

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Avaliação Intercalar | 2025



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS

FICHA TÉCNICA

Título do Documento	Relatório de Avaliação Intercalar de 2025 do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Objetivo	Avaliar o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas, associadas aos riscos elevados identificados no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
Versão	1.0 – Outubro de 2025.
Responsável pela Elaboração	Responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR, alínea e) do n.º 2 do art.º 6.º do RGPC e Despacho n.º 3/PCN/2024, de 13-11-2024.
Distribuição	<p>Interna: Conselho de Gestão, Departamentos, Serviços, Unidades e Equipas de Projeto da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.</p> <p>Externa: Ministério da Saúde, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Mecanismo Nacional Anticorrupção e sítio institucional.</p>

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS	4
SUMÁRIO EXECUTIVO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	7
3. RESULTADOS	9
3.1. RISCOS TRANSVERSAIS	9
3.2. RISCOS ESPECÍFICOS	9
4. CONCLUSÃO	11
5. COMUNICAÇÃO E PUBLICITAÇÃO	12
ANEXO	13

LISTA DE SIGLAS

- ⇒ **CEC:** Código de Ética e Conduta
- ⇒ **DE-SNS, I.P.:** Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
- ⇒ **IP:** Impacto Previsível da Ocorrência dos Riscos
- ⇒ **MENAC:** Mecanismo Nacional Anticorrupção
- ⇒ **PPR:** Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- ⇒ **RAI:** Relatório de Avaliação Intercalar
- ⇒ **RGPC:** Regime Geral da Prevenção da Corrupção
- ⇒ **SAI:** Serviço de Auditoria Interna
- ⇒ **SGD:** Sistema de Gestão Documental
- ⇒ **SNS:** Serviço Nacional de Saúde
- ⇒ **UO:** Unidade Orgânica

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Relatório de Avaliação Intercalar (RAI) do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS, I.P.) foi elaborado nos termos da alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, na sua redação atual.

O PPR, revisto em maio de 2025, passou a integrar duas componentes essenciais: a Matriz de Riscos Transversais, que abrange os riscos comuns às diversas Unidades Orgânicas (UO), e a Matriz de Riscos Específicos, que identifica e avalia os riscos diretamente associados às competências daquele serviço. Da aplicação conjunta destas matrizes resultou a identificação de dois riscos transversais classificados como elevados e quatro riscos específicos com o mesmo nível de classificação.

O processo de avaliação teve como objetivo analisar o estado de execução das medidas preventivas e corretivas associadas a estes riscos e avaliar a eficácia das ações implementadas, bem como a eventual reclassificação dos riscos residuais. Para tal, foi adotada uma metodologia baseada na recolha estruturada de informação junto dos dirigentes das UO e dos serviços envolvidos, complementada por uma apreciação qualitativa dos diferentes intervenientes e pela avaliação do risco residual à luz das medidas concretizadas.

Os resultados demonstram:

- **um grau de implementação globalmente elevado**, confirmando que a maioria das medidas previstas se encontra implementada e as restantes em fase de desenvolvimento avançado, bem como a **eficácia dos controlos associados**.

Sublinha-se a implementação dos instrumentos e controlos inerentes seguintes:

- ✓ **Sistema de gestão documental atual e com validações associadas;**
- ✓ **Controlo e monitorização de conflito de interesses; e**
- ✓ **Formação dirigida a todos os trabalhadores nos domínios da ética e da prevenção de riscos.**

Esta evolução traduz-se numa **redução sustentada do risco residual** para níveis **moderados ou baixos, nos seis riscos** avaliados.

1. INTRODUÇÃO

O presente documento, elaborado em cumprimento do disposto na alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, na redação atual, constitui o RAI, relativamente às situações identificadas de risco elevado, constantes do PPR da DE-SNS, I.P.

O PPR¹ da DE-SNS, I.P., foi revisto em maio de 2025, tendo sido introduzida a Matriz de Riscos Transversais – que abrange os riscos comuns às diversas UO – e a Matriz de Riscos Específicos, a qual identifica e avalia, de forma direcionada, os riscos associados às competências específicas desse serviço. Da aplicação das referidas matrizes resultou a identificação de dois riscos transversais classificados como elevados e quatro riscos específicos com o mesmo nível de classificação.

Para efeitos de execução, controlo e revisão do PPR, foi nomeado um responsável do PPR², o qual opera sob coordenação e supervisão do responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo³.

