

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

2024

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

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Relatório de avaliação 2024 do Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

AUTOR e EDITOR: Serviço de Auditoria Interna

DATA: abril 2024

Assinado por: **Catarina Isabel Cabral Orfão**
Num. de Identificação: 11704986
Data: 2025.04.22 11:35:23+01'00'



auditoriainterna@ulscoimbra.min-saude.pt



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

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
1. ENQUADRAMENTO.....	5
1.1. INTERVENIENTES.....	5
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO PPR.....	6
2. METODOLOGIA.....	10
3. RESULTADOS.....	11
3.1. EXECUÇÃO POR ÁREA DE ATIVIDADE	11
3.2. EXECUÇÃO POR CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	12
3.3. EXECUÇÃO POR TIPOLOGIA DE RISCO	14
4. CONCLUSÕES	17
5. RECOMENDAÇÕES.....	18
6. ANEXOS.....	20
ÓRGÃO DE GESTÃO, ÓRGÃOS DE DIREÇÃO, TRABALHADORES.....	21
AÇÃO MÉDICA.....	23
APROVISIONAMENTO	24
AUDITORIA INTERNA.....	28
GESTÃO DE DOENTES.....	29
GESTÃO DE PROJETOS, INVESTIMENTOS E PATRIMÓNIO	30
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	31
GESTÃO DO IMOBILIZADO	34
GESTÃO HOTELEIRA	38
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS.....	39
JURÍDICO E DE CONTENCIOSO	40
MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.....	41
PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO	42
QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE.....	43
TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	44

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Plano de Prevenção dos Riscos de Gestão, que inclui medidas de combate à corrupção e infrações conexas (PPR), aplicável ao quadriénio de 2022 a 2025, da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, constitui um instrumento agregador dos planos individuais das três entidades hospitalares que a integram: o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, Rovisco Pais (CMRRC-RP) e o Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC).

A plena implementação dos três planos numa versão consolidada ficou, contudo, condicionada à aprovação do Regulamento interno da ULS de Coimbra, divulgado somente em 05/03/2025, instrumento essencial para a identificação inequívoca dos intervenientes e para a delimitação das competências e responsabilidades de cada trabalhador envolvido na execução do plano. Importa salientar que, face ao processo de transição em curso e à integração das referidas entidades hospitalares na estrutura da ULS de Coimbra, a organização interna formal da instituição permanece em fase de consolidação.

Nesse contexto, e atendendo à complexidade e dimensão do CHUC, tem prevalecido a coordenação assegurada pelas suas estruturas, razão pela qual a presente avaliação anual incide exclusivamente sobre o PPR desta entidade.

A avaliação promovida pelo Serviço de Auditoria Interna foi concretizada em conformidade com a alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do Regime geral de prevenção da corrupção (RGPC). Este exercício evidencia um compromisso rigoroso com a gestão e mitigação dos riscos. A análise envolveu a recolha, sistematização e avaliação de dados relativos ao grau de cumprimento das medidas previstas no plano.

O PPR preconiza 126 situações potenciadoras de risco, classificadas segundo três níveis de gravidade: elevado, moderado e fraco. Para estas situações de risco, foram delineadas 188 medidas de resposta, que cobrem um amplo espectro de ações de natureza preventiva e corretiva.

Até ao final do ano de 2024, 105 dessas medidas foram plenamente implementadas, correspondendo a uma taxa de execução de 56%. Importa referir que 60 medidas (32%) se encontram atualmente em fase de execução e que 23 medidas (12%) permanecem por iniciar.

O compromisso institucional demonstrado, associado a um acompanhamento contínuo, demonstra uma forte cultura de prevenção dos riscos e um alinhamento estratégico com as boas práticas de governação e conformidade.

1. ENQUADRAMENTO

O processo de gestão dos riscos em vigor tem como base a Norma International Organization for Standardization (ISO) 31000:2018 – Risk Management, segundo a qual o “risco é o efeito da incerteza nos objetivos e um efeito é um desvio em relação ao esperado que pode ser positivo, negativo ou ambos, e pode abordar, criar ou resultar em oportunidades e ameaças”.

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

A presente avaliação visa cumprir a monitorização do PPR, revelando-se uma etapa crucial para validar a eficácia da conceção, implementação e dos resultados das ações propostas. Este processo inclui a identificação de quaisquer mudanças nos contextos interno e externo que possam exigir uma revisão do tratamento de riscos e prioridades estabelecidas. Adicionalmente, visa obter informações pertinentes que contribuam para o aperfeiçoamento do processo.

1.1. INTERVENIENTES

A operacionalização do PPR integra os seguintes intervenientes:

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA

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

DIRIGENTES

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

TRABALHADORES

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

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO PPR

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

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

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

Figura 1: Riscos identificados no PPR



Fonte: PPR 2022-2025

O risco é classificado como **ELEVADO**, **MODERADO** ou **FRACO**, com base na análise dos fatores mais significativos, dos quais se destacam:

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

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

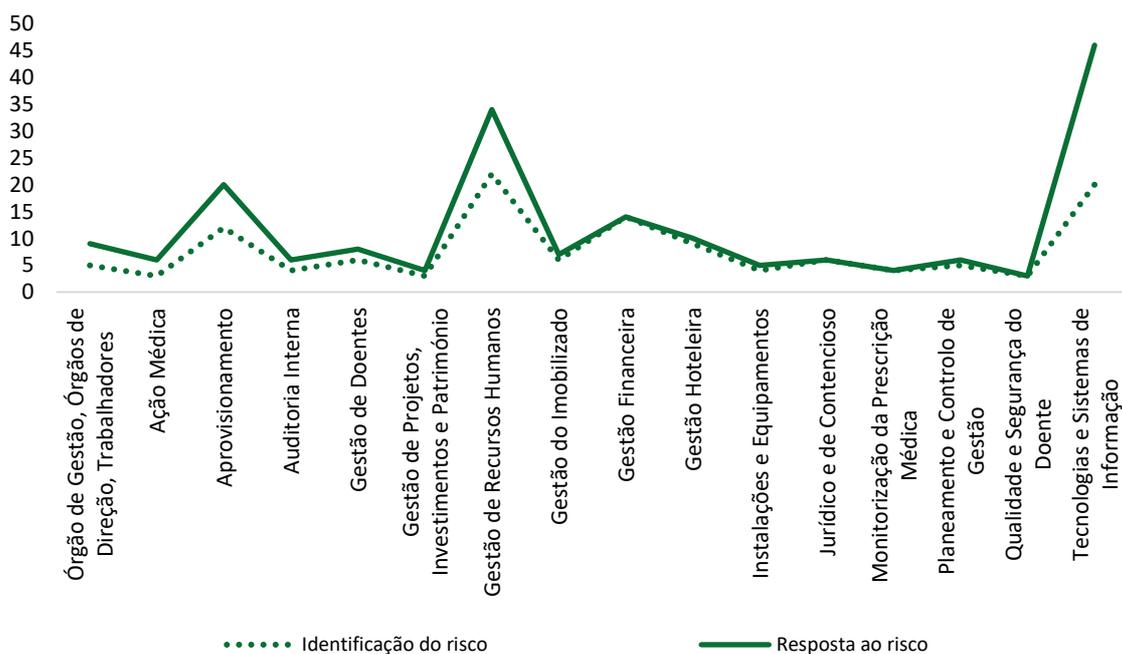
Existe uma proporção de riscos e respetivas medidas de resposta de 1:1 nas áreas de Gestão Financeira, Jurídico e de Contencioso, Monitorização da Prescrição Médica e Qualidade e Segurança do Doente. Nas restantes áreas, verifica-se um número de medidas de resposta ao risco superior ao número de riscos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

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

Área de atividade	Identificação do risco	Resposta ao risco			
		Fraco	Moderado	Elevado	Total
Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores	5	0	3	6	9
Ação Médica	3	0	0	6	6
Aprovisionamento	12	1	11	8	20
Auditoria Interna	4	0	1	5	6
Gestão de Doentes	6	0	3	5	8
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	3	0	0	4	4
Gestão de Recursos Humanos	22	8	23	3	34
Gestão do Imobilizado	6	1	3	3	7
Gestão Financeira	14	4	8	2	14
Gestão Hoteleira	9	3	6	1	10
Instalações e Equipamentos	4	4	1	0	5
Jurídico e de Contencioso	6	0	5	1	6
Monitorização da Prescrição Médica	4	0	1	3	4
Planeamento e Controlo de Gestão	5	0	1	5	6
Qualidade e Segurança do Doente	3	0	0	3	3
Tecnologias e Sistemas de Informação	20	0	23	23	46
PPR	126	21	89	78	188

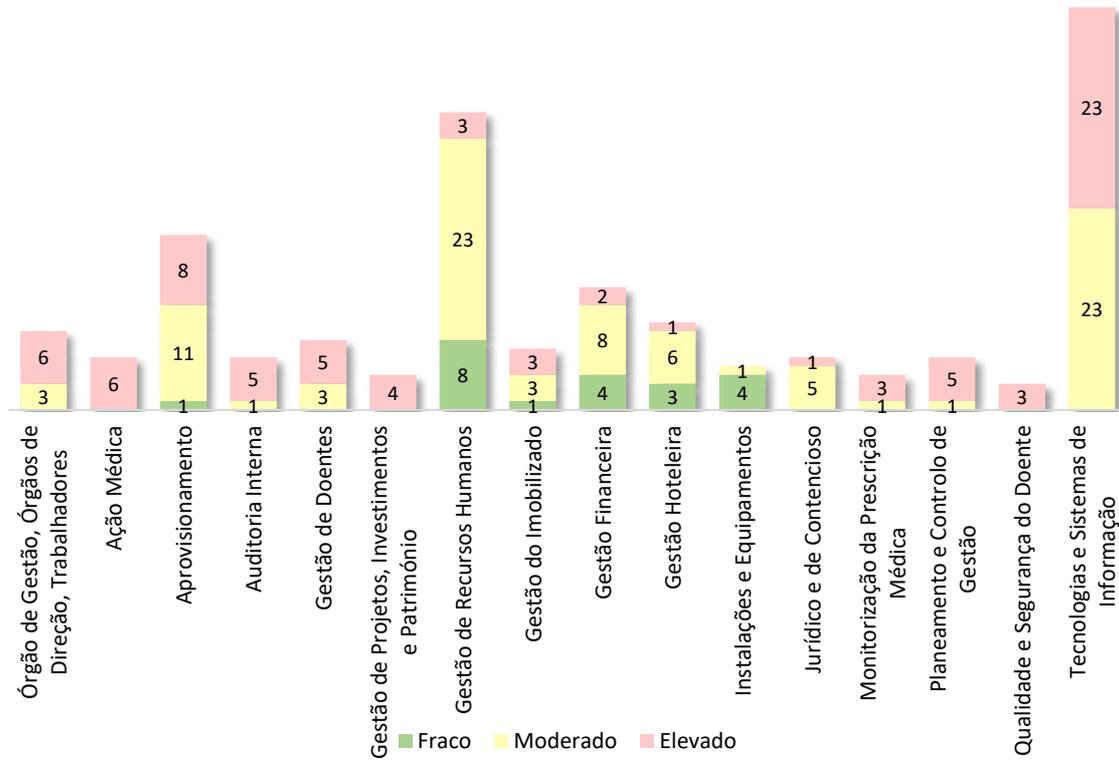
Fonte: PPR 2022-2025

Figura 3: Proporção do n.º de riscos e medidas de resposta ao risco por área de atividade



Fonte: PPR 2022-2025

Figura 4: N.º de medidas de resposta ao risco por área de atividade e classificação do risco



Fonte: PPR 2022-2025

2. METODOLOGIA

A avaliação, conduzida pelo Serviço de Auditoria Interna, baseia-se na análise das respostas obtidas por meio de formulários preenchidos pelos responsáveis das áreas envolvidas, bem como através de ações coordenadas pela própria auditoria interna.

