baixo	Baixo	Baixo	Rececionar apenas os materiais constantes de encomendas aprovadas, que estejam em bom estado físico e nas quantidades encomendadas e devolver prontamente os materiais rejeitados.	SGL	É garantido que as encomendas são devidamente conferidas em quantidades e em referências.					Baixo	Baixo	Baixo
4	Os ajustamentos realizados podem não cumprir os requisitos legais aplicáveis e não se encontrar adequadamente aprovados e registados.	Baixo	Baixo	Baixo	Submeter todos os ajustamentos a aprovação de acordo com a delegação de competências instituída. Em caso de abate preparar o respetivo auto e notificar o Ministério das Finanças.	SGL SGF	No final de cada inventário é enviado o resultado para a Vogal com o pelouro da logística e solicitado a autorização para processamento do mesmo. Posteriormente são enviados os resultados dos vários inventários à reunião de CA para deliberação. Em caso de ajustamentos para abate é realizado o movimento de "Saída para Abate" na Glint.					Baixo	Baixo	Baixo
5	Pode haver existências excessivas e materiais que não estão controlados nem geridos.	Baixo	Médio	Baixo	Manter níveis adequados (estritamente necessários) de existências, através de: definição de níveis de segurança de stocks, contratação de entregas regulares e parcelares, e do controlo de movimentos dos armazéns avançados.	SGL	Conforme explicado no ponto 2, os registos informáticos devem ocorrer em simultâneo com a movimentação física, logo os stocks estão atualizados. Em relação às existências excessivas podem ocorrer pontualmente se houver flutuação da procura, visto que as quantidades são revistas periodicamente. Com a introdução dos artigos pedidos pelas UCP, corremos o risco de existir artigos com existencia inadequada devido ao controlo dos pedidos.	Está no plano do CNCEC analisar os dados mestre de artigos no que concerne à sua uniformização e existencia inadequada.			Médio	Médio	Médio	

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Existências

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
6	Os materiais obsoletos, sem rotação, com baixo grau de rotação e fora do prazo de validade, podem não ter o tratamento adequado de acordo com as normas internas e a legislação em vigor.	Baixo	Médio	Baixo	Controlar e gerir estes materiais através da sua identificação mensal e arrumação física em áreas próprias nos armazéns. Dar o tratamento adequado a estes materiais, analisando as várias hipóteses possíveis (devolução ao fornecedor, abate, etc).	SGL	Garrantrir uma compra mínima para o material com rotação baixa, e ir avaliando o histórico de consumo de forma a adequar o ponto de encomenda. (PRO.LOG.020.#). Nos dois inventários realizados anualmente, bem como nas contagens semanais (PRO.LOG.022.#) são identificados os prazos de validade a expirar.		Com a aquisição de material para o plano de contingência do COVID19, para a qual se desconhecia a verdadeira procura, por falta de histórico, e com a diminuição ao longo do tempo do consumo deste material (devido ao abrandar da pandemia), o stock tem tido menos rotação e há a possibilidade de este material ficar com prazo de validade expirado.		A	B	M
7	As existências de materiais podem não estar devidamente salvaguardadas.	Alto	Alto	Alto	Salvaguardar os produtos restringindo os acessos físicos: fechar os armazéns centrais e avançados, identificar e controlar as pessoas autorizadas a entrar, criar instruções de registo (manuais ou na aplicação) para a movimentação de produtos, durante o período normal de funcionamento de cada armazém e sobretudo fora desse período. Organizar instalações adequadas de armazenagem (centrais e avançadas), que permitam a movimentação eficiente e eficaz dos produtos e que tenham em consideração os requisitos de armazenagem dos mesmos.	SGL	Os armazéns Centrais e Avançados do hospital encontram-se fechados e têm um responsável, logo as existências estão salvaguardadas. Existe um procedimento sobre como atuar em necessidade de fornecimento fora do horário de expediente e em situações de emergência (PRO.LOG.006). O material que ainda permanece no corredor está devidamente identificado e cintado com filme. Foi subcontratado um parceiro logístico que assegura a distribuição e armazenamento de existências da ULSB.	As existências dos armazéns centrais e avançados do hospital estão salvaguardadas. Tendo em consideração que a entrada em vigor do contrato com o parceiro logístico ser muito recente, não é ainda possível medir o impacto desta medida.	Alargar aos armazéns avançados dos CSP os procedimentos de controlo já implementados nos armazéns do Hospital. Mesmo com a subcontratação do parceiro logístico, o espaço de armazenamneto continua a revelar-se insuficiente para o armazenamento das quantidades de material necessárias ao normal funcionamento da ULSB, pelo que ainda tem sido necessário colocar material no corredor do piso -1B.	As existências localizadas no corredor do piso -1B não se encontram devidamente salvaguardadas.	A	M	A
8	Os procedimentos administrativos e de controlo podem ser inadequados e/ou insuficientes.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar o manual no qual se vertam todos os procedimentos e circuitos para a área de gestão de existências, devendo o mesmo ser aprovado pelo CA e ser objeto de revisão sempre que se verifique alteração de procedimentos.	SGL	O Manual elaborado "REG.075.04 Serviço de Gestão de Logística" e os diversos procedimentos e intruções de trabalho vertem os procedimentos em vigor no serviço.				Baixo	Baixo	Baixo
9	Pode não existir uma segregação de funções adequada.	Baixo	Baixo	Baixo	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SGL, deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções. Implementar uma adequada segregação de funções.	SGL	Existe no manual "Serviço de Gestão de Logística" a descrição das funções.				Baixo	Baixo	Baixo