Neste sentido, o presente relatório sintetiza o trabalho desenvolvido pela DE-SNS, I.P., até 31 de outubro de 2025, no âmbito da implementação das medidas preventivas e corretivas associadas aos riscos classificados como elevado, previstas no PPR, tendo como objetivo:

1. Avaliar o estado e a eficácia das medidas previstas;
2. Identificar possíveis alterações na classificação dos riscos, nomeadamente as que decorram da implementação das medidas previstas no PPR.

Referir, por fim, que Programa de Cumprimento Normativo da DE-SNS, I.P., nos termos do previsto no n.º do artigo 5.º do RGPC, integra, para além do PPR, os seguintes instrumentos¹: 1) Código de Ética e Conduta; 2) Plano de formação; 3) Canal de denúncias interno.

¹ Disponível em <https://www.sns.min-saude.pt/transparencia/>

² Despacho do Diretor Executivo n.º 03/PCN/2024, de 13 de novembro de 2024.

³ Despacho do Diretor Executivo n.º 03/DE/2025, de 13 de fevereiro de 2025.

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

O PPR da DE-SNS, I.P., identifica e classifica os diversos riscos, recorrendo a uma matriz de risco, que pondera sua probabilidade de ocorrência e ao seu impacto previsível de cada um. Para cada risco foram definidas medidas preventivas e corretivas destinadas à sua mitigação.




Os dirigentes e trabalhadores da DE-SNS, I.P., desempenham, para este efeito, um papel central na prevenção e na deteção de situações suscetíveis de originar atos de corrupção ou infrações conexas, competindo, aos primeiros, supervisionar as atividades desenvolvidas nas áreas sob a sua responsabilidade, promovendo, entre os trabalhadores, uma cultura de integridade, transparência, de compromisso e de responsabilização individual e coletiva.

Nestes termos, a metodologia de avaliação adotada para efeitos de elaboração do RAI, compreendeu as seguintes etapas:

1) **Recolha da de informação:**

- i. Solicitação de informação aos dirigentes das UO da DE-SNS, I.P., incluindo ponto de situação, evidências e outros elementos relacionados com a execução das medidas previstas no Plano;
- ii. Compilação e sistematização de informação disponibilizada transversalmente a toda a organização;
- iii. Apreciação qualitativa por parte dos diversos intervenientes, com vista à obtenção de contributos que permitam caracterizar de forma mais abrangente e contextualizada a execução das medidas.

2) **Avaliação do estado de execução das medidas e controlos associados:** Tendo por base toda a informação recebida, procede-se à classificação, segundo os seguintes critérios:

-  Implementada – medida cuja execução foi finalizada ou, tratando-se de execução continua, as ações desenvolvidas são consideradas suficientes;
-  Em execução - medida cuja execução foi iniciada, mas ainda não foi se encontra totalmente concluída;
-  Não implementada – medida para a qual não foram desencadeadas ações concretas (observa-se, desde já, a não utilização desta designação, considerando que não se verificaram medidas não implementadas na DE-SNS, I.P.).

-
- 3) **Avaliação o risco residual:** reclassificação da probabilidade de ocorrência e do impacto previsível dos riscos identificados, à luz das medidas e controlos implementados.

Seguindo a metodologia anteriormente descrita, para os riscos transversais e específicos classificados como elevados foi solicitada informação, de acordo com as respetivas competências, ao Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento, ao Serviço de Gestão Interna e ao Gabinete de Conformidade Normativa.

Os resultados da avaliação serão apresentados no Capítulo 3 e detalhados nos quadros constantes no Anexo ao presente relatório.

3. RESULTADOS

3.1. RISCOS TRANSVERSAIS

Tendo em conta os riscos transversais classificados como elevados (**R3** e **R9**) e face à informação recolhida, para o período de avaliação, observou-se que, quer no que respeita ao **Risco R3 - Conflito de interesses**, quer no que respeita ao **Risco R9 - Gestão ineficiente da documentação** verificou-se que todas as medidas previstas foram implementadas com os controlos associados.

Tabela 1 - Síntese da avaliação do estado de execução das medidas | Riscos Transversais

Risco	Avaliação do estado de execução das medidas (incluindo controlos associados)		
	Implementada	Em execução	Não Implementada
R3	7	0	0
R9	3	0	0

Tendo em conta o exposto, as medidas e controlos contribuíram de forma significativa para a mitigação da probabilidade de ocorrência e do impacto previsível dos riscos R3 e R9, o risco residual destes foi avaliado em nível moderado, refletindo uma redução efetiva da exposição global da DE-SNS, I.P.