Esta abordagem assegura uma avaliação abrangente e estruturada da execução dos mapas dos riscos, referente às situações de risco, situando-se a análise até a data de 31/12/2024.

Assim, com o intuito de aferir o grau de execução das medidas adotadas em resposta aos riscos identificados, a avaliação é categorizada em três níveis distintos:



O Serviço de Auditoria Interna procede à compilação, organização e análise das informações recolhidas. No decorrer da avaliação, considera os seguintes fatores:

GRAU DE EXECUÇÃO DAS MEDIDAS

Avalia o sucesso das medidas preventivas e corretivas implementadas, no que concerne a sua capacidade de reduzir tanto a probabilidade de ocorrência quanto o impacto dos riscos identificados.

JUSTIFICAÇÃO DE ATRASOS

Identifica e analisa os eventuais motivos que justifiquem desvios ou atrasos em relação ao planeado, permitindo a tomada de ações corretivas.

COMPREENSÃO E ADEÇÃO AOS PROCEDIMENTOS

Verifica se os procedimentos são claramente compreendidos e consistentemente cumpridos em todos os níveis organizacionais, garantindo a integridade e a eficácia do PPR.



3. RESULTADOS

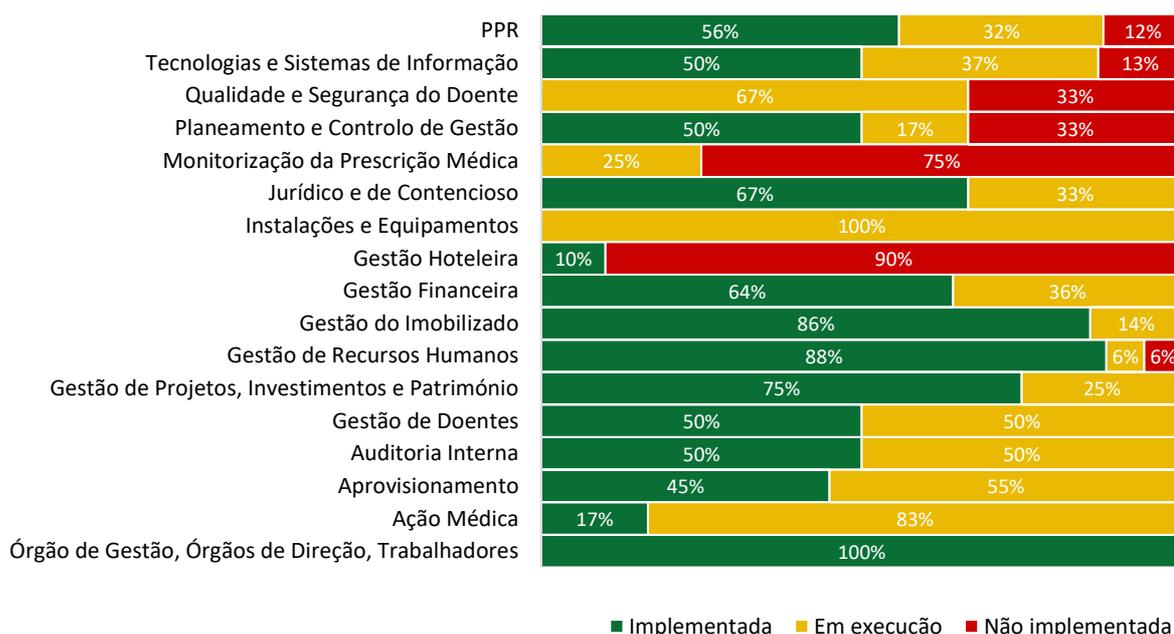
3.1. EXECUÇÃO POR ÁREA DE ATIVIDADE

À data de 31/12/2024, constata-se que 88% das medidas de resposta ao risco previstas (165 em 188) encontram-se implementadas ou em fase de execução. As medidas ainda não iniciadas ou por implementar correspondem a 12% (23 do total). Embora este valor seja relativamente reduzido, assume relevância na identificação de áreas que exigem reforço na monitorização e intervenção prioritária, com vista à plena mitigação dos riscos identificados.

Figura 5: Execução das medidas de resposta ao risco por área de atividade

Área de atividade	Implementada		Em execução		Não implementada		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores	9	100%					9
Ação Médica	1	17%	5	83%			6
Aprovisionamento	9	45%	11	55%			20
Auditoria Interna	3	50%	3	50%			6
Gestão de Doentes	4	50%	4	50%			8
Gestão de Projetos, Investimentos e Património	3	75%	1	25%			4
Gestão de Recursos Humanos	30	88%	2	6%	2	6%	34
Gestão do Imobilizado	6	86%	1	14%			7
Gestão Financeira	9	64%	5	36%			14
Gestão Hoteleira	1	10%			9	90%	10
Instalações e Equipamentos			5	100%			5
Jurídico e de Contencioso	4	67%	2	33%			6
Monitorização da Prescrição Médica			1	25%	3	75%	4
Planeamento e Controlo de Gestão	3	50%	1	17%	2	33%	6
Qualidade e Segurança do Doente			2	67%	1	33%	3
Tecnologias e Sistemas de Informação	23	50%	17	37%	6	13%	46
PPR	105	56%	60	32%	23	12%	188

Figura 6: Representação gráfica da execução das medidas de resposta ao risco por área de atividade



A avaliação do progresso na implementação das medidas de resposta ao risco, por área de atividade, permite identificar padrões de desempenho distintos:

- As áreas de Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores, Gestão de Recursos Humanos e Gestão do Imobilizado apresentam as mais elevadas percentagens de medidas implementadas, com 100%, 88% e 86%, respetivamente. Este elevado nível de execução reflete um forte compromisso com a implementação das estratégias de mitigação dos riscos.
- As áreas de Instalações e Equipamentos, Ação Médica e Qualidade e Segurança do Doente destacam-se pelas mais elevadas percentagens de medidas em execução, com 100%, 83% e 67%, respetivamente. Estes valores traduzem um esforço estruturado na concretização das ações de mitigação, indiciando que, embora a implementação ainda não esteja concluída, o processo encontra-se em curso com uma dinâmica positiva.
- A área de Gestão Hoteleira regista a maior percentagem de medidas não implementadas, situando-se nos 90%. Esta situação resulta da necessidade de reavaliação das medidas de controlo instituídas, tendo em conta a alteração na liderança da direção de serviço, cuja orientação estratégica não se encontra integralmente alinhada com os indicadores e medidas de controlo definidas no presente plano.

3.2. EXECUÇÃO POR CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

Detalha-se, de seguida, o grau efetivo de execução das medidas de resposta ao risco por nível de risco associado. Esta sistematização permite uma análise objetiva do progresso alcançado até 31/12/2024 e facilita a identificação de eventuais assimetrias.

Figura 7: Execução das medidas de resposta ao risco por classificação do risco

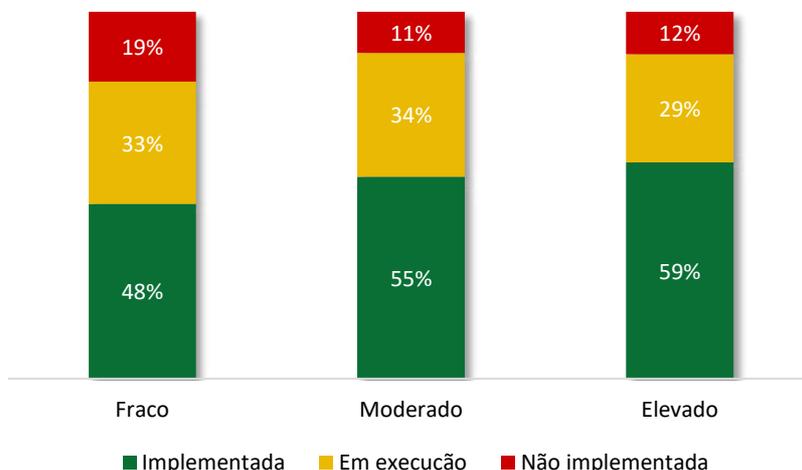
Execução / Área de atividade / Classificação do risco	Fraco	Moderado	Elevado	Grau de execução
Órgão de Gestão, Órgãos de Direção, Trabalhadores				
Implementada		3	6	100%
Em execução				
Não implementada				
Ação Médica				
Implementada			1	17%
Em execução			5	
Não implementada				
Aprovisionamento				
Implementada	1	2	6	45%
Em execução		9	2	
Não implementada				

(continuação)

Execução / Área de atividade / Classificação do risco	Fraco	Moderado	Elevado	Grau de execução
Auditoria Interna				
Implementada		1	2	50%
Em execução			3	
Não implementada				
Gestão de Doentes				
Implementada		2	2	50%
Em execução		1	3	
Não implementada				
Gestão de Projetos, Investimentos e Património				
Implementada			3	75%
Em execução			1	
Não implementada				
Gestão de Recursos Humanos				
Implementada	5	22	3	88%
Em execução	2			
Não implementada	1	1		
Gestão do Imobilizado				
Implementada	1	2	3	86%
Em execução		1		
Não implementada				
Gestão Financeira				
Implementada	3	6		64%
Em execução	1	2	2	
Não implementada				
Gestão Hoteleira				
Implementada		1		10%
Em execução				
Não implementada	3	5	1	
Instalações e Equipamentos				
Implementada				0%
Em execução	4	1		
Não implementada				
Jurídico e de Contencioso				
Implementada		4		67%
Em execução		1	1	
Não implementada				
Monitorização da Prescrição Médica				
Implementada				0%
Em execução		1		
Não implementada			3	
Planeamento e Controlo de Gestão				
Implementada			3	50%
Em execução			1	
Não implementada		1	1	
Qualidade e Segurança do Doente				
Implementada				0%
Em execução			2	
Não implementada			1	
Tecnologias e Sistemas de Informação				
Implementada		6	17	50%
Em execução		14	3	
Não implementada		3	3	
PPR	21	89	78	56%

A análise do estado de execução das medidas de resposta ao risco, por classificação do risco (fraco, moderado e elevado), revela um progresso na sua maioria positivo, ainda que com margens de melhoria em determinadas áreas.