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Existências

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
10	A informação de monitorização do processo de gestão de existências pode ser insuficiente e/ou não oportuna.	Baixo	Baixo	Baixo	<p>Elaborar, analisar e enviar ao CA um relatório de gestão periódico que deve incluir, entre outra, informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - número de dias de existências em armazém, global e por artigos com maior nº dias e com maior consumo; - número e valor de referências sem movimento há mais de 6 meses; - número e valor de referências de produtos sem movimento há mais de 12 meses; - número e valor de referências de produtos fora do prazo de validade; - produtos com diferença entre o preço da última fatura e o custo de valorização de existências; - produtos com existência negativa; - ruturas de existências ocorridas, em nº de dias por artigo; - ajustamentos efetuados por armazém e artigo (causa); - lista de fornecedores que não cumpriram o plano de entregas acordado (prazo real vs previsto; quantidade real vs prevista); - devoluções a fornecedores por motivo (produto, quantidade, valor); - frequência e dimensão das requisições internas por Serviço / armazém avançado; - variação dos consumos unitários, por linha de produção e especialidade, em cada armazém. 	SGL SPCG	<p>O SPCG tem rotinas implementadas para controlo dos seguintes pontos, o SGL colabora na análise realizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - número e valor de referências sem movimento há mais de 6 meses; - número e valor de referências de produtos sem movimento há mais de 12 meses. - variação dos consumos unitários, por linha de produção e especialidade, em cada armazém. <p>O SGL, periodicamente, realiza rotinas de controlo sobre os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruturas de existências ocorridas, em nº de dias por artigo; - lista de fornecedores que não cumpriram o plano de entregas acordado (prazo real vs previsto; quantidade real vs prevista); - devoluções a fornecedores por motivo (produto, quantidade, valor) <p>Atualmente o resultado destas análises não é partilhado com o CA.</p>	Melhorar a qualidade da informação, incluir informação que não consta e comunicar ao CA.	Baixo	Baixo	Baixo		

Legenda: CA - Conselho de Administração; SGF - Serviço de Gestão Financeira; SGL - Serviço de Gestão Logística; SPCG - Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão.

Matriz de Gestão de Risco - Serviço de Gestão Hoteleira

							Auto - Avaliação - 2024							
Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável	Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
Alimentação (A)	1 (A)	O caderno de encargos pode não conter as especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de alimentação.	Médio	Médio	Médio	Definir, com base nos normativos nacionais e internacionais, de forma clara e precisa as cláusulas técnicas dos cadernos de encargos.	SGH	Os cadernos de encargos são elaborados respeitando a legislação em vigor e as normas de higiene e segurança e incluem as especificações técnicas necessárias à boa prestação de serviços.				Médio	Médio	Médio
	2 (A)	Incumprimento do plano de dietas aprovado pelo hospital.	Baixo	Baixo	Baixo	Implementar um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços, nomeadamente nas tarefas de receção, confeção e empratamento, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atempado do serviço.		Diariamente (em dias úteis) é realizada pelas nutricionistas/dietistas do Serviço de Nutrição uma auditoria às refeições principais - almoço e jantar. Esta auditoria consiste numa avaliação qualitativa e quantitativa de 2 dietas, escolhidas aleatoriamente, com o objetivo de verificar se cumprem com o estipulado/previsto no Manual de Dietas. São também realizadas auditorias mensais higio-sanitárias pelas nutricionistas/dietistas do Serviço de Nutrição e por elementos do Serviço de Gestão Hoteleira, para avaliar a segurança alimentar de todo o processo produtivo e vending. São ainda realizadas reuniões quinzenais entre a empresa concessionária, o Serviço de Nutrição e o Serviço de Gestão Hoteleira, das quais resulta uma ata, para monitorizar o desempenho da empresa concessionária em função das especificações de serviço, documentadas nos contratos	O cumprimento do plano de dietas aprovado é monitorizado diariamente, bem como as restantes obrigações previstas no contrato.	No novo caderno de encargos está definido o regime de penalidades a aplicar ao adjudicatário em caso de incumprimento nesta matéria.		Baixo	Baixo	Baixo
	3 (A)	Redução de recursos humanos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato.	Médio	Médio	Médio	Implementar um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços, nomeadamente em relação a horários de recolha e entrega de alimentação, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atempado do serviço. Implementar o registo biométrico para estes trabalhadores.		O horário de entrega de cada uma das refeições está estipulado no contrato atual e existe um formulário para registo de entrega das refeições.	O devido preenchimento do formulário é verificado aquando da realização das auditorias mensais higio-sanitárias à distribuição das refeições.	O formulário nem sempre é preenchido corretamente. No novo caderno de encargos está definido o regime de penalidades a aplicar ao adjudicatário em caso de incumprimento nesta matéria.		Médio	Médio	Médio
Gestão de Resíduos (B)	4 (B)	O caderno de encargos pode não conter as especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de gestão de resíduos.	Médio	Médio	Médio	Definir, com base nos normativos nacionais e internacionais, de forma clara e precisa as cláusulas técnicas dos cadernos de encargos.	SGH	Os cadernos de encargos são elaborados respeitando a legislação em vigor e as normas de higiene e segurança e incluem as especificações técnicas necessárias à boa prestação de serviços.				Médio	Médio	Médio
	5 (B)	Podem ocorrer situações em que o fornecimento contentores seja insuficiente para as necessidades.	Médio	Médio	Médio	Implementar um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços, nomeadamente em relação a horários de recolha e entrega de contentores, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atempado do serviço.		É realizado diariamente um controlo/ monitorização do número de contentores entregues pelo prestador, de forma a garantir que estão em número necessário à atividade e produção do HB. Existem ainda penalidades definidas no contrato atual para o caso de incumprimento.	Garantia e controlo do cumprimento do número de contentores necessário.			Baixo	Médio	Baixo
	6 (B)	Incumprimento do número de recolhas estabelecidas no contrato.	Médio	Médio	Médio	Implementar um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços, nomeadamente em relação a horários de recolha e entrega de contentores, bem como existência de penalidades em caso de incumprimento atempado do serviço.		É realizado diariamente o controlo e monitorização do número de recolhas dos resíduos, assim como do horário com base no estipulado no contrato atual. O sistema informático instalado permite a impressão da guia onde consta a quantidade de resíduos recolhida diariamente pelo prestador, o dia da recolha assim como o respetivo horário. Existem ainda penalidades definidas no contrato atual para o caso de incumprimento.	Garantia e controlo do cumprimento do número de recolhas acordado.			Baixo	Médio	Baixo