3.2. RISCOS ESPECÍFICOS

Relativamente aos riscos específicos classificados como elevados (**R1.2**, **R2.2**, **R4.1** e **R4.2**), e face à informação recolhida quanto à concretização das medidas associadas a estes riscos e controlos associados, verificou-se o seguinte:

- 1) Relativamente ao **Risco R1.2 - Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO**, associado à **Atividade A1 - Assegurar a eficácia do Sistema de Controlo Interno, bem como contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento** – e ao **Risco R2.2 - Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO** - associado à **Atividade A2 - Identificar e promover as melhores práticas no âmbito da prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação da DE-SNS, I.P.** – constatou-se que as medidas previstas se encontram em execução final, com prazo de implementação, respetivamente, até 30 e 31 de dezembro de 2025.
- 2) No tocante às quatro medidas associadas ao **Risco R4.1 - Prestação de informação a entidades externas de forma insuficiente ou inexata** – e **Risco R4.2 - Incumprimento de**

*prazos - associados à **Atividade A4** - Acompanhar o planeamento de trabalhos de auditores externos, revisores oficiais de contas e de todas as entidades com competência de fiscalização e avaliação no âmbito do controlo interno e da auditoria financeira sobre a DE-SNS, I.P., de forma a assegurar a cobertura adequada e a minimizar a duplicação de esforços – verificou-se que todas as medidas previstas se encontram implementadas e com instrumentos de controlo adequados.*

Tabela 2 - Síntese da avaliação do estado de execução das medidas

Atividade	Risco	Avaliação do estado de execução das medidas (incluindo controlos associados)		
		Implementada	Em execução	Não Implementada
A1	R1.2	0	2	0
A2	R2.2	0	2	0
A4	R4.1	4	0	0
	R4.2	5	0	0

Tendo em conta o exposto, e no que respeita aos riscos R1.1, R2.2, R4.1 e R4.2, considerando que todas as medidas previstas se encontram implementadas ou numa fase de execução final, o risco residual foi avaliado em nível moderado ou baixo, refletindo uma redução efetiva da exposição da DE-SNS, I.P. a estes riscos.

4. CONCLUSÃO

A análise efetuada demonstra o compromisso institucional contínuo da DE-SNS, I.P. para com a implementação efetiva do PPR, refletindo um reforço significativo da cultura organizacional em matéria de conformidade, integridade e transparência.

No que respeita aos riscos transversais, verificou-se um grau de implementação elevado, com a implementação das medidas previstas para o Risco R3 e para o R9. Estes resultados refletem uma redução efetiva da exposição da DE-SNS, I.P., a situações de conflito de interesses e a riscos associados à gestão documental, traduzindo clara redução da exposição a esses riscos.

Relativamente aos riscos específicos, observa-se igualmente uma evolução significativa, com as medidas associadas aos Riscos R4.1 e R4.2 totalmente implementadas e com as referentes aos Riscos R1.2 e R2.2 em execução final até dezembro de 2025. Estas constatações evidenciam um cumprimento adequado do disposto no PPR, com ações concretas e eficazes para assegurar a adequada gestão dos riscos.

Em suma, de forma global, concluiu-se que a execução das medidas e controlos associados foi adequada e eficaz, porquanto a maior parte das medidas previstas no PPR foram plenamente implementadas e as restantes final de execução dentro do prazo.

Da avaliação resultou uma reclassificação dos riscos e a determinação do risco residual para um nível moderado ou baixo.

5. COMUNICAÇÃO E PUBLICITAÇÃO

Nos termos do estabelecido nos n.ºs 6 e 7, do artigo 6.º do RGPC, o presente relatório é objeto de:

- 1) Comunicação, para conhecimento, às seguintes entidades:
 - SE a Ministra da Saúde;
 - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
 - Mecanismo Nacional Anticorrupção, através de carregamento na plataforma eletrónica disponível para o efeito.
- 2) Publicitação aos/às trabalhadores/as, através do sítio institucional da DE-SNS, I.P.