Figura 8: Execução das medidas de resposta ao risco do PPR por classificação do risco



No que respeita ao RISCO ELEVADO, observa-se a maior taxa de medidas implementadas (59%), o que denota uma adequada priorização da atuação nos domínios de risco mais crítico. Adicionalmente, 29% das medidas encontram-se em execução, evidenciando um compromisso em curso com a mitigação dos riscos de maior impacto. Apenas 12% das medidas associadas a este nível de risco permanecem não implementadas, percentagem que, não obstante ser relativamente reduzida, justifica a respetiva monitorização.

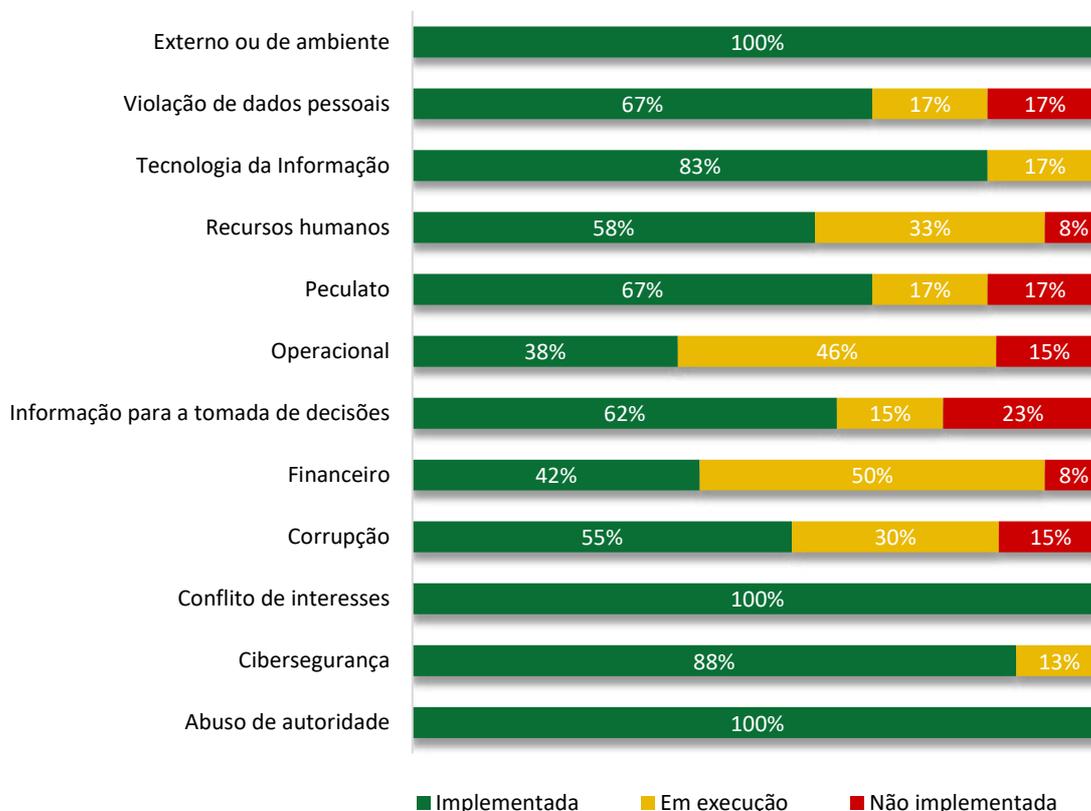
Para o RISCO MODERADO, 55% das medidas foram já implementadas, enquanto 34% estão em fase de execução, e 11% permanecem não implementadas, o que revela um desempenho satisfatório, embora se recomende um reforço da execução integral das medidas pendentes.

No nível de RISCO FRACO, verifica-se uma menor taxa de implementação (48%), com 33% das medidas em execução e 19% ainda não implementadas. Este dado poderá refletir uma natural tendência para diferir a implementação de medidas associadas a riscos menos significativos. Contudo, importa assegurar que este comportamento não compromete a gestão global dos riscos residuais.

3.3. EXECUÇÃO POR TIPOLOGIA DE RISCO

Observa-se um panorama globalmente positivo, com áreas de excelência na implementação de medidas, especialmente em matérias de integridade institucional e segurança da informação. Todavia, subsistem desafios relevantes nas áreas com situação de risco operacional, financeiro e corrupção, exigindo uma atuação coordenada para garantir a eficácia dos sistemas de controlo interno e a sustentabilidade do modelo de gestão do risco da ULS de Coimbra.

Figura 9: Grau de execução das medidas de resposta ao risco por tipologia de risco



As eventuais situações de risco **EXTERNO OU DE AMBIENTE**, **CONFLITO DE INTERESSES** e **ABUSO DE AUTORIDADE** apresentam 100% das medidas de controlo implementadas, evidenciando uma execução integral das estratégias de mitigação associadas. Estes resultados refletem uma clara priorização institucional na neutralização de riscos com impacto potencial significativo na integridade organizacional.

As situações de risco relacionadas com **CIBERSEGURANÇA** e **TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO** registam igualmente um desempenho muito positivo, com 88% e 83% de medidas implementadas, respetivamente. Esta tendência é indicativa de uma aposta na robustez dos sistemas de informação e na resiliência digital da ULS de Coimbra.

Relativamente às situações de risco de **VIOLAÇÃO DE DADOS PESSOAIS** e **PECULATO**, observam-se níveis de execução equilibrados, com 67% das medidas já implementadas, mas com 17% por implementar em ambos os casos. Este cenário exige reforço dos mecanismos de controlo e maior articulação com os responsáveis pela execução das medidas.

As situações de risco associadas à **INFORMAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÕES** e aos **RECURSOS HUMANOS** evidenciam níveis de execução intermédios, revelando progressos, mas ainda com margem de reforço. No domínio da informação para a tomada de decisão, a existência de 23% de medidas não implementadas constitui um sinal de alerta, considerando o impacto direto que

a fiabilidade e oportunidade da informação têm na eficácia da gestão e na qualidade da tomada de decisões. Já no que respeita às situações de risco relacionadas com os recursos humanos, observa-se uma taxa de implementação de 58%, complementada por 33% de medidas em execução, o que evidencia uma trajetória de concretização em curso. Ambas as áreas exigem acompanhamento, tendo em vista a consolidação dos mecanismos de controlo e a mitigação eficaz dos riscos associados a funções estruturantes da ULS de Coimbra.

Em oposição, as situações de risco **OPERACIONAL**, **FINANCEIRO** e **CORRUPÇÃO** apresentam percentagens modestas de medidas já implementadas — 38%, 42% e 55%, respetivamente — e valores mais elevados de medidas em execução ou não implementadas. Estes dados evidenciam fragilidades nos processos de mitigação destes riscos, que, pela sua natureza, apresentam elevado potencial disruptivo para o funcionamento da organização. A baixa taxa de concretização plena das medidas justifica a definição de prioridades operacionais e a monitorização sistemática dos progressos, de forma a garantir uma resposta eficaz.

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

4. CONCLUSÕES

Do exposto resultam as seguintes conclusões:

1. O PPR integra um total de 188 medidas, de natureza preventiva e corretiva, concebidas para responder aos riscos identificados, no âmbito das diversas áreas de atividade da ULS de Coimbra.
2. A monitorização da execução do PPR é conduzida pelo Serviço de Auditoria Interna, contando com a colaboração ativa dos responsáveis das áreas funcionais abrangidas, assegurando assim uma abordagem descentralizada e corresponsável na gestão do risco.
3. Este processo de monitorização reveste-se de carácter sistemático e contínuo, permitindo acompanhar a evolução do risco nas suas múltiplas componentes e verificar, em tempo útil, a eficácia dos mecanismos de implementação das medidas de mitigação previstas.
4. A presente avaliação foi iniciada em fevereiro de 2025 pelo Serviço de Auditoria Interna e incluiu a quantificação do grau de implementação das medidas constantes dos mapas de risco, abrangendo tanto as ações preventivas como as corretivas.
5. A taxa de participação das áreas envolvidas atingiu os 100%, revelando um elevado nível de envolvimento e compromisso institucional com o processo de avaliação e monitorização do plano.
6. À data de 31/12/2024, 105 medidas estavam integralmente implementadas, correspondendo a 56% do total. Adicionalmente, 60 medidas (32%) encontravam-se em fase de execução, enquanto 23 medidas (12%) permaneciam por iniciar, o que justifica o reforço da supervisão em determinadas áreas.
7. O panorama global é tendencialmente positivo, com destaque para áreas de excelência na execução das medidas, sobretudo em matérias de integridade institucional e segurança da informação. Contudo, persistem desafios significativos nas eventuais situações de risco operacional, financeiro e corrupção, que exigem uma resposta coordenada e estratégica com vista ao reforço da eficácia do sistema de controlo interno e à sustentabilidade do modelo de gestão do risco da ULS de Coimbra.
8. As áreas onde as medidas ainda não foram implementadas requerem atenção prioritária para assegurar a sua execução integral.