Matriz de Gestão de Risco - Serviço de Gestão Hoteleira

							Auto - Avaliação - 2024							
Ref.ª	Fator Potencial de Risco	Probabilidade de Ocorrência	Impacto Esperado	Grau de Risco	Medidas Preventivas	Responsável	Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
Vigilância e Segurança (C)	7 (C)	O caderno de encargos pode não conter as especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de vigilância e segurança.	Médio	Médio	Médio	Definir, com base nos normativos nacionais e internacionais, de forma clara e precisa as cláusulas técnicas dos cadernos de encargos.	SGH	Os cadernos de encargos são elaborados respeitando a legislação em vigor e as normas de higiene e segurança e incluem as especificações técnicas necessárias à boa prestação de serviços.				Baixo	Médio	Baixo
	8 (C)	Redução de recursos humanos disponibilizados pelo prestador de serviços, de forma a aumentar a rentabilidade do contrato.	Médio	Médio	Médio	Implementar um sistema de controlo interno de forma a validar o cumprimento da prestação de serviços.		A equipa de Assistentes de Segurança e Vigilância foi dimensionada de acordo com as necessidades e postos identificados pelo HB, sendo que o prestador envia diariamente a equipa afeta a cada turno por posto.				Médio	Médio	Médio
Tratamento e Distribuição de Roupa (D)	9 (D)	O caderno de encargos pode não conter as especificações técnicas necessárias para a prestação de serviços de tratamento e distribuição de roupa.	Médio	Médio	Médio	Definir, com base nos normativos nacionais e internacionais, de forma clara e precisa as cláusulas técnicas dos cadernos de encargos.	SGH	Os cadernos de encargos são elaborados respeitando a legislação em vigor e as normas de higiene e segurança e incluem as especificações técnicas necessárias à boa prestação de serviços.		Entrada em vigor do novo caderno de encargos		Médio	Médio	Médio
	10 (D)	A faturação pode aumentar em função do peso da roupa limpa.	Baixo	Baixo	Baixo	Implementar um sistema de controlo dos pesos.		E realizado um controlo diário da pesagem/ contagem da roupa suja levantada pelo prestador, assim como da roupa limpa entregue. O registo da pesagem/contagem da roupa suja e roupa limpa é acompanhado de guia de transporte mencionando a quantificação de todas as tipologias de roupa recolhidas/entregues. É efetuado o preenchimento de um ficheiro com os registos referidos, sendo efetuada a validação mensal do mesmo na presença do responsável da Rouparia e de um elemento do prestador para verificação da pesagem/contagem para efeitos de faturação.		Monitorização da pesagem/contagem da roupa limpa entregue pelo prestador.	Em 2025 será implementado um Sistema de Rastreabilidade Têxtil, que permitirá melhorar o controlo do processo e monitorização de todas as atividade de expedição para o prestador e receção de roupa hospitalar e fardamento pelo mesmo, o acompanhamento da emissão de guias de transporte, bem como o controlo da faturação, uma vez que todo este controlo passará a ser efetuado automaticamente.		Baixo	Baixo
	11	Os procedimentos administrativos e de controlo podem ser inadequados e/ou insuficientes.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar o manual no qual se vertam todos os procedimentos e circuitos para a área de gestão hoteleira, devendo o mesmo ser aprovado pelo CA e ser objeto de revisão sempre que se verifique alteração de procedimentos.	SGH	A gestão de cada uma das áreas sob responsabilidade do SGH encontra-se descrita no REG.063 - Regulamento do Serviço de Gestão Hoteleira, bem como nos documentos específicos do Serviço.				Baixo	Baixo	Baixo
	12	Pode não existir uma segregação de funções adequada.	Baixo	Baixo	Baixo	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SGH, deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções.	SGH	A descrição de funções de cada elemento do SGH encontra-se descrita no REG.063 - Regulamento do Serviço de Gestão Hoteleira.				Baixo	Baixo	Baixo
Implementar uma adequada segregação de funções entre as funções desempenhadas.						A segregação de funções é assegurada e está descrita no REG.063 - Regulamento do Serviço de Gestão Hoteleira.								
	13	Podem ocorrer situações de conflitos de interesses.	Médio	Médio	Médio	Obtenção de declarações de inexistência de incompatibilidades dos profissionais do Serviço de Gestão Hoteleira.	SGH SGRH			Ainda não foi possível implementar esta medida.		Médio	Médio	Médio

Legenda: SGH - Serviço de Gestão Hoteleira; SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Compras