ANEXO

Quadro 1 – Avaliação do estado de execução das medidas e risco residual dos riscos transversais elevados

Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
R3: Conflito de interesses: Decisões influenciadas por interesses pessoais, incluindo relações de proximidade, vínculos familiares ou interesses económicos.	M3.1: Divulgar e garantir cumprimento do Código de Ética e Conduta.	●	<p>Constatou-se que o Código de Ética e de Conduta (CEC) da DE-SNS, I.P. se encontra devidamente publicitado na página oficial, juntamente com outros documentos de enquadramento ético e de integridade, assegurando a sua acessibilidade a todos os trabalhadores e ao público.</p> <p>Foram igualmente realizadas cinco ações de formação específica sobre o CEC e integridade, dirigidas a todos dirigentes e trabalhadores (403 trabalhadores), que tirem por objetivo reforçar o conhecimento dos princípios éticos da DE-SNS, I.P., bem como das normas de conduta ali dispostas. Decorrente desta iniciativa, foi igualmente promovida a assinatura da “Declaração de Compromisso sobre o CEC”, a qual foi posteriormente integrada nos processos individuais dos trabalhadores, o que evidencia a formalização do compromisso ético de dirigentes e trabalhadores.</p> <p>Assim, a medida encontra-se integralmente implementada, tendo sido cumprida a divulgação, a sensibilização e a formalização do compromisso com o CEC.</p>	Média	Médio	Moderado
	M3.2: Garantir que os trabalhadores subscrevem a Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses.	●	<p>Verificou-se que todos os dirigentes e trabalhadores da DE-SNS, I.P. subscreveram a “Declaração de Inexistência de Incompatibilidades e Impedimentos”, de carácter obrigatório e abrangente, através da qual declaram não exercer funções, atividades ou relações suscetíveis de configurar situações de conflito de interesses. Foram igualmente informados do procedimento aplicável em caso de ocorrência de impedimento, nomeadamente a apresentação da “Declaração de Existência de Incompatibilidades e Impedimentos”, acompanhada da legislação aplicável.</p>			
	M3.3: Implementar mecanismos expeditos para declaração de impedimentos e formulação de pedidos de escusa.	●	<p>A execução do procedimento foi assegurada pelos dirigentes intermédios, com supervisão subsequente do Gabinete de Conformidade Normativa (GCoN), garantindo-se o cumprimento efetivo e verificável destas medidas, as quais se consideram estar plenamente implementadas.</p>			

Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
	M3.4: Fomentar uma cultura organizacional que valorize a integridade e a ética.	●	<p>Verificou-se a existência de uma comunicação regular entre os Dirigentes Superiores, Direções Intermédias e Responsáveis de Unidade, centrada na promoção da integridade, da ética e da transparência na atuação organizacional.</p> <p>Ademais, o SAI promove, de forma sistemática, ações de formação e sensibilização dirigidas aos trabalhadores e dirigentes, reforçando a adoção de boas práticas de conduta e o compromisso ético institucional (vd. avaliação de M3.5). Adicionalmente, verificou-se estar disponível no portal institucional da DE-SNS, I.P. diversa informação sobre ética, integridade e transparência, assegurando a divulgação pública e interna dos princípios que regem a atuação da entidade.</p> <p>Paralelamente, o GCoN é frequentemente solicitado a emitir orientações sobre procedimentos institucionais ou individuais, prestando aconselhamento técnico e promovendo, sempre que adequado, a realização de verificações de conformidade (“<i>compliance checks</i>”), designadamente quanto ao cumprimento do CEC.</p> <p>Deste modo, constata-se que a medida se encontra implementada, o que se traduz no fortalecimento de cultura organizacional que valoriza a integridade e ética pública.</p>			
	M3.5: Promover a participação, dos trabalhadores e dirigentes, em ações de formação sobre ética, integridade e prevenção de corrupção, assim como em ações de consciencialização sobre os riscos e as consequências do conflito de interesses.	●	<p>Verificou-se a realização de diversas ações de formação e sensibilização dirigidas a trabalhadores e dirigentes da DE-SNS, I.P., centradas nos temas da ética, integridade, prevenção da corrupção e conflito de interesses. Entre as iniciativas promovidas destacam-se as sessões de esclarecimento “Conformidade Normativa”, realizadas em articulação com o Diretor Executivo e o Conselho de Gestão, com uma sessão em cada polo — Faro, Évora, Lisboa, Coimbra e Porto — com a duração de duas horas cada. Estas sessões, que abrangeram 403 participantes, incluíram apresentações sobre o CEC e o RGPC</p> <p>Foram igualmente realizadas sete Sessões de Formação e de Trabalho presenciais sobre o PPR, a cargo do SAI — três no Porto, duas em Lisboa e duas em Coimbra — com a duração de seis horas cada, envolvendo 93 trabalhadores de várias UO nomeadamente SGI, ECR (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), DCL, DEP, DGTD, GSSNS, DGP, UGP, DFIID, UGMTS, DGI, UGPIE, DSEF, UAMDEF, DC e UADA.</p> <p>Foram ainda planeadas outras ações de formação na área da ética e do cumprimento normativo, designadamente: Avaliação e Gestão de Risco (4 horas), Ética e Código de Conduta (7 horas), Regime Geral de Prevenção da Corrupção (7 horas) e Regulamento Geral de Proteção de Dados (4 horas).</p> <p>Assim, constata-se que a medida M3.5 se encontra implementada, permanecendo em dinâmica de desenvolvimento contínuo através da programação regular de novas ações de formação.</p>			

Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
	M3.6: Implementar políticas de transparência nos processos e decisões.	●	<p>Constatou-se que a DE-SNS, I.P. tem vindo a consolidar uma cultura organizacional pautada pelo rigor, pela transparência e pela fundamentação das decisões. A exigência de fundamentação escrita das decisões, está enraizada nas práticas de dirigentes e trabalhadores, refletindo o compromisso institucional, em especial dos dirigentes superiores, com a integridade, transparência e legalidade dos atos praticados.</p> <p>Adicionalmente esta medida continuará a ser desenvolvida com a conclusão e aprovação das matrizes de riscos específicos das UO, que complementarão a Matriz de Riscos Transversais já existente.</p> <p>Assim, considera-se que a medida revela avanços significativos, sustentados por uma cultura de transparência institucional e por mecanismos de gestão do risco em fase de consolidação.</p>			
	M3.7: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de conflito de interesses.	●	<p>Verificou-se que os procedimentos, os formulários, bem como legislação aplicável relativos à declaração de eventuais situações de conflitos de interesses foram amplamente divulgados e encontram-se na posse de todos os dirigentes e trabalhadores da DE-SNS, I.P., assegurando o conhecimento dos deveres e dos mecanismos de reporte.</p> <p>Adicionalmente, na página oficial está disponível informação de suporte e explicativa sobre o funcionamento dos canais internos reporte de desconformidades, designadamente o canal de denúncias interno, acessível em https://www.sns.min-saude.pt/transparencia/.</p> <p>Por fim, no tocante a deteção de eventuais situações de conflito de interesses, a mesma é realizada pelos dirigentes, através da supervisão e controlo dos processos sob a sua responsabilidade, seja por verificação direta, seja mediante o recurso a técnicas de análise de dados.</p> <p>Do exposto, considera-se a medida implementada.</p>			

Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
R9: Gestão Ineficiente da Documentação: Inexistência de um sistema de Gestão Documental ou incumprimento das respetivas normas, designadamente e no que concerne aos prazos de resposta.	M9.1: Implementar um sistema de Gestão Documental.		Verificou-se que a implementação do Sistema de Gestão Documental (SGD) da DE-SNS, I.P. se encontra concluído, estando prevista a sua entrada em produção no dia 10 de novembro. Neste sentido, foram realizadas sessões de formação <i>online</i> no dia 7 de outubro de 2025 e, presenciais no dia 8 de outubro de 2025, abrangendo os principais intervenientes no circuito documental. Complementarmente foram também implementados outros procedimentos relacionados com esta medida, nomeadamente: (i) governação de um repositório comum em <i>sharepoint</i> com hierarquia padronizada de pastas e nomenclatura obrigatória de ficheiros (código, versão, data, autor) ao nível de todos os procedimentos concursais desenvolvidos; (ii) matriz de acessos por perfis e registo de permissões; (iii) circuitos de validação e assinatura definidos por despacho, com lista de documentos oficiais e dos seus prazos de revisão; (iv) registo central de entrada e saída; (v) backup periódico; (vi) formação <i>on the job training</i> às equipas envolvidas.	Média	Médio	Moderado
	M9.2: Criar um sistema de alerta para controlo de prazos.		Verificou-se que o SGD da DE-SNS, I.P. integra mecanismos de alerta automático para controlo de prazos e funcionalidades de monitorização da execução e do cumprimento dos prazos de resposta. Concomitantemente, com a entrada em produção da aplicação, ocorre uma fase de testes para garantia da fiabilidade da informação e eventuais correções. Nestes termos, não obstante a fase de testes, consideram-se as medidas implementadas.			
	M9.3: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações internas e externas, bem como os casos de incumprimento do prazo.					