5. RECOMENDAÇÕES

Tendo em consideração os resultados da avaliação realizada, o Serviço de Auditoria Interna submete à consideração superior as seguintes recomendações, com vista ao reforço da eficácia da gestão do risco na ULS de Coimbra:

1. Envio do Relatório de avaliação:

O envio do presente relatório de avaliação aos membros do Governo com tutela nas áreas das finanças e da saúde, especificamente à Administração Central do Sistema de Saúde e à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, nos termos do n.º 14 do artigo 86.º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

2. Comunicação às Autoridades de Inspeção:

A comunicação do relatório de avaliação ao serviço de inspeção da área da saúde, concretamente à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, bem como ao Mecanismo Nacional Anticorrupção, este através da plataforma RGPC, em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo 6.º do RGPC.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

3. Transparência e Divulgação:

A publicação do relatório de avaliação no portal interno e externo, excetuando as matérias que o Conselho de Administração considere de natureza reservada.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Serviço de Auditoria Interna

4. Atualização do PPR

Propõe-se a atualização do PPR, em observância com a estrutura organizacional atualmente em vigor, garantindo o alinhamento entre a nova configuração orgânica da ULS de Coimbra e o modelo de gestão dos riscos adotado.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTES: Conselho de Administração, Serviço de Auditoria Interna e Dirigentes

5. Comissão de gestão dos riscos

A designação formal da Comissão de gestão dos riscos, em conformidade com o disposto no Regulamento interno, assegurando a operacionalização de um órgão de coordenação transversal e permanente de acompanhamento da execução das medidas de mitigação dos riscos.

AÇÃO: imediata; INTERVENIENTE: Conselho de Administração

6. ANEXOS

ÓRGÃO DE GESTÃO, ÓRGÃOS DE DIREÇÃO, TRABALHADORES

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Estrutura Organizacional	Estrutura organizacional desadequada ou desatualizada	Operacional	4	Moderado	Atualização do organograma	nov/22	Implementada	Aprovação do organograma em reunião de Conselho de Administração de 22/11/22.
	Exercício indevido de competências	Abuso de autoridade	3	Moderado	Publicação das delegações e subdelegações de competências aprovadas no portal do CHUC Criação de um repositório digital com a informação de todas as delegações e subdelegações vigentes, revogadas e caducadas	sempre que se verifique dez/22	Implementada Implementada	Divulgação por via de circular informativa. O portal CHUC_Modern Workplace centraliza toda a informação pertinente ao exercício da atividade dos dirigentes e trabalhadores.
Ética e Conduta	Assédio moral ou discriminação de trabalhadores por razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual	Abuso de autoridade	6	Elevado	Divulgação do Código de conduta ética	set/22	Implementada	Divulgação do Código de Conduta Ética em Circular Normativa n.º 11/22, de 04/10.
					Atualização do Código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho	mar/23	Implementada	Divulgação do Código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho em Circular Normativa n.º 16/23, de 05/09
Proteção de dados	Incumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	Violação de dados pessoais	6	Elevado	Divulgação do RGPD e assegurar o seu cumprimento	dez/22	Implementada	Divulgação da Política de Privacidade e Proteção de Dados em Circular Normativa n.º 10/22, de 12/08.
					Formação no âmbito da proteção de dados, pelo menos, a 50% dos trabalhadores	dez/22	Implementada	5.357 trabalhadores (63%) (2.927 em 2023, 2.430 em 2024) concretizaram com sucesso a formação no âmbito de cibersegurança e proteção de dados.

AÇÃO MÉDICA

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

APROVISIONAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Recursos Humanos	Recursos humanos insuficientes/não qualificados/desmotivados	Recursos humanos	9	Elevado	Reenvio ao Serviço de Formação do plano formativo global para o SA	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25	Implementada	Aguarda-se a transição dos recursos humanos afetos às compras e logística que davam apoio aos cuidados de saúde primários (ex-ARSC). Foi iniciado no final ano 2024 uma reserva de recrutamento para 9 técnicos superiores que integrarão o Departamento de Compras e Logística (7 para as compras e 2 para a logística). O processo de seleção está em curso e espera-se a breve trecho concluído.
					Frequência de acções de formação ministradas pelos SPMS, pela Vortal e pelo STSI	sempre que oportuno	Implementada	No último trimestre de 2024 foi preparada a formação para os Conselhos Diretivos e direções de serviços transversais em contratação pública e gestão de contratos que se encontra agendada para o 1.º trimestre de 2025. Para o ano de 2025, foi apresentado um novo plano detalhado de necessidades formativas do Setor de Logística.
Compras	Anos findos e falta de procedimentos de aquisição adequados ao quadro legal	Corrupção	3	Moderado	Progressiva adoção de procedimentos abertos à concorrência e tramitados pela plataforma de contratação pública Vortal	dez/24; dez/26	Em execução	O procedimento pré-contratual dominante é o ajuste direto com base em critérios materiais cujo valor diz respeito principalmente a medicamentos de elevado valor e exclusivos (patentes associadas) visados pelo Tribunal de Contas. Em 2024 remeteram-se a visto prévio 18 contratos no valor de 42.3M€ c/IVA em produtos farmacêuticos representando este valor mais de 22% do total adjudicado em ajustes diretos com fundamento em critérios materiais (191M€). Assumem ainda especial destaque os procedimentos ao abrigo de acordos quadro (art. 258 e 259) no valor total de 205,3M€, estando aqui incluído o valor referente a compras centralizadas. Os procedimentos por concurso público representam cerca de 27,5 M€ (CP + C. Limitado Prévia Qualificação) e a contratação excluída 32,6 M€ (diz respeito principalmente a prestação de serviços - SUCH). Os ajustes diretos com fundamento no valor representam 3% do valor total adjudicado neste ano.
					Adesão as compras centralizadas dos SPMS	dez/24	Implementada	A ULS adere obrigatoriamente a todos os processos de compras centralizadas, aplicáveis a medicamentos e material de consumo clínico.
	Incumprimento da legislação em vigor CCP, no que diz respeito ao cumprimento do art. 113º e de processos sujeitos a Tribunal de Contas por acumulação do valor	Corrupção	3	Moderado	Exequibilidade em avaliação	dez/24	Em execução	Foi elaborado um procedimento para controlo das regras previstas no art. 113º do CCP, ainda em fase de implementação uma vez que requer a preparação de serviços que são fundamentais para a sua implementação bem como a integração dos novos recursos humanos.
	Não publicação atempada, no Portal BaseGov, dos procedimentos de contratação pública	Operacional	9	Elevado	Aquisição de prestação de serviços à Vortal para publicação eletrónica dos ajustes diretos simplificados através do envio periódico da informação acumulada do CHUC	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23;1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24;1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada	Foi prestada formação a mais recursos humanos a fim de poderem dar resposta à publicação de contratos no Portal Base.

APROVISIONAMENTO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Logística	Existência de lacunas estruturais em vários locais de armazenamento, com as consequentes ineficiências a nível de gestão de materiais	Operacional	6	Elevado	<p>Recurso ao arrendamento de armazém nos arredores de Coimbra, ao qual ainda se recorre atualmente para o efeito (armazém do SUCH)</p> <p>Estudo efetuado pelo Instituto Kaizen a fim de projetar um armazém central para o Setor de Logística. Está em curso elaboração de estudo prévio para existência de armazém central</p>	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25	Implementada	<p>Mantém-se o arrendamento; contudo, foi proposto ao CA que o mesmo cesse quando estiver concluído o novo armazém de suporte aos polos HG/MBB/HSC (ex. projeto de novo armazém central do CHUC), a situar-se no campus do HG, passando a suprir as necessidades daquele polo, dos CSP e ainda as necessidades «estratégicas» que são supridas atualmente pelo armazém SUCH, permitindo sinergias que aumentarão a eficiência logística, pela concentração de operações daqueles 3 armazéns e eliminação de um custo global de arrendamento de cerca de 150.000 Euros/ano (120.000€ - armazém CSP da Relvinha; 30.000€ - armazém SUCH).</p> <p>Está a decorrer o processo de consultoria a fim de instalar o armazém do polo HUC nas instalações devolutas da lavandaria, permitindo uma reorganização de stocks e a consequente melhoria na sua gestão; findo este processo, seguir-se-á a realização de procedimento de aquisição do projeto e, depois, o da contratação da empreitada de remodelação; enquanto decorrerem as obras, desenvolver-se-á o procedimento de aquisição de todos os equipamentos de suporte às operações logísticas.</p>
	Bens de elevado valor dados como consumidos à saída do armazém, aumentando os consumos e falseando a informação, bem como falta de controlo dos bens armazenados nos serviços (extravios)	Financeiro	6	Elevado	Otimização e alargamento do abastecimento logístico assente em armazéns avançados, com o alargamento a cerca de 140 AA (atualmente são menos de metade)	dez/24	Em execução	Foram implementados em 2024 os armazéns avançados do serviço de ginecologia C (remodelação), do serviço de cirurgia e transplantes pediátricos, do serviço de cirurgia C (remodelação), do serviço de infecciosas (remodelação), do serviço de urgência, do serviço de medicina B, do serviço de neurologia B, da UMES, do serviço de cardiologia B/UCIC/UTICA (remodelação), do serviço de psiquiatria mulheres e da UCCI (remodelação).
	Diferenças significativas entre as contagens manuais e os registos na aplicação	Operacional	4	Moderado	<p>Está em fase de implementação o recurso a soluções móveis (hardware e software) para contagens de inventário. No Serviço de Farmácia Hospitalar o inventário já foi feito com recurso aos PDA</p> <p>Aumento do n.º de armazéns avançados com registo de consumos via PDA e software específico. Uma vez implementado o software eKanban, será possível efetuar inventários parciais e gerais com recurso a PDA</p>	dez/24 dez/24	Em execução Em execução	Aguarda-se, ainda, a conclusão do interface entre o SGICM e o eKanban, condição imprescindível para a implementação dos registos das operações via PDA.