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon- sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
1	O plano anual de compras pode não estar devidamente aprovado e/ou não refletir as necessidades de todos os Serviços.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar um plano anual de compras que reflita as necessidades de todos os serviços e monitorizá-lo, tendo em vista o desenvolvimento dos processos de aquisição adequados.	CA SGC	O SGC elabora anualmente o plano de compras que tem por base o histórico de aquisições do ano anterior. O plano de compras de 2024 foi elaborado.	Na sequência da reestruturação do SGC ocorrida no 4º trimestre de 2022, a equipa foi reforçada/alterada ao longo de 2023 e 2024 devido a ausências prolongadas e saídas de alguns elementos, culminando em atrasos no cumprimento do plano pré-estabelecido. Neste contexto foi necessário integrar e formar os diversos elementos novos. O serviço foi reorganizado por áreas de atuação. Este facto condicionou o desenvolvimento de algumas ações que visam a implementação destas medidas. Mantêm-se as dificuldades em sensibilizar e envolver os serviços clínicos no planeamento e identificação de necessidades de compra.	Médio	Médio	Médio		
2	A atividade desenvolvida pelo SGC pode não ser planeada e ser reativa às solicitações efetuadas pelos diversos Serviços do HB, ocorrendo à medida a que surgem as necessidades.	Médio	Médio	Médio	Efetuar o planeamento periódico dos procedimentos de aquisição a lançar, em função das datas de vigência das adjudicações/ contratos em vigor.	SGC	O SGC elabora anualmente o plano de compras que tem por base o histórico de aquisições do ano anterior. O plano de compras de 2024 foi elaborado. Não obstante, ocorreram diversas situações imprevisíveis e não imputáveis ao SGC, nomeadamente, rupturas de material e atrasos nas entregas por parte dos fornecedores que nos obrigam a reagir no momento da necessidade.	Na sequência da reestruturação do SGC ocorrida no 4º trimestre de 2022, a equipa foi reforçada/alterada ao longo de 2023 e 2024 devido a ausências prolongadas e saídas de alguns elementos, culminando em atrasos no cumprimento do plano pré-estabelecido. Neste contexto foi necessário integrar e formar os diversos elementos novos. O serviço foi reorganizado por áreas de atuação. Este facto condicionou o desenvolvimento de algumas ações que visam a implementação destas medidas. Mantêm-se as dificuldades em sensibilizar e envolver os serviços clínicos no planeamento e identificação de necessidades de compra.	Médio	Médio	Médio		
3	As necessidades de aquisição/contratação podem não estar devidamente justificadas.	Médio	Médio	Médio	Justificar claramente a necessidade de aquisição/contratação, indicando se é para substituição, reforço dos recursos existentes ou para responder a uma nova exigência.	Serviços Requisitan- tes SGC	Encontra-se definido o ciclo da contratação pública (IMP.SGC.001.00/10/2021), que compreende 11 fases e define os responsáveis por cada uma das fases. A fase 1 - Identificação e análise das Necessidades a satisfazer e sua fundamentação é da responsabilidade dos diretores dos serviços utilizadores, SGC, SGL e Farmácia e é sujeita a aprovação do Conselho de Administração. A fase 2 - Caracterização e Especificação do Objeto a Contratar é da responsabilidade Diretores dos serviços utilizadores, SGC e comissão de análise.	A equipa do SGC ainda se encontra em consolidação, bem como os procedimentos de trabalho, para promover uma análise e eventual revisão deste documento em 2025. Será implementado durante o ano de 2025 um documento de expressão das necessidades para os serviços requisitantes preencherem com a devida fundamentação	Médio	Médio	Médio		
4	Os serviços requisitantes e outros envolvidos no processo de compra, podem fornecer especificações do produto/serviço dirigidas a um determinado fornecedor.	Baixo	Baixo	Baixo	Evitar qualquer tipo de especificação, designadamente marcas ou denominações comerciais. Quem solicita a aquisição/contratação não deve indicar qualquer fornecedor.	SGC Serviços Requisitan- tes Serviços Requisitan- tes	O SGC desenvolve a sua atividade com vista a que os processos de compra cumpram com o previsto na legislação em vigor. Existe o manual de Contratação pública, que estabelece os princípios orientadores relativos à Contratação Pública e que orienta a atividade do SGC. Este manual foi revisto em 2024.	É necessário aguardar a consolidação da equipa, bem como dos procedimentos de trabalho, para garantir a conclusão da implementação desta medida.	Baixo	Baixo	Baixo		

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Compras

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
5	Pode ocorrer a renovação sucessiva de contratos sem a abertura atempada de novos e adequados procedimentos de aquisição.	Médio	Médio	Médio	Proceder à abertura dos procedimentos pré-contratuais legalmente permitidos nos termos previstos no CCP.	SGC	O SGC desenvolve a sua atividade com vista a que os processos de compra cumpram com o previsto na legislação em vigor. Existe o manual de Contratação pública, que estabelece os princípios orientadores relativos à Contratação Pública e que orienta a atividade do SGC. Este manual foi revisto em 2024.	É necessário aguardar a consolidação da equipa, bem como dos procedimentos de trabalho, para garantir a conclusão da implementação desta medida.		Médio	Médio	Médio	
6	A escolha do tipo de procedimento pode não ser adequada, nem se encontrar justificada.	Baixo	Baixo	Baixo	Fundamentar a decisão de escolha do tipo de procedimento nos termos do CCP.	SGC	O manual de contratação pública estabelece os princípios orientadores relativos à Contratação Pública e orienta a atividade do SGC.	É necessário aguardar a consolidação da equipa, bem como dos procedimentos de trabalho, para garantir a conclusão da implementação desta medida.		Médio	Médio	Médio	
7	Repartição do objeto de contratação e do respetivo valor com vista a evitar determinado tipo de procedimento (fracionamento despesa).	Baixo	Baixo	Baixo	Melhorar o processo de planeamento dos procedimentos de aquisição.	SGC	O SGC elabora anualmente o plano de compras que tem por base o histórico de aquisições do ano anterior. O plano de compras de 2024 foi elaborado. Não obstante, ocorreram diversas situações imprevisíveis e não imputáveis ao SGC, nomeadamente, ruturas de material e atrasos nas entregas por parte dos fornecedores que nos obrigam a reagir no momento da necessidade.	Na sequência da reestruturação do SGC ocorrida no 4º trimestre de 2022, a equipa foi reforçada/alterada ao longo de 2023. Neste contexto foi necessário integrar e formar os diversos elementos novos. O serviço foi reorganizado por áreas de atuação. Este facto condicionou o desenvolvimento de algumas ações que visam a implementação destas medidas. Adicionalmente, existe alguma dificuldade em sensibilizar e envolver os serviços clínicos no planeamento e identificação de necessidades de compra.		Médio	Médio	Médio	
8	Não publicação dos contratos no portal dos contratos públicos.	Baixo	Baixo	Baixo	Verificar se todos os contratos celebrados foram publicitados no portal dos contratos públicos.	SGC	Foi definido com toda a equipa do SGC que o término do procedimento culmina com o lançamento em BaseGov. Foram concedidos acessos a todos os membros da equipa do SGC e definido que são responsáveis por assegurar a publicitação dos processos que tramitam. O número atribuído é registado no excel interno de controlo de procedimentos e o processo físico arquivado nas pastas.			Baixo	Baixo	Baixo	
					Verificar que não são realizados pagamentos anteriormente à publicação dos contratos no portal dos contratos públicos.	SGF			Ainda não foi possível implementar esta medida. Perspetiva-se que em 2025 serão realizadas ações com vista a garantir a sua implementação.				