Legenda do Estado de Execução:

- - Medida implementada
- - Medida em execução
- - Medida não implementada

Quadro 2 – Avaliação do estado de execução das medidas e risco residual dos riscos transversais elevados

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
A1: Assegurar a eficácia do Sistema de Controlo Interno, bem como contribuir para o seu contínuo aperfeiçoamento.	R1.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO: Inexistência de normas, procedimentos ou orientações escritas nas UO, dificultando a uniformização e a rastreabilidade dos processos, bem como aumentando a suscetibilidade à fraude e ao erro.	M1.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO.	●	As ações conducentes à implementação das medidas encontram-se previstas no Plano de Ação com prazos de implementação até 31 e 30 de dezembro de 2025, respetivamente. No âmbito da primeira medida, está planeado o envio de uma comunicação dirigida aos Diretores de Departamento e de Serviço, com o objetivo de identificar a existência ou inexistência de manuais de procedimentos escritos, devidamente atualizados e validados pelo respetivo superior hierárquico, e de reforçar a importância da sua revisão e validação periódica.	Média	Médio	Moderado
		M1.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.	●	Em articulação, a segunda medida prevê a realização de um levantamento de informação destinado a avaliar o grau de partilha e de conhecimento dos manuais de procedimentos, bem como a eficácia da comunicação interna em cada UO. Este levantamento será efetuado anualmente através da aplicação de um questionário desenvolvido na plataforma Forms do Office 365, dirigido aos trabalhadores das diversas UO, permitindo recolher informação quantitativa e qualitativa sobre o acesso e a utilização dos manuais. Atendendo a que as ações conducentes à implementação se encontram em fase final de desenvolvimento, verificou-se que as medidas M2.2.1 e M2.2.2 se encontram em execução.			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
A2: Identificar e promover as melhores práticas no âmbito da prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação da DE-SNS, I.P.	R.2.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO: Inexistência de normas, procedimentos ou orientações escritas nas UO, dificultando a uniformização e a rastreabilidade dos processos, bem como aumentando a suscetibilidade à fraude e ao erro.	M2.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO.	●	<p>As ações conducentes à implementação das medidas encontram-se previstas no Plano de Ação com prazos de implementação até 31 e 30 de dezembro de 2025, respetivamente.</p> <p>No âmbito da primeira medida, está planeado o envio de uma comunicação dirigida aos Diretores de Departamento e de Serviço, com o objetivo de identificar a existência ou inexistência de manuais de procedimentos escritos, devidamente atualizados e validados pelo respetivo superior hierárquico, e de reforçar a importância da sua revisão e validação periódica.</p> <p>Em articulação, a segunda medida prevê a realização de um levantamento de informação destinado a avaliar o grau de partilha e de conhecimento dos manuais de procedimentos, bem como a eficácia da comunicação interna em cada UO. Este levantamento será efetuado anualmente através da aplicação de um questionário desenvolvido na plataforma Forms do Office 365, dirigido aos trabalhadores das diversas UO, permitindo recolher informação quantitativa e qualitativa sobre o acesso e a utilização dos manuais.</p> <p>Atendendo a que as ações conducentes à implementação se encontram em fase final de desenvolvimento, verificou-se que as medidas M2.2.1 e M2.2.2 se encontram em execução,</p>	Média	Médio	Moderado
		M2.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.	●				