APROVISIONAMENTO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Compras e Logística	Quantidade de pedidos de compras sem resposta atempada ou/ e sem informação pertinente e necessária	Informação para a tomada de decisões	6	Elevado	<p>Progressiva adoção do SGICM para a efetivação dos pedidos</p> <p>Progressiva sensibilização dos requisitantes para a necessidade de planificarem e colaborarem no planeamento/accompanhamento das compras e utilização correta e completa do novo formulário existente para o efeito</p>	<p>dez/24</p> <p>dez/24</p>	<p>Implementada</p> <p>Implementada</p>	<p>Com a integração dos cuidados de saúde primários e de duas unidades hospitalares, passou a utilizar-se o SGICM_LF do ex-CHUC, tendo por consequência a uniformização de processos.</p> <p>O CA aprovou lista de peritos por área clínica. Está prevista formação para os profissionais da ULS de Coimbra em contratação pública a fim de os sensibilizar para a colaboração devida nos procedimentos pré-contratuais. Está prevista a designação de dois profissionais por serviço para apoio em questões ligadas à contratação pública.</p>
	Dificuldade na gestão dos bens à consignação por falta de informação e registos	Operacional	4	Moderado	<p>Implementação de alterações no processo de registo das consignações em módulo SGICM, nomeadamente com a introdução da leitura ótica dos códigos GS1 dos fornecedores. Início dos trabalhos de consultadoria pelo Instituto Kaizen para a melhoria do sistema de gestão de consignados. Encetadas reuniões com vários fornecedores principais, espera-se o envio de dados de suporte à integração das consignações no SGICM; todas as novas consignações passam a ser realizadas com recurso ao aplicativo SGICM</p> <p>Implementação de procedimento através do novo software eKanban</p>	<p>dez/24</p> <p>dez/24</p>	<p>Implementada</p> <p>Em execução</p>	<p>-</p> <p>Após sucessivos adiamentos pela BIQ/Glitt desde a adjudicação do software eKanban, em Dezembro de 2021, a 03/03/2025, no seguimento de reunião com todos os parceiros realizada a 19/02, foi recebida comunicação formalizando as datas de finalização dos trabalhos de interface, formação, testes e início do funcionamento do eKanban ainda que limitado inicialmente a 2 serviços piloto - AA dos Internamentos dos Serviços de Infecção e Cirurgia C, a partir de 01/04/2025, e ao armazém central do polo HUC, nas funções de receção e picking s/localizações, a partir de 14/04/2025. As seguintes funções logísticas serão implementadas com aquele recurso em fase posterior :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Consignação (receção e consumo); o Conceito de material em transporte; o Farmácia; o Picking com localizações e rotas; o Inventário em armazém central.
	Tempo de resposta dos SIE e dos Serviços para caracterização técnica com os respetivos atrasos nas aquisições	Operacional	4	Moderado	<p>O procedimento/formulário para aquisição de investimentos que envolvem o apoio técnico do SIE foi concluído, embora antes da fase de aprovação se tenha optado pela sua operacionalização através de uma app a concluir em 2023</p> <p>Sensibilizar o SIE para que, para além do procedimento de aquisição plurianual de artigos de climatização, já adjudicado, conclua os trabalhos dos júris referentes aos demais procedimentos de aquisição de materiais de manutenção e conservação pendentes de adjudicação</p>	<p>dez/23</p> <p>dez/24</p>	<p>Em execução</p> <p>Em execução</p>	<p>Os trabalhos conducentes à implementação da aplicação para investimentos não estão concluídos por diversas falhas no sistema, da responsabilidade da firma. Está a ser aventada a hipótese de recorrer a aplicação já implementada noutras instituições de saúde que permita o controlo e a gestão documental do circuito da despesa. Foram chamadas duas firmas para procederem à sua demonstração a fim de dar resposta às necessidades dos setores de compras e logística e do Serviço de Gestão Financeira.</p> <p>Terá de ser realizada a sensibilização do SIE para a necessidade de: i. rever todo o ficheiro -mestre de MMC; ii. indicar estimativas anuais para os materiais de uso corrente, a armazenar em armazém central por cada polo; iii. indicar grupos de artigos a agregar para cada procedimento de aquisição, respetivas especificações técnicas, júris, preços-base e modelos de avaliação.</p>

APROVISIONAMENTO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Compras e SAIFS	Atrasos nas aquisições pelo facto de os profissionais se deslocarem constantemente para fazerem a receção destes materiais	Operacional	2	Fraco	Integração no SAIFS de um assistente operacional para a recepção conjunta com o serviço competente pela recepção qualitativa	dez/23	Implementada	-
Farmácia e Logística	Diferenças de inventário	Financeiro	4	Moderado	Implementação de software de picking e utilização de PDA nos armazéns dos polos HUC, HG e HP	dez/24	Em execução	Aguarda-se, ainda, a conclusão do interface entre o SGICM e o eKanban, condição imprescindível para a implementação dos registos das operações via PDA.
					Realização do inventário com recurso a ferramentas informáticas (em fase de implementação). No Serviço de Farmácia Hospitalar o inventário já é feito com recurso aos PDA	dez/23	Em execução	O recuro ao eKanban para a realização dos Inventários ocorrerá apenas na perspetiva dos AA, numa primeira fase; os inventários em A. Central ficarão para fase posterior.

AUDITORIA INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Plano Anual de Auditoria Interna	Taxa de execução do plano abaixo do expectável	Operacional	6	Elevado	Monitorização periódica do PAAI	mensal	Implementada	Realização de reuniões com a periodicidade quinzenal com o Conselho de Administração.
					Reforçar o número de recursos humanos no SAI	jun/22	Em execução	Foi nomeado o júri por deliberação do CA, em 24/10/24, no âmbito do procedimento concursal destinado à constituição de uma reserva de recrutamento de técnico superior para o SAI.
Relatórios de Auditoria	Relatórios de fraca qualidade e/ou com incorreções	Recursos humanos	3	Moderado	Formação contínua dos colaboradores do SAI, no mínimo 40h/ano por trabalhador, preferencialmente nas áreas que permitem maior transversalidade no contexto em que o SAI atua: económico-financeiro, jurídico-fiscal e tecnológico	dez/22	Implementada	-
	Não aplicabilidade das recomendações aprovadas pelos auditados	Operacional	6	Elevado	Registo das recomendações no programa de gestão de auditorias e efetivar o respetivo acompanhamento por via sistema de alertas entre o SAI e o serviço auditado	dez/23	Em execução	No mês de outubro realizaram-se reuniões com a RISI para dar início ao registo das recomendações no programa de gestão de auditorias e respetivo o acompanhamento. Contudo, foram identificados alguns constrangimentos por se tratar de uma aplicação partilhada com o Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente. A aplicação apresenta, de momento, pouca flexibilidade às especificidades dos dois utilizadores.
Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas	Ausência de tempestividade quanto à avaliação das medidas corretivas e preventivas implementadas	Operacional	9	Elevado	Relatórios de execução do PPR de forma a registar qualquer ocorrência quanto ao expectável e quanto ao surgimento de novas situações de risco	outubro ano n e abril ano n+1	Implementada	O presente documento integra a avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo de Corrupção e Infrações Conexas 2024.
					Registo das medidas de controlo no programa de gestão de auditorias e efetivar o respetivo acompanhamento por via sistema de alertas entre o SAI e o serviço	dez/23	Em execução	Apresentação de propostas por duas empresas externas.

GESTÃO DE DOENTES

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Estrutura Organizacional	Favorecimentos de entidades transportadoras e de agências funerárias e recebimento ilegítimo de contrapartidas	Corrupção	6	Elevado	Elaboração de procedimento para o Sector de Óbitos	ago/22	Implementada	Mantém-se o procedimento elaborado e divulgado pelos profissionais.
					Revisão do procedimento existente para o Sector de Transportes Não Urgente de Doentes	dez/23	Em execução	A revisão do procedimento está pendente da implementação da aplicação SGTD da ACSS/SPMS. Contudo, estão em curso os trabalhos de implementação, aguardando-se feedback da SPMS relativamente à data de implementação, que se prevê acontecer no 1.º semestre de 2025.
					Revisão do procedimento existente para o Sector de Informação Clínica	dez/23	Implementada	Mantém-se o procedimento elaborado e divulgado pelos profissionais.
Estrutura Organizacional	Não existência de segregação de funções no Sector de Facturação	Operacional	3	Moderado	Revisão do procedimento com a especificação das funções de cada posto de trabalho	dez/23	Implementada	As diversas funções encontram-se afetas a postos de trabalho específicos.
Transporte Não Urgente de Doentes	Conduta ilícita na escolha de ambulância para transporte de doentes	Corrupção	3	Moderado	Revisão do procedimento interno, que já prevê: - a rotatividade pelos postos de trabalho; - as regras de registos dos contactos com as transportadoras na ferramenta de gestão automática de escalas; - as regras de registo para emissão de requisição de transporte na ferramenta de gestão de transportes; - as regras de registo para conferência de facturas na ferramenta de gestão de transportes.	dez/23	Em execução	A implementação do SGTD (aplicação nacional, de utilização obrigatória determinada pela Tutela) vai gerar uma alteração de todo o funcionamento do Setor de Transporte Não Urgente de Doentes, mormente a desmaterialização e automatização do processo de atribuição de transportes às entidades transportadoras, tarefa que a aplicação SGTD realiza, com base num algoritmo, sem intervenção humana.
Facturação	Falta de tempestividade na facturação dos contratos-programa	Financeiro	9	Elevado	Necessidade de uma ferramenta com alarmística que permita, de forma pró-activa, validar e corrigir a produção a facturar	dez/23	Em execução	Sem solução desenvolvida em resposta a esta necessidade identificada. Pelo que foi comunicado ao SGD, a solução passará pela intervenção de uma empresa externa.
Relatórios Clínicos	Falta de tempestiva na resposta aos requerentes	Operacional	9	Elevado	Necessidade de uma ferramenta com alarmística, que permita identificar os pedidos pendentes de resposta e otimizar a gestão dos pedidos de acesso à informação clínica	dez/23	Em execução	Encontra-se em fase de validação final uma ferramenta desenvolvida pelo STSI. Prevê-se a implementação desta ferramenta no 1.º semestre de 2025.
Protecção de dados	Acesso indevido à informação clínica	Violação de dados pessoais	3	Moderado	Elaboração de procedimento para acesso à informação clínica do CHUC	jan/23	Implementada	Mantém-se vigente o Procedimento para Acesso à Informatização Clínica, transversal à Instituição.