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Compras

Ref.º	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024							
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
9	Ausência ou ineficiente controlo da execução do contrato.	Médio	Médio	Médio	Nomeação do Gestor do Contrato.	CA	Em todos os procedimentos tramitados é nomeado o gestor de contrato e comunicado via mail. Foram realizadas ações de formação para gestores de contrato em 2023.							
					Acompanhamento regular do desempenho do contratante.	Gestor do Contrato	Com vista a auxiliar o gestor do contrato nas suas funções, foi elaborado um procedimento que descrever as funções do gestor de contrato no âmbito dos processos de Contratação Pública.	As funções do gestor do contrato encontram-se detalhadamente descritas no PRO. 383.01	É necessário definir um procedimento de acompanhamento da atividade do gestor de contrato.			Médio	Médio	Médio
10	Os procedimentos administrativos e de controlo podem ser inadequados e/ou insuficientes.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar o manual no qual se vertam todos os procedimentos e circuitos para a área das compras, devendo o mesmo ser aprovado pelo CA e ser objeto de revisão sempre que se verifique alteração de procedimentos.	SGC	Existe o manual de Contratação pública, que estabelece os princípios orientadores relativos à Contratação Pública e que orienta a atividade do SGC. Este manual foi revisto em 2024 por forma a estar adequado às necessidades da ULS Braga, E.P.E.				Baixo	Baixo	Baixo	
11	Podem não existir uma segregação de funções adequada.	Baixo	Baixo	Baixo	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SGC, deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções.	SGC	Existe o Regulamento do SGC onde consta a descrição de funções de cada uma das categorias profissionais que integram o serviço.				Baixo	Baixo	Baixo	
12	Existência de conflitos de interesses.	Baixo	Baixo	Baixo	Obtenção de declarações de inexistência de incompatibilidades dos profissionais envolvidos na contratação pública.	SGC	Todos os intervenientes na tramitação dos procedimentos pré-contratuais preenchem e assinam a declaração de inexistência de incompatibilidades nos termos do Despacho n.º 2156-B/2014, de 22 janeiro.				Baixo	Baixo	Baixo	
					Publicação, na página eletrónica do HB, das declarações de inexistência de incompatibilidades dos elementos dos júris, comissões técnicas de análise, grupos de trabalho e consultores que apoiam os júris.	SGC	As declarações dos elementos do SGC que integram júris de procedimentos de compras encontram-se publicadas no site do HB, assim como as dos elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica.		Implementar esta medida para os restantes profissionais envolvidos no processo de contratação pública.					
13	As obrigações legais e normativas em vigor, aplicáveis ao processo de gestão de compras, podem não ser integralmente cumpridas.	Médio	Médio	Médio	Criar, e manter atualizada, uma check-list dos documentos aplicáveis ao processo de gestão de compras.	SGC	Neste momento encontra-se em elaboração uma check-list para controlo de todos os processos de gestão de compras.		Em maio de 2025 prevê-se a implementação desta check-list			Baixo	Baixo	Baixo
14	A informação de monitorização do processo de gestão de compras pode ser insuficiente e/ou não oportuna.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar e enviar ao CA um relatório de gestão periódico de monitorização das compras, que deve incluir informação sobre: requisições, tipo de procedimentos iniciados/ concluídos/ em curso; valor base e valor adjudicado; objeto de compra; explicação das situações pendentes; justificação de eventuais desvios orçamentais; etc.	SGC	Sempre que é solicitado pelo CA, o SGC prepara e disponibiliza informação.	Resposta atempada a pedidos de informação do CA.	Iremos tentar que em 2025 esta informação seja remetida, trimestralmente, para o CA.			Baixo	Baixo	Baixo
					Cumprir todas as obrigações de envio de informação à tutela e às entidades designadas.	SGC	O SGC desenvolve a sua atividade procurando cumprir com as obrigações de envio de informação a todas as entidades.							

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Compras

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024									
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco					
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR			
15	Com a constituição da ULS o Serviço de Compras tem de assegurar os procedimentos de compra dos Cuidados Primários o que se traduz num incremento substancial de trabalho aumentando o risco de ocorrência de erros e dificuldade de cumprimento com a legislação em vigor.	alto	alto	alto	Contratação de um técnico superior e um assistente técnico para colmatar o aumento de tarefas a assegurar	CA	Ainda aguardamos o reforço da equipa para colmatar o aumento de tarefas a assegurar, atempadamente, todas as necessidades da ULS Braga, E.P.E.			Contratação de um técnico superior e um assistente técnico conforme previsto em plano de atividades				alto	alto	alto

Legenda: CA - Conselho de Administração; SGC - Serviço de Gestão Compras; SGF - Serviço de Gestão Financeira.