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
A4: Acompanhar o planeamento de trabalhos de auditores externos, revisores oficiais de contas e de todas as entidades com competência de fiscalização e avaliação no âmbito do controlo interno e da auditoria financeira sobre a DE-SNS, I.P., de forma a assegurar a cobertura adequada e a minimizar a duplicação de esforços.	R4.1: Prestação de informação a entidades externas de forma insuficiente ou inexata: Prestação de informação incompleta, inexata ou descontextualizada a entidades externas com competência de fiscalização e avaliação, podendo comprometer a imagem institucional da DE-SNS, I.P., ou resultar na imposição de sanções. Este risco é agravado pela ausência de revisão técnico-jurídica prévia, especialmente em matérias de enquadramento legal complexo.	M4.1.1: Estabelecer um procedimento interno de validação da informação a prestar a entidades externas, que inclua a revisão prévia por parte dos responsáveis da área técnica e pelo serviço jurídico.	●	Observou-se, neste âmbito, a elaboração um procedimento que define as etapas do processo de resposta e os responsáveis envolvidos, garantindo que, por cada pedido é, em regra, designado um vogal do Conselho de Gestão responsável pela validação da informação, podendo ainda ser indicados elementos de outras UO, sempre que tal se revele necessário à completude da resposta. Encontra-se igualmente elaborada uma <i>checklist</i> de verificação da completitude e conformidade da informação, garantindo a verificação técnica, jurídica e a aprovação final e arquivo. Neste sentido consideram-se que as medidas foram integralmente implementadas.	Médio	Média	Moderado
		M4.1.2: Criar uma <i>checklist</i> de verificação da completitude e conformidade da informação a prestar, adequada ao tipo de entidade e à natureza do pedido.	●				
		M4.1.3: Designar, para cada pedido, responsáveis internos, garantindo a articulação entre as diferentes áreas envolvidas.	●				
		M4.1.4: Assegurar, para efeitos de rastreabilidade, o registo e arquivo sistemático das comunicações prestadas, bem como dos	●				
				Para efeitos de rastreabilidade e organização documental, o DE-SNS dispõe de uma metodologia de arquivo formalmente aprovada em 2 de maio de 2025 pelo Diretor Executivo da DE-SNS, I.P., a qual define os procedimentos de registo, organização e arquivo sistemático das comunicações, bem como dos documentos de suporte e validação interna realizada. A referida metodologia foi apresentada, por exemplo, à equipa do SAI em reunião realizada via Microsoft Teams, no dia 12 de março de 2025,			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
		documentos de suporte e validação interna realizada.		e subsequentemente disponibilizada na pasta partilhada do serviço, tendo ainda sido remetida a todos os elementos por correio eletrónico em 17 de maio de 2025, garantindo a sua difusão e aplicação prática uniforme. Atendendo a que a metodologia se encontra aprovada, divulgada e em vigor, assegurando o registo sistemático e rastreável da documentação produzida, considera-se que a medida está integralmente implementada.			
	R4.2: Incumprimento de prazos: Risco de incumprimento dos prazos legais para resposta, colaboração ou entrega de elementos no âmbito das auditorias e fiscalizações externas, podendo conduzir a sanções.	M4.2.1: Assegurar maior e melhor interação entre todos os envolvidos, definindo cronogramas de trabalho e promovendo reuniões de articulação.	●	Verificou-se, tal como implementado na medida M4.1.3, a existência, por cada pedido, de um vogal do Conselho de Gestão responsável pela validação da informação, podendo ser envolvidos elementos de outras UO sempre que tal se revele necessário à completude da resposta. Foram ainda definidos prazos de entrega da informação por área, de modo a garantir o cumprimento integral dos prazos globais e a apresentação de propostas de resposta devidamente consolidadas. No âmbito do SAI, foram criados grupos de comunicação dedicados na plataforma Microsoft Teams, com o objetivo de facilitar a partilha imediata de informação entre os responsáveis envolvidos nos processos, bem como um repositório central de documentos no SharePoint, destinado ao armazenamento, consulta e partilha de ficheiros e relatórios. As presentes práticas encontram-se formalizadas no procedimento interno aprovado.	Baixa	Médio	Baixo
		M4.2.2: Designar, para cada pedido, responsáveis internos, garantindo a articulação entre as diferentes áreas envolvidas.	●				
		M4.2.3: Criar um sistema de alerta para o controlo dos prazos.	●	O controlo interno dos prazos é efetuado através do Copiador dos Processos de Análise e Informação, o qual contém os campos necessários à monitorização do prazo, cálculo de demora média e responsável por processo.			
		M4.2.4: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações externas, bem como os casos de	●	Assim, consideram-se estas medidas totalmente implementadas.			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
		incumprimento do prazo.					
		M4.2.5: Definir responsabilidades de controlo de prazos.	●	Vd. evidências de medidas M4.2.3 e M4.2.4.			

Legenda do Estado de Execução:

- - Medida implementada
- - Medida em execução
- - Medida não implementada