GESTÃO DE PROJETOS, INVESTIMENTOS E PATRIMÓNIO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão do património	Mau uso, estado de degradação e segurança do património edificado	Operacional	6	Elevado	Elaboração de procedimentos de prevenção e proteção face a causas naturais (inundações, incêndio, outros) e de origem animal (pragas, insetos, roedores, outros)	dez/23	Implementada	<p>Dado o défice de Recursos Humanos no GGPIP face aos trabalhos solicitados, não tem sido possível acompanhar mais amiude o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Instalações e equipamentos no âmbito do edificado. A nível de património, o GGPIP tem-se limitado a responder às solicitações do CA.</p> <p>A nível de prevenção e de proteção contra incêndios, o Conselho de Administração nomeou um Delegado de Segurança Contra Incêndios da ULS Coimbra (Circular Informativa n.º 07/2024), que no caso concreto, é um Engenheiro do Serviço de Instalações e Equipamentos, que atua em toda a ULS e se baseia em procedimentos, cuja elaboração é obrigatória face à legislação em vigor, bem como é responsável pela manutenção de todas as medidas de autoproteção. Este, também, colabora na elaboração do Plano de Emergência Interna, no qual estão vertidas todas as indicações e procedimentos a ter em conta por todos os profissionais em caso de emergência. A nível de prevenção de instalações, existem alguns procedimentos em elaboração, por exemplo no referente à necessidade de se colocarem redes de proteção em determinados locais para evitar a entrada de animais. A título de exemplo, foram colocadas proteções em rede nas janelas das cozinhas, nas chaminés e nalguns equipamentos de ventilação para evitar a entrada de animais, principalmente, de animais voadores que causam grandes prejuízos no normal funcionamento desses Serviços/equipamentos.</p> <p>A nível de prevenção e proteção face a causas de origem animal, existe um contrato com uma empresa de desinfestação que faz a manutenção/preventiva programada trimestralmente e sempre que identificada alguma infestação atuam de imediato sem limites de atuações (Esta atividade é da responsabilidade do Serviço de Gestão Hoteleira, que não integra o GGPIP, e que já solicitou à empresa os procedimentos em uso).</p>
Acompanhamento e execução de projetos de investimento	Deficiente análise dos relatórios de progresso físicos e financeiros nos termos do contratualizado	Financeiro	6	Elevado	<p>Elaboração de procedimentos de acompanhamento dos projetos de investimento, nomeadamente com referência a tipologia de investimento, intervenientes, cronograma, evolução física e financeira, alcance dos impactos estratégicos expectáveis</p> <p>Registo de informação no sistema de controlo e gestão para projetos de investimento</p>	dez/23	Em execução	<p>Dado o défice de Recursos Humanos no GGPIP face aos trabalhos solicitados, não tem sido possível atualizar o procedimento tipo para a caracterização dos investimentos de valor superior a 100.000 € para preenchimento em conjunto com os serviços requisitantes, para o contexto da ULS e colocar à autorização do CA. No entanto, temos trabalhado com o formulário disponibilizado pela Direção Executiva para os investimentos com valor superior a 500.000€.</p> <p>No âmbito do sistema de controlo de gestão, o GGPIP utiliza uma plataforma informática da ACSS - SNS+ Investimentos - para acompanhamento dos investimentos com valor superior a 100.000 €.</p>
	Deficiências nos suportes documentais dos pedidos de pagamentos relativos aos projetos que tenham como fonte de financiamento "Subsídio ao Investimento"	Corrupção	9	Elevado	Elaboração de procedimentos de controlos prévios à realização dos pedidos de pagamento com suporte em verificações administrativas, com base em listas de verificação	dez/23	Implementada	Dadas as competências do GGPIP, apenas são efetuados pedidos de pagamento no âmbito dos projetos co-financiados por fundos comunitários ou outros e nestes casos, são elaboradas check-lists em função das especificidades de cada projeto co-financiado.

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Assiduidade e Vencimentos	Erro no registo de férias, faltas e licenças no RHV	Operacional	3	Moderado	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	jun/26	Implementada	Aprovado pelo CA a 10/08/2023 o documento "Regulamento de Horários de Trabalho e de Assiduidade. Constudo, encontra-se em processo de revisão, nomeadamente em fase de consulta aos representantes dos trabalhadores. Prevê-se a conclusão do novo regulamento até ao final do primeiro semestre de 2025.
	Insuficiência de controlo de assiduidade em grupos profissionais não integrados em escala	Operacional	4	Moderado	Realizar validações internas de modo a garantir o cumprimento do RHTA	regular	Não implementada	Prevê-se concretizar a presente medida até 31/12/2025, através da implementação da plataforma de gestão de assiduidade e tempos de trabalho SISQUAL.
	Favorecimento ilícito na atividade de validação de ausências	Abuso de autoridade	3	Moderado	Definir procedimentos internos para a gestão da assiduidade	jun/26	Implementada	Aprovado pelo CA a 10/08/2023 o documento "Regulamento de Horários de Trabalho e de Assiduidade. Constudo, encontra-se em processo de revisão, nomeadamente em fase de consulta aos representantes dos trabalhadores. Prevê-se a conclusão do novo regulamento até ao final do primeiro semestre de 2025.
	Erro na introdução de informação de abonos/descontos/contribuições no RHV	Corrupção	4	Moderado	Realizar conferências à informação constante no RHV com implicação na atividade de processamento Elaborar relatórios mensais de ocorrências e controlo de suplementos remuneratórios	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24;1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25 mensal	Implementada Implementada	No seguimento das informações pedidas, inclusivamente por entidades externas (ACSS, DGO, Inspeção-Geral de Finanças, Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas) são feitas validações regulares à informação constante no RHV e consequente aperfeiçoamento de procedimentos internos. Criação de reporte mensal das ocorrências relativas à atividade de processamento. A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
	Processamento indevido de benefícios e compensações ou sem evidência de autorização	Corrupção	3	Moderado	Realizar o processamento de benefícios e compensações após autorização escrita	mensal	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024, respeitando o circuito criado para o efeito.
					Integrar de forma direta a informação dos suplementos remuneratórios no RHV	mensal	Implementada	A medida foi implementada no ano anterior e manteve-se em vigor em 2024, respeitando o circuito criado para o efeito. Foi totalmente implementada e consolidada a gestão de escalas de trabalho de forma informatizada com o apoio das empresas A2, RISI e SISQUAL.
	Falta de reposição de importâncias indevidamente recebidas por trabalhadores cuja remuneração é processada pelo SGRH	Corrupção	6	Elevado	Elaborar relatório anual a apresentar ao CA sobre as situações pendentes de dever de reposição de importância indevidamente recebida que integre a seguinte informação: data do recebimento indevido; ponto de situação, nomeadamente as diligências na notificação ao trabalhador	janeiro n+1	Implementada	A 10/08/2023 foi aprovada a revisão do procedimento "Reposição de verbas indevidamente recebidas", passando a proceder-se de acordo com o mesmo. Sendo que a monitorização da liquidação da dívida é da responsabilidade do Serviço de Gestão Financeira. Prevê-se que o procedimento será atualizado no decorrer do ano 2025.
	Incumprimento das obrigações legais e outras, decorrentes do processamento de vencimentos (segurança social, impostos, penhoras, pensões, pagamento de ordens profissionais,...)	Operacional	2	Fraco	Partilhar com os profissionais do SGRH, nova legislação e/ou alterações/atualizações da legislação em vigor, via e-mail, e abordar a matéria nas reuniões de Serviço	sempre que aplicável	Implementada	São partilhados os atos legislativos de relevo para cada posto de trabalho, assim como as comunicações, entendimentos e FAQ's relevantes.
Diferença entre a informação que resulta do simulador da Caixa Geral de Aposentações/expectável face à situação final/real	Operacional	1	Fraco	Elaborar um manual de procedimentos relativo ao processo de aposentação	dez/23	Não implementada	Prevê-se concretizar a presente medida no decorrer do ano de 2025.	

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Carreiras e Gestão Documental	Perda/extravio de documentos	Operacional	4	Moderado	Utilização de uma plataforma documental, SmartGovernance, que permite a definição de procedimentos internos de avaliação e seleção de documentos, em substituição do suporte de papel, permitindo circuitos de trabalho desmaterializados	jan/23	Implementada	O circuito documental foi criado em anos anteriores, manteve-se em vigor em 2024, e realizado através da plataforma SmartGovernance.
	Demora no processo do arquivo digital	Operacional	2	Fraco	Reorganizar tarefas de modo a concretizar o processo de gestão documental em tempo real, com base na documentação que transita da plataforma SmartGovernance	jan/23	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024. Prevê-se em 2025 a revisão do Regulamento do recrutamento e seleção de trabalhadores a contratar por contrato de trabalho.
	Favorecimentos ilícitos na atividade de recrutamento e seleção	Abuso de autoridade	3	Moderado	Definir a política interna de recrutamento e seleção de pessoal	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024. Prevê-se em 2025 a revisão do Regulamento do recrutamento e seleção de trabalhadores a contratar por contrato de trabalho.
					Nomear Júris diferenciados para cada procedimento (recrutamento e seleção) e respetiva homologação pelo CA	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
					Publicitar o aviso de abertura do procedimento em Diário da República ou Jornal de expansão nacional/regional e no portal institucional	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
	Incumprimento de pré-requisitos no processo de admissão (cédulas profissionais, habilitações literárias...)	Operacional	3	Moderado	Criar normas com instruções específicas, claras e transparentes destinadas aos Júris e candidatos.	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
					Formalizar procedimentos internos para processos de recrutamento e seleção	em vigor	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024. Prevê-se em 2025 a revisão do Regulamento do recrutamento e seleção de trabalhadores a contratar por contrato de trabalho.
	Falha/atraso de registo individual e falta de atualização de dados pessoais	Operacional	2	Fraco	Reorganizar tarefas de modo a concretizar atempadamente os processos de registo e de atualização de dados pessoais em ambiente de webRHV	dez/23	Em execução	Prevê-se concretizar a presente medida até 31/12/2025. Está a ser elaborado um procedimento específico para o efeito.
					Realizar validações à informação constante no RHV no que respeita aos dados pessoais	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
Falta/atraso do processo avaliativo	Operacional	4	Moderado	Incentivar a intervenção dos profissionais no processo de avaliação	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.	
Exercício da atividade em acumulação de funções sem prévia autorização	Conflito de interesses	4	Moderado	Realizar periodicamente validações à informação registada no RHV comparando com informação externa	regular	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.	
				Elaboração de procedimentos internos para apoio e suporte dos pedidos de acumulação de funções	em vigor	Implementada	Foram revistos os procedimentos específicos para requerer a acumulação de funções públicas ou privadas.	
Indisponibilidade de informação	Informação para a tomada de decisões	2	Fraco	Desenvolver procedimentos internos para o registo de informação	sempre que aplicável	Em execução	Prevê-se concretizar a presente medida em 2025, com a conclusão da elaboração do Manual de Procedimentos SGRH.	