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Recursos Humanos

Ref.º	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024									
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco					
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR			
1	A informação sobre pessoal pode estar incorrecta ou desatualizada.	Médio	Baixo	Baixo	Verificar que todas as alterações (criação / alteração / eliminação) aos dados mestre de pessoal, são devidamente aprovadas e corretamente atualizadas no respetivo sistema.	SGRH	Os dados são atualizados sempre que solicitado e as alterações devidamente aprovadas	Os dados mestre encontram-se atualizados e controlados	Trimestralmente sensibilizar os colaboradores para manterem os dados atualizados no SGRH	Garantir a atualização total dos dados	Médio	Baixo	Médio			
					Controlar periodicamente a correção e atualização dos dados mestre de pessoal.		Mensalmente são controladas todas as alterações referentes a NIB's	As alterações de NIB encontram-se controladas	Procedimento de Controlo das alterações aos dados mestre, será definido em 2025							
2	Os vencimentos, contribuições e impostos, podem ser calculados incorretamente e/ou não verificados.	Médio	Médio	Médio	Conferir que o total de remunerações base processadas são as devidamente autorizadas e programadas pelo CA.	SGRH	São validadas todas as alterações antes do fecho que qualquer processamento	Não existem alterações remuneratórias sem devida autorização	Procedimento de Controlo das remunerações base processadas vs mapa pessoal, será definido em 2026		Médio	Médio	Médio			
					Validar, mensalmente, todas as alterações remuneratórias.											
					Controlar a correção do cálculo do valor das contribuições para os sistemas e subsistemas de solidariedade e segurança social e do imposto sobre o rendimento.				São validadas as taxas de retenção das contribuições	Todos os colaboradores têm as taxas atualizadas e efetuam os devidos descontos						
3	Podem ser processados abonos e descontos não autorizados.	Baixo	Baixo	Baixo	Submeter todos os abonos a aprovação do CA.	SGRH	Todos os abonos são autorizados previamente pelo CA	Não são processados abonos sem previa autorização			Baixo	Baixo	Baixo			
4	O registo das alterações mensais (faltas, horas extra, remunerações não regulares) pode não ser efetuado ou ser efetuado de forma incorreta.	Médio	Baixo	Baixo	Conferir que o total de faltas, horas extraordinárias e outras situações não regulares, corresponde ao total processado.	SGRH	São conferidos os montantes da PA e da VMER antes do processamento final com base no previamente autorizado		Procedimento de Controlo das HE e outras situações não regulares vs autorizadas, será definido em 2023		Médio	Médio	Médio			
					Arquivar eletronicamente a simulação de processamento após validação.		É arquivado mensalmente o mapa 35 e partilhado com o SGF	Permite uma previsão do custo com os salários						Médio	Baixo	Baixo
					Garantir a segregação de funções e a rotatividade dos colaboradores nas diferentes tarefas.				A segregação de funções não é assegurada, devido à falta de recursos e de know-how.					Médio	Médio	Médio
5	O pagamento de remunerações pode ser efetuado por um valor indevido.	Baixo	Baixo	Baixo	Controlar que o total de remunerações pagas corresponde ao total processado e validado.	SGRH SGF	É partilhado o ficheiro das remunerações processadas com o SGF	Permite validar se todas as remunerações foram pagas aos colaboradores.			Baixo	Baixo	Baixo			
6	O pagamento de trabalho extraordinário pode não ser sempre previamente aprovada pelo CA.	Médio	Baixo	Baixo	Autorização prévia do pagamento de trabalho extraordinário pelo CA.	SGRH SGF	O Pagamento do TE é sempre aprovado previamente pelo CA	Não há pagamento sem aprovação do CA			Médio	Baixo	Baixo			

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Recursos Humanos

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon- sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
7	O processo de recrutamento pode não cumprir integralmente todos os requisitos legais e normativos aplicáveis.	Baixo	Baixo	Baixo	Proceder à abertura de processos de recrutamento que assentem na adequação dos profissionais às funções a desenvolver e assegurem os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé e da não discriminação, bem como da publicidade.	SGRH	Todos os processos de recrutamento são efetuados tendo por base a Legislação em vigor	Cumprem integralmente todos os requisitos legais			Médio	Baixo	Baixo
					Desencadear os processos de recrutamento na sequência de efetivas e justificadas necessidades de pessoal e só após autorização do CA.		Todas as admissões são previamente autorizadas pelo CA	Todos são devidamente autorizados			Médio	Baixo	Baixo
8	Pode não existir o reconhecimento do mérito e do desempenho dos trabalhadores.	Alto	Alto	Alto	Proceder à avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores (SIADAP).	CA SGRH CCA	A aplicação do SIADAP encontra-se concluída para todas as carreiras, exceto a carreira médica onde se verifica algum atraso.	Assegurada a avaliação periódica dos trabalhadores em conformidade com o previsto na legislação em vigor.	Desconhecimento do ponto de situação das avaliações do biénio 23/24 dos CSP. Nos CSH mantém-se o trâmite normal da avaliação de desempenho, nomeadamente foram agora nomeados os CCA's de todas as carreiras, excetuando os TSS's. É necessário continuar a investir nesta área da gestão de RH para garantir a continuidade do processo de avaliação de desempenho.	Alto	Alto	Alto	
9	Os processos individuais podem não se encontrar devidamente atualizados com toda a documentação legalmente exigida, nomeadamente os relativos a contratos de prestação de serviços.	Médio	Baixo	Baixo	Designar responsáveis pela atualização dos processos individuais.	SGRH	A responsabilidade pela recolha da documentação no momento de admissão está atribuída.	Periodicamente analisar os documentos caducados e solicitar a sua atualização			Médio	Médio	Médio
					Verificar a existência, nos processos individuais, de todos os documentos previstos nos contratos e a validade dos mesmos.		A responsabilidade pela recolha da documentação no momento de admissão está atribuída.	Periodicamente analisar os documentos caducados e solicitar a sua atualização					
					Proceder à recolha da documentação em falta e juntar aos processos individuais.		A responsabilidade pela recolha da documentação no momento de admissão está atribuída.	Periodicamente analisar os documentos caducados e solicitar a sua atualização					
					Instituir procedimentos que garantam que as alterações que devem ser registadas nos processos individuais, sejam de imediato comunicadas de forma a manter os processos atualizados.		A responsabilidade pela recolha da documentação no momento de admissão está atribuída.	Periodicamente analisar os documentos caducados e solicitar a sua atualização					

