

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Relatório de Avaliação Anual | 2025



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS

Aprovado,
Diretor Executivo do SNS,

Prof. Dr. Álvaro Almeida

FICHA TÉCNICA

Título do Documento	Relatório de Avaliação Anual 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 e eficácia das medidas previstas no Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., bem como classificar o risco residual dos riscos identificados.
Versão	1.0 – abril de 2026.
Responsável pela Elaboração	Responsável geral pela execução, controlo e revisão do PPR, nos termos da alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º do RGPC e do Despacho n.º 3/PCN/2024, de 13-11-2024.
Distribuição	Interna: Conselho de Gestão, Departamentos, Serviços, Unidades e Equipas de Projeto da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. Externa: Ministério da Saúde, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Mecanismo Nacional Anticorrupção e sítio institucional da DE-SNS, I.P.

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA.....	2
ÍNDICE DE TABELAS.....	4
LISTA DE SIGLAS.....	5
SUMÁRIO EXECUTIVO	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO	8
2.1. ENQUADRAMENTO, OBJETO E METODOLOGIA	8
2.2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	9
2.2.1. Avaliação individual de cada medida	9
2.2.2. Avaliação agregada de cada medida.....	10
2.2.3. Avaliação do risco residual.....	11
3. RESULTADOS	12
3.1. RISCOS TRANSVERSAIS	12
3.1.1. Síntese global.....	12
3.2. RISCOS ESPECÍFICOS	14
3.2.1. Síntese global.....	14
4. CONCLUSÕES.....	16
5. COMUNICAÇÃO E PUBLICITAÇÃO	17
ANEXO I	18
ANEXO II	27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Síntese de leitura metodológica	9
Tabela 2 - Classificação individual por medida Riscos transversais e específicos	10
Tabela 3 - Classificação agregada por medida Riscos transversais	10
Tabela 4 – Avaliação de risco residual.....	12
Tabela 5 - Quadro síntese	13
Tabela 6 - Quadro síntese por risco Riscos transversais.....	13
Tabela 7 - Quadro síntese	14
Tabela 8 – Quadro síntese por risco Riscos Específicos	15

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
- ⇒ **NR:** Nível de Risco
- ⇒ **PPR:** Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
- ⇒ **PO:** Probabilidade de Ocorrência dos Riscos
- ⇒ **RAI:** Relatório de Avaliação Intercalar
- ⇒ **RAA:** Relatório de Avaliação Anual
- ⇒ **RGPC:** Regime Geral de Prevenção da Corrupção
- ⇒ **SAI:** Serviço de Auditoria Interna
- ⇒ **SGD:** Sistema de Gestão Documental
- ⇒ **SNS:** Serviço Nacional de Saúde
- ⇒ **UO:** Unidades Orgânicas
- ⇒ **PAA:** Plano Anual de Atividades
- ⇒ **ROC:** Revisor Oficial de Contas
- ⇒ **IGAS:** Inspeção-Geral das Atividades em Saúde
- ⇒ **IGF:** Inspeção-Geral de Finanças
- ⇒ **ERS:** Entidade Reguladora da Saúde
- ⇒ **Sgi:** Serviço de Gestão Interna
- ⇒ **DCL:** Departamento de Compras e Logística
- ⇒ **DGTD:** Departamento de Gestão da Transformação Digital
- ⇒ **DFIID:** Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento
- ⇒ **UGA:** Unidade de Gestão do Acesso

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Relatório de Avaliação Anual (RAA) aprecia a execução, em 2025, 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.).

A avaliação desenvolvida assentou em três planos complementares de análise: a avaliação individual do estado de execução de cada medida, a avaliação agregada de cada medida nos riscos transversais e a classificação do risco residual, determinada a partir da Probabilidade de Ocorrência (PO) e do Impacto Previsível (IP).

Em termos globais, conclui-se que o PPR se encontra em fase de execução materialmente positiva, contribuindo para o reforço da cultura de integridade, transparência e responsabilização da DE-SNS, I.P. Os resultados obtidos evidenciam, em particular, que:

- No que respeita aos riscos transversais, foi observado um grau de execução globalmente favorável, com **33 medidas classificadas como implementadas**, correspondentes a **66,0%**. Em matéria de risco residual, **nove riscos foram classificados como baixos e um risco foi classificado como moderado**.
- Relativamente aos riscos específicos, verificou-se que **39 medidas se encontram implementadas e eficazes, correspondentes a 76,5%**. Quanto ao risco residual, **11 riscos foram classificados como baixos e quatro riscos como moderados**.
- Em ambas as tipologias de risco avaliadas, **não foram identificados riscos residuais elevados**.

Os resultados evidenciam, assim, uma evolução globalmente positiva na execução do PPR da DE-SNS, I.P., com predominância de medidas implementadas e risco residual maioritariamente baixo. Integram os domínios em acompanhamento no ciclo seguinte, designadamente: a consolidação dos mecanismos de gestão documental e de monitorização de prazos; a elaboração e partilha de procedimentos escritos nas UO; a sistematização de boas práticas em matéria de riscos financeiros e de governação; e a consolidação dos instrumentos de planeamento e monitorização das atividades.

Esse acompanhamento incidirá, primordialmente, sobre a conclusão das medidas em implementação, a recolha de evidência documental da respetiva operacionalização e a preparação da revisão do PPR, tendo em conta a evolução orgânica, funcional e legislativa da entidade.

1. INTRODUÇÃO

O Relatório de Avaliação Anual (RAA) do Plano de Prevenção de Riscos (PPR) da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), é elaborado em cumprimento do disposto na alínea b) 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 sua redação atual.

O relatório incide sobre a execução das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR até 31 de dezembro de 2025, abrangendo os riscos constantes da Matriz de Riscos Transversais e da Matriz de Riscos Específicos.

No relatório quantifica-se o grau de implementação das medidas previstas, aprecia-se a respetiva eficácia, classifica-se o risco residual dos riscos, identificam-se eventuais insuficiências ou riscos emergentes e assinalam-se necessidades de ajustamento ou reforço no ciclo seguinte de execução do plano.

O PPR da DE-SNS, I.P., revisto em maio de 2025, passou a integrar a Matriz de Riscos Transversais, que abrange