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Informação, Planeamento e Desenvolvimento	Falta de atualização dos dados profissionais e de informação adicional relevante (exemplo: centros de custo, unidades orgânicas)	Operacional	4	Moderado	Realizar validações internas à informação constante no GEADAP, RHV e WebRHV	regular	Implementada	São realizadas validações mensais aos dados constantes nas aplicações do GEADAP e RHV.
	Inexistência de profissionais adequados às necessidades reais do CHUC	Recursos humanos	6	Elevado	Efetuar uma gestão previsional dos efetivos, nomeadamente através da elaboração do Mapa de Pessoal e respetiva proposta orçamental Cooperar na consolidação dos centros de custos RH com os centros de custos financeiros e de produção	ago/23; ago/24; ago/25 sempre que aplicável	Implementada Implementada	Foi aprovado a 05/07/2024, por Despacho da Senhora Secretária de Estado da Gestão da Saúde, o mapa de pessoal relativo ao ano de 2024 (alinhado com o Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024/2026) Realizadas conferências regulares à base de dados para corrigir possíveis falhas na inserção dos CC.
	Enviesamento na recolha, tratamento e análise da informação	Informação para a tomada de decisões	2	Fraco	Assegurar a recolha e a qualidade da informação necessária à produção de estatísticas e outra informação de gestão no âmbito dos RH através, de validações à informação registada, nos sistemas de informação e respetiva correção quando necessário Monitorizar a evolução dos principais indicadores de gestão, nomeadamente de RH e respetivos gastos e, análise dos desvios detetados	mensal mensal	Implementada Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024. Mensalmente, são efetuadas monitorizações ao n.º de recursos humanos, por grupo profissional, carreira e local de trabalho, e sobre os respetivos gastos por grupo profissional e por tipo de abono.
	Falta de transparência da informação	Informação para a tomada de decisões	3	Moderado	Divulgar informação relativa a indicadores de RH no site do CHUC Cumprir o reporte de informação diversa solicitada, ao nível externo e interno	dez/23 mensal	Implementada Implementada	No site institucional do CHUC, são divulgados documentos e relatórios relativos a RH, nomeadamente, o Balanço Social, Relatório de Remunerações pagas a Mulheres e Homens, Plano de Promoção de uma Política para a Igualdade, assim como o Relatório e Contas, que contém extensiva informação sobre indicadores de RH. O Núcleo de Informação, Planeamento e Desenvolvimento do SGRH procede ao tratamento e reporte de informação, tanto interna como externamente.
Sistemas de informação	Funcionamento desajustado dos sistemas de informação	Tecnologia da Informação	4	Moderado	Reportar de imediato os problemas detetados com: a SPMS, nomeadamente ao nível da gestão do RHV; com a empresa AZ, nomeadamente ao nível da gestão de escalas e com o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação do CHUC, nomeadamente na utilização da SmartGovernance. Colaborar nas soluções informáticas.	sempre que aplicável	Implementada	As falhas e os problemas detetados são reportados pelo SGRH à entidade responsável pela plataforma na qual é detetado o erro, de imediato, colaborando ativamente na solução de cada situação.
					Promover a integração entre as diferentes aplicações existentes	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
					Promover a definição de apoio ao SGRH na utilização das aplicações informáticas e tecnologias de informação do CHUC e na resolução de problemas informáticos	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.
	Dependência de entidades externas, nomeadamente A2, ESPAP, SPMS	Externo ou de ambiente	4	Moderado	Coordenar e manter a articulação entre a A2, ESPAP, SPMS na resolução de problemas informáticos	sempre que aplicável	Implementada	A medida foi implementada em anos anteriores e manteve-se em vigor em 2024.

GESTÃO DO IMOBILIZADO

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

GESTÃO DO IMOBILIZADO (continuação)

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

GESTÃO FINANCEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Conferência de faturas	Incorreção na classificação de documentos/lançamentos	Operacional	6	Elevado	Formação contínua dos colaboradores do setor e elaboração de procedimento de conferência da classificação contabilística e dos lançamentos	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	1) Formação contínua dos colaboradores do setor - formação efetuada no próprio setor destinada a profissionais recém contratados, via empresa de prestação de serviços, e profissionais integrados (HAJC, CMRRC-RP e ACES); (2) Elaboração de procedimento de conferência da classificação contabilística e dos lançamentos - aguarda decisão relativamente à transição para a aplicação informática SICC – Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade e Gestão Financeira (um módulo informático centralizado financeiro).
	Dificuldade em garantir a centralização da receção de faturas de fornecedores, conferência célere de conformidade de bens e serviços e mitigar o atraso no registo de faturas de fornecedores	Operacional	6	Elevado	Elaboração de um procedimento que defina o circuito da fatura	dez/24	Em execução	A aguardar decisão relativamente à transição para a aplicação informática SICC. Foi constituído um grupo de trabalho para esta alteração e já foi efetuada visita a um hospital que tem o SICC para conhecimento de circuitos.
Gestão de despesa	Pagamento indevido a fornecedor	Financeiro	3	Moderado	Manutenção/validação periódica dos dados dos fornecedores com garantia de níveis de responsabilidade diferenciados para a verificação dos respetivos dados e da autorização para o pagamento	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Em execução	Foi efetuada a avaliação aos dados dos fornecedores no ano de 2024, faltando formalizar a sua apresentação em layout próprio. Sugere-se alteração da frequência do controlo para semestral.
	Pagamento a fornecedor sem a situação contributiva e tributária regularizada	Financeiro	3	Moderado	Manutenção periódica dos dados dos fornecedores	sempre	Implementada	-
	Desvio de valores	Corrupção	3	Moderado	Elaboração de um procedimento de validação do NIB da autorização de pagamento com o NIB para o qual é efetuada a transferência	dez/22	Implementada	O software GIAP foi alterado para tratamento de validação dos pares NIF\IBAN nos ficheiros para transferência bancária.
Gestão de receita	Rendimentos não registados ou não contabilizados corretamente, ou gestão inadequada de saldos de clientes	Financeiro	2	Fraco	Realização de testes de conformidade, nomeadamente de circularização periódicas de saldos	1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Implementada	Foram efetuadas reconciliações por amostragem.
	Proveitos mal classificados, não reconhecidos, registados em períodos e/ou valores incorretos	Financeiro	2	Fraco	Formação contínua dos colaboradores do setor e elaboração de procedimento de conferência da classificação contabilística e dos lançamentos	dez/22; dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	Encontram-se em elaboração os procedimentos para o setor de Receita.
Contabilidade orçamental	Informação mensal reportada a entidades externas (ACSS, UNILEO, DGO, DGTF) assente sobretudo em especialização do exercício com base no orçamento anual, consumos e produção	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Obter resposta oportuna por outros serviços, por forma a permitir a sua verificação, utilização e conferência antes do envio para a Tutela	mensal	Implementada	Foram implementadas ferramentas que permitem um melhor conhecimento da informação (ex. CHUC Kiosk para mapas Glintt).
	Falta de tempestividade na elaboração de relatórios e reporte de informação económico-financeira	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Registo atempado dos documentos de faturação no período a reportar	mensal	Implementada	A informação económico-financeira mensal encontra-se disponível sempre que solicitada.

GESTÃO FINANCEIRA (continuação)

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

GESTÃO HOTELEIRA

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

Nota: (*) - evidencia-se o início de funções da nova Diretora, com efeitos a 01/01/2024, que tomou conhecimento da matriz aprovada e se mostrou imediatamente disponível para a revisão da mesma.

INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

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

JURÍDICO E DE CONTENCIOSO

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

MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Monitorização da prescrição interna de medicamentos e meios complementares de diagnóstico	Processo de monitorização interna de prescrição desatualizado	Operacional	6	Elevado	Elaboração de um procedimento que integre os mecanismos internos de cumprimento da Circular Informativa n.º 14/2017/UCF/ACSS de 26 de maio, da Administração Central do Sistema de Saúde, nomeadamente, a definição de tarefas, responsabilidades e fluxos de informação	out/23	Não implementada	(*) Não aplicável.
	Prescrição irregular de medicamentos e meios complementares de diagnóstico	Corrupção	6	Elevado	Identificação dos desvios ou inconsistências nos indicadores trimestrais do processo e submetê-los à discussão com a comissão de farmácia e terapêutica ou outros órgãos de apoio técnico e serviço de auditoria interna	Um mês após: 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24; 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Em execução	-
	Falta de efetividade da informação de retorno a divulgar a cada prescriptor	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Avaliação da efetividade da informação de retorno através da realização de um questionário aos prescritores	dez/23	Não implementada	(*) Não aplicável.
Utilização de medicamentos	Utilização inadequada do medicamento	Corrupção	9	Elevado	Realização de auditorias e estudos de utilização de medicamentos	dez/23; dez/24; dez/25	Não implementada	O GTMAMPM não dispõe ainda de resultados de estudos sobre os padrões de utilização de medicamentos e sua adequação às normas em vigor.

Nota:

(*) - a recente alteração estrutural do CHUC para a ULS de Coimbra atrasou a conclusão deste processo que se encontra em fase de adaptação à nova realidade institucional.

De acordo com informação transmitida no final do ano de 2024 pela Unidade de Gestão de Contratos e Monitorização da Conta do Medicamento e Dispositivos Médicos, da Administração Central do Sistema de Saúde, encontrava-se pendente a emissão de orientações superiores quanto à continuidade do processo de monitorização da prescrição médica, condicionando, por esse motivo, a subsequente divulgação de orientações às Unidades Locais de Saúde.

PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Planeamento	Falha de registo de informação, total ou parcial, no Sonho por parte dos serviços responsáveis	Recursos humanos	6	Elevado	Realização periódica de testes de consistência dos dados e respetivo reporte aos serviços responsáveis	1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/23 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/24 1ºT;2ºT;3ºT;4ºT/25	Implementada	Quando deteção de variações significativas nos dados, contactam-se os serviços para garantir se se trata de falha de registo
Produção hospitalar	Estimativas de produção desajustadas e não devidamente relevadas na contabilidade	Financeiro	9	Elevado	Implementação de uma solução (BI Hospitalar) para monitorizar e analisar dados clínicos e operacionais a partir de uma datawarehouse de forma a apurar a produção que suporte as estimativas mensais	dez/22	Não implementada	(*) Não aplicável.
	Inexistência de procedimentos de controlo manuais ou aplicativos da produção hospitalar, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento das regras de faturação da produção no âmbito do Contrato-Programa previstas na circular normativa da ACSS	Financeiro	9	Elevado	Elaboração do circuito de registo de informação do doente integrado nos programas: VIH/Sida (representa cerca de 12M€ do CP 21); Hipertensão Pulmonar (representa cerca de 9M€ do CP 21); Esclareose Múltipla (representa cerca de 9M€ do CP 21); Patologia Oncológica (representa cerca de 18M€ do CP 21) e Doenças Lisossomais de Sobrecarga (representa cerca de 6M€ do CP 21)	dez/22	Em execução	Articulação com o Serviço de Gestão de Doentes para partilha da informação, por forma a garantir alinhamento da informação para efeitos de produção e faturação. No caso do HIV, por motivos externos à instituição, não está disponível a plataforma nacional para registo dos doentes, não se conseguindo acompanhar adequadamente este programa. No caso dos doentes oncológicos, estabeleceu-se um processo de partilha de informação com os responsáveis pelo registo no RON que tem estado em execução ao longo do ano.
	Taxa de execução do contrato-programa abaixo do expectável	Financeiro	6	Elevado	Realização da contratualização interna em alinhamento com a contratualização externa Monitorização regular da contratualização interna	jun/22 1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Implementada Implementada	Contratualização Interna para 2024 foi realizada, tendo culminado na assinatura das cartas de compromisso por parte dos Conselhos Diretivos dos Departamentos e Diretores de Serviço. Já em fase de preparação da contratualização interna para 2025. Em articulação com os Conselhos Diretivos dos Departamentos
Informação e Comunicação	Falta de fiabilidade da informação financeira	Informação para a tomada de decisões	4	Moderado	Comunicação ao SGF da informação mensal da atividade assistencial, no máximo, até ao dia 8 do mês seguinte	mensal	Não implementada	(**) Não aplicável.