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Recursos Humanos

Ref.º	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Responsável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
10	Os procedimentos administrativos e de controlo podem ser inadequados e/ou insuficientes.	Baixo	Baixo	Baixo	Elaborar o manual no qual se vertam todos os procedimentos e circuitos para a área de gestão de recursos humanos, devendo o mesmo ser aprovado pelo CA e ser objeto de revisão sempre que se verifique alteração de procedimentos.	SGRH	Existe um Regulamento do SGRH e um conjunto de Procedimentos e Instruções de Trabalho que se encontram devidamente autorizados e implementados	A Elaboração do Manual será assegurada após a consolidação do processo de desmaterialização de alguns procedimentos.					
					Elaborar, aprovar e manter atualizado o regulamento de horário de trabalho e assiduidade.		A elaboração deste documento já foi iniciada, no entanto ainda não foi possível concluir uma versão para submeter a aprovação pelo CA.	Ainda não foi possível concretizar a implementação desta medida, embora já tenha sido iniciada a elaboração do documento.					
11	Pode não existir uma segregação de funções adequada.	Médio	Baixo	Baixo	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SGRH, deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções. Garantir uma adequada segregação entre as diferentes funções do processo de gestão de recursos humanos.	SGRH	Todos os colaboradores do SGRH têm descrição de funções. A segregação de funções é assegurada sempre que possível, dentro das limitações associadas ao número de elementos da equipa.			Médio	Baixo	Baixo	
12	Existência de conflitos de interesses.	Médio	Médio	Médio	Incluir no Código de Ética referência a esta temática.	Comissão de Ética	O Código de Conduta e Ética faz referência à temática dos conflitos de interesses.			Médio	Médio	Médio	
					Elaborar uma Política de Gestão de Conflitos de Interesses.				Ainda não foi possível concretizar a implementação desta medida, perspetivando-se que a sua implementação ocorra em 2025.				
					Divulgação junto dos colaboradores da legislação e das normas internas sobre Conflitos de Interesses, designadamente a obrigatoriedade de declararem a sua existência.								
Obtenção de declarações de inexistência de incompatibilidades dos profissionais do SGRH.													
13	As obrigações legais e normativas em vigor, aplicáveis ao processo de gestão de recursos humanos, podem não ser integralmente cumpridas.	Baixo	Baixo	Baixo	Criar, e manter atualizada, uma check-list dos documentos aplicáveis ao processo de gestão de Recursos Humanos.	SGRH	Existe um documento com indicações de todas as obrigações legais de reporte para o exterior.	As obrigações legais de reporte para o exterior são cumpridas.	A listagem de legislação aplicada no SGRH será incluída no Manual de procedimentos.	Baixo	Baixo	Baixo	

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Recursos Humanos

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
14	A informação de monitorização do processo de gestão de recursos humanos pode ser insuficiente e/ou não oportuna.	Médio	Baixo	Baixo	Elaborar, analisar e enviar ao CA um relatório de gestão periódico sobre CIT e CTFP, que deve incluir, entre outra, informação sobre: - alterações aos contratos existentes; - novos contratos celebrados; - assiduidade e faltas por tipo (geral e por serviço); - nº e valor do trabalho extraordinário (horas extra e prevenções); - controlo orçamental e justificação de desvios.	SGRH	Mensalmente é partilhado com o Vogal do CA da área de RH o inventário que engloba informação sobre: ativos à data do último dia do mês; prestadores de serviços atovos; entradas do mês; saídas do mês; entradas do ano; saídas do ano; mapa de entradas e saídas do ano; mapa-quadro; mobilidades internas; mobilidades externas; Licenças sem vencimento ativas. Para além desta informação são criados todos os reportes de solicitaçãoe spor parte do CA.						
					Elaborar, analisar e enviar ao CA um relatório de gestão periódico sobre CPSM, que deve incluir, entre outra, informação sobre: - alterações aos contratos em vigor (novos, cessações, renovações, concursos abertos, etc.); - grau de cumprimento das obrigações contratuais; - penalizações acionadas por CPSM; - indicadores de eficiência e produtividade do prestador; - evolução do serviço prestado (nº atos/nº horas) e dos valores pagos, em termos globais e por CPSM; - controlo orçamental e justificação de desvios.	SGRH SGP							
					Cumprir todas as obrigações de envio de informação à tutela e às entidades designadas.	SGRH	Existe um calendário com todas as datas com o envio de informação a enviar à tutela e outras entidades.	Cumpridos todos os prazos e obrigações.					
15	Inexistência de histórico dos profissionais em plataforma entre 2009 e 2019 (PPP)	Alto	Alto	Alto	Garantir um backup de SAP no HB	CA			Ainda não foi possível implementar esta medida.	Alto	Alto	Alto	
16	Inexistência de arquivo documental (processo individual) referente aos colaboradores dos cuidados de saúde primários que integraram a ULS de Braga.	Alto	Alto	Alto	Reforçar junto da ARSN a necessidade de envio dos processos individuais dos colaboradores dos cuidados de saúde primários que integraram a ULS de Braga.	CA SGRH			Ainda não foi possível implementar esta medida.	Alto	Alto	Alto	
17	Inexistencia de histórico de RHV relativamente aos colaboradores dos cuidados de saúde primérios que integraram a ULS de Braga	Alto	Alto	Alto	Reforçar junto da ARSN a necessidade de disponibilização do histórico do RHV.	CA SGRH			Ainda não foi possível implementar esta medida.	Alto	Alto	Alto	

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Gestão de Recursos Humanos

Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024							
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco			
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR	
18	Dificuldade de uniformização dos procedimentos implementados no SGRH ao universo ULS (inclusão dos cuidados de saúde primários).	Alto	Alto	Alto	Definir um plano de formação para os colaboradores afetos aos cuidados de saúde primários.	SGRH			Não foi possível um plano de formação, mas foram em contexto de trabalho realizadas ações junto de todos os elementos de RH sobre os procedimentos a serem adotados.			Médio	Médio	Médio

Legenda: CA - Conselho de Administração; CCA - Conselho Coordenador de Avaliação; SAI - Serviço de Auditoria Interna; SGF - Serviço de Gestão Financeira; SGP - Serviço de Gestão da Produção; SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Planeamento e Controlo de Gestão

							Auto - Avaliação - 2024						
Ref.ª	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
1	A informação das várias aplicações informáticas de registo de atividade pode não ser fiável (falha nos registos).	Alto	Médio	Alto	Definição de procedimento para controlo de registos da atividade.	SPCG SGF SGP SGA	Manutenção das medidas adotadas no ano anterior. Em 2024 surgiu a necessidade de incorporar novas rotinas de auditoria. E validação da informação através da implementação da ferramenta de BI. Realização de reuniões para rever os responsáveis pelas correções necessárias e esclarecer os mesmos.	Melhoria dos registos	Consolidação das rotinas com a implementação do sistema de BI que tem permitido novas e validações mais profundas à informação disponível. E manter reuniões com os responsáveis pelas correções para ponto de situação ou efetuar melhorias no processo.		Alto	Médio	Alto
					Realização de rotinas de validação/correção da informação	SPCG SGF SGP SGA							
					Realização de teste de consistência/conformidade dos dados.	SPCG							
2	A informação produzida no SIG pode não ser fiável.	Alto	Médio	Alto	Validar a informação retirada do SIG com a informação dos sistemas de informação base.	SPCG				Alto	Médio	Alto	
3	Os prazos de cumprimento de obrigações relativas a envio de informação à Tutela podem não ser cumpridos.	Médio	Médio	Médio	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SPCG, deve ser claramente descrita na respetiva descrição de funções. Garantir uma adequada segregação entre as diferentes funções do processo de planeamento e controlo gestão. Elaboração de uma check-list com as principais atividades periódicas e respetivos prazos.	SPCG	Todos os elementos do serviço têm descrição de funções atualizada. É realizado um planeamento semanal de tarefas onde constam, além das tarefas periódicas, os pedidos que vão surgindo. Nesse planeamento, é feita a atribuição de cada tarefa a um responsável e criação de lembretes no calendário.	Os prazos são cumpridos.			Baixo	Baixo	Baixo
4	Podem ocorrer situações de incobrimento de irregularidades ou cenários desfavoráveis.	Baixo	Médio	Baixo	Garantir a segregação de funções e a rotatividade dos colaboradores nas diferentes tarefas.	SPCG	É realizada a supervisão, de forma rotativa, por um elemento mais sénior.	Garantir a não existência de incobrimento de incongruências	Rotatividade de tarefas pelos diferentes elementos da equipa. Será equacionada uma solução aquando da concretização do reforço da equipa e da sua integração/formação.		Baixo	Médio	Baixo
					Criar um procedimento para reporte deste tipo de situações.	SPCG							
5	Os procedimentos administrativos e de controlo podem ser inadequados e/ou insuficientes.	Baixo	Médio	Baixo	Elaborar o manual no qual se vertam todos os procedimentos e circuitos para a área de planeamento e controlo de gestão, devendo o mesmo ser aprovado pelo CA e ser objeto de revisão sempre que se verifique alteração de procedimentos.	SPCG			Fruto dos constrangimentos vividos, ainda não foi possível elaborar o manual de procedimentos.		Baixo	Médio	Baixo

Matriz de Gestão de Risco - Processo de Planejamento e Controle de Gestão

Ref.º	Fator Potencial de Risco	P	I	GR	Medidas Preventivas	Respon-sável	Auto - Avaliação - 2024						
							Medidas Adotadas		Medidas por Adotar		Reavaliação do Risco		
							Descrição	Resultado	Descrição	Resultado	P	I	GR
6	Pode não existir uma segregação de funções adequada.	Baixo	Médio	Baixo	A definição dos níveis de autoridade e responsabilidade de cada elemento do SPCG, deve ser claramente descrita na respectiva descrição de funções. Garantir uma adequada segregação entre as diferentes funções do processo de planejamento e controle de gestão.	SPCG	Formação de todos os elementos da equipa, devido à grande reestruturação sentida.	Definição clara das reponsabilidades de cada elemento da equipa	Em termos de RH, o serviço tem vivenciado entradas e saídas de recursos. Atualmente, em número encontra-se estabilizado, no entanto houve perda de know-how que está a ser suprimida ao longo do tempo através da integração e formação continua dos elementos.	Baixo	Médio	Baixo	

Legenda: SGA - Serviço de Gestão Administrativa; SGF - Serviço de Gestão Financeira; SGP - Serviço de Gestão da Produção; SPCG - Serviço de Planejamento e Controle de Gestão