Notas:

(*) - Com a alteração do modelo de financiamento em 2024, que passou para um modelo por capitação, e não sendo ainda conhecido o processo de faturação para 2024, este projeto ficou suspenso.

(**) - Justifica-se pela alteração do modelo de financiamento em 2024, que passou para um modelo por capitação.

QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
"Hospital patient friendly"	Circulações pedonais nos campus hospitalar	Operacional	6	Elevado	Acessibilidade reduzida, iluminação pública e a sinalética	sempre	Não implementada	-
Manutenção das instalações e equipamentos	Levantamento das instalações e elaboração do plano de manutenção preventiva	Operacional	9	Elevado	Desenvolvimento de uma metodologia para o controlo do cumprimento das ações de manutenção preventiva para um funcionamento seguro das suas instalações	jun/23	Em execução	No âmbito das certificações dos sistemas de gestão da qualidade delineou-se um modelo metodológico para o controlo do cumprimento das ações de manutenção preventiva, de forma a garantir um funcionamento seguro das instalações na área hospitalar. Contudo os trabalhos estão ainda a ser desenvolvidos.
Qualidade e Segurança	Avaliação de não conformidades nos registos clínicos, nota de alta e consentimento informado	Informação para a tomada de decisões	6	Elevado	Os Serviços de Ação Médica efetuam auditorias aos registos dos processos clínicos, tendo como base os indicadores de qualidade definidos	dez/23; dez/24; dez/25	Em execução	Durante o ano de 2024 foram dinamizadas diversas auditorias em várias áreas, designadamente: - Consentimento informado - foram efetuadas auditorias ao grau de cumprimento do consentimento informado livre e esclarecido por escrito a 2 serviços. - Registos clínicos médicos - Efetuadas auditorias aos registos clínicos médicos a 3 serviços.

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado	P	G	Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de Infraestruturas	Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e na rede informática em geral levando à indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total	Cibersegurança	4	Moderado	Elaborar o plano de contingência para resposta a incidentes de sistemas críticos	dez/22	Implementada	Os contributos do STSI foram consolidados. Em processo de divulgação
	Ocorrência física no centro de dados que cause a destruição parcial/total da infraestrutura	Cibersegurança	9	Elevado	Promover a abertura de concurso para consolidar os centros de dados	dez/22	Em execução	Aguarda a aprovação do projeto de financiamento CENTRO 2030
					Assegurar backups em espaço físico distinto da infraestrutura em produtivo	dez/23	Implementada	-
	Ficheiros adulterados ou eliminados por malware, como por exemplo: ransomware	Cibersegurança	9	Elevado	Realizar de updates críticos aos sistemas operativos em utilização	dez/22	Implementada	-
					Realizar updates ao software de "Endpoint Protection" que inclui novas proteções dinâmicas contra ameaças desconhecidas	dez/22	Implementada	-
Aplicar restrições ao nível de fileshares, para impedir gravar ficheiros que estão identificados como sendo usados por malware conhecido					dez/22	Implementada	-	
Monitorizar os controlos implementados	dez/22	Implementada	-					
Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Operacional	4	Moderado	Garantir e monitorizar servidores que suportam sistemas críticos e, que estão fora do suporte de fabricante, estão abrangidos por contratos extra-suporte com o fornecedor	dez/22	Implementada	-	
Gestão do parque informático	Ausência de normalização dos postos de trabalho, como por exemplo: equipamentos obsoletos, ausência de upgrade a sistemas operativos	Operacional	4	Moderado	Adquirir equipamentos em maior escala permitindo a uniformidade	dez/22	Em execução	Aquisição realizada de forma gradual.
					Garantir o stock necessário para a substituição de postos, tornando o processo mais célere	dez/22	Em execução	Aquisição realizada de forma gradual.
					Modernizar os postos de trabalho	dez/22	Em execução	Substituição gradual.
					Promover a continuidade da implementação de VDI's Thin Client's	dez/22	Em execução	Substituição gradual.
					Estabelecer ambientes de trabalho padrão, nomeadamente o reforço de segurança e uniformização de acessos	dez/22	Implementada	-

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Inventariação de ativos fixos tangíveis e intangíveis	Insuficiente descrição do cadastro dos ativos fixos que integram o parque informático (software e hardware)	Operacional	4	Moderado	Realização de testes de conformidade relativamente aos procedimentos internos aprovados efetivando-se com inventários regulares por cc escolhidos aleatoriamente	1ºS;2ºS/23; 1ºS;2ºS/24; 1ºS;2ºS/25	Implementada	-
Gestão da segurança	Perturbação do funcionamento dos sistemas de informação, como por exemplo: ciberataques	Cibersegurança	9	Elevado	Disponibilizar recursos e informação, em parceria com consultora, e desenvolver e concluir os documentos: Gap Analysis e Relatório de Recomendações	dez/22	Implementada	-
	Ausência de consolidação dos Centros de Dados - Estratégia para a CLOUD	Violação de dados pessoais	9	Elevado	Iniciar o processo de transição das infraestruturas físicas para infraestruturas na CLOUD	dez/23	Implementada	-
	Ausência de certificação ISO27001 - Sistema de Gestão de Segurança da Informação	Violação de dados pessoais	4	Moderado	Garantir a implementação dos requisitos da ISO27001 de forma a certificar a confidencialidade da informação, segurança e integridade da organização	dez/23	Em execução	A avaliação inicial ISO27001 já foi executada
Gestão do servicedesk	Impossibilidade de acesso a informação e de apoio aos utilizadores condicionando o normal funcionamento das operações	Tecnologia da Informação	4	Moderado	Elaborar e publicar o catálogo do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
					Assegurar que os incidentes são priorizados e resolvidos em função do impacto na organização	dez/22	Implementada	-
Desenvolvimento de software	Qualidade baixa de resposta do STSI e/ou do software e indisponibilidade dos sistemas	Operacional	4	Moderado	Promover o desenvolvimento de software em função das necessidades da organização	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
					Criação do gabinete de desenvolvimento software	dez/22	Implementada	-
					Definição de estratégia para a engenharia de software do CHUC	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
					Desenvolver planos de atividades com indicação das agendas de rollout/pilotos pelos vários utilizadores que incluam princípios de estratégia e planeamento	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

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

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)	RESPOSTA AO RISCO			AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado		Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia	
Política de utilização aceitável dos recursos de tecnologias da informação e comunicação	Ausência de uma cultura de gestão de conhecimento e incapacidade na gestão dos recursos	Recursos humanos	4	Moderado	Desenvolver metodologias de gestão de conhecimento (boas práticas de documentação, procedimentos) para os colaboradores do serviço a ser ministradas em workshops e/ou outras ações	dez/22	Em execução	Previsão de implementação em 2025, evidenciando-se já existir documentação para o efeito
					Promover sessões de acolhimento a novos colaboradores do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
					Manter o canal do serviço no workplace devidamente atualizado, nomeadamente através da partilha de procedimentos do serviço	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
					Promover ações de sensibilização aos utilizadores em geral relativamente aos procedimentos em vigor e boas práticas de utilização dos sistemas de informação	dez/22	Em execução	Previsão de implementação junho 2025
Gestão de aquisições	Ausência de transparência nos processos de aquisição	Conflito de interesses	6	Elevado	Assegurar que os cadernos de encargos contenham o máximo de especificações técnicas que garantam a participação dos concorrentes	dez/22	Implementada	-
					Assegurar a rotatividade nas nomeações dos técnicos que participam nas comissões como elementos de júri	dez/22	Implementada	-
					Monitorizar o cumprimento de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento e declaração de inexistência de incompatibilidades	dez/22	Implementada	-
Gestão de contratos	Falha de acompanhamento da execução dos contratos de manutenção	Operacional	6	Elevado	Elaborar o procedimento de gestão de contratos	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2025
					Monitorizar os contratos quanto à sua sua validade e aplicabilidade	dez/22	Em execução	Previsão de implementação setembro 2025

TECNOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO RISCO			AVALIAÇÃO DO RISCO (P x G)		RESPOSTA AO RISCO		AVALIAÇÃO	
Área de Atividade	Situações que podem originar o risco	Risco associado			Controlo	Data de execução ou frequência	Execução	Eficácia
Gestão de fornecedores	Incumprimento por parte da entidade adjudicatória das condições estabelecidas no contrato	Operacional	4	Moderado	Elaborar o procedimento de gestão dos fornecedores	dez/22	Não implementada	Medida a ser revista na próxima atualização do Plano de Prevenção de Riscos
					Monitorizar e promover amostragem por auditorias internas a alguns serviços que permita avaliar a taxa de serviço face às obrigações contratuais	dez/22	Não implementada	Previsão de implementação junho 2025
	Ausência de validação no momento de receção de bens e/ou serviços e respetiva documentação	Peculato	4	Moderado	Elaborar o procedimento de gestão de controlo de fornecedores Elaborar uma checklist de controlo à receção dos bens/serviços e respetiva documentação (GT, GR, FT), nomeadamente quanto a conferência e validação de acordo com os requisitos da nota de encomenda	dez/22	Em execução	Medida a ser revista na próxima atualização do Plano de Prevenção de Riscos Previsão de implementação junho 2025, nos termos do Manual de procedimentos de gestão dos ativos fixos tangíveis e ativos intangíveis aprovado em 30/10/2023

Nota:

(*) - Necessidade de reavaliação das medidas de controlo instituídas.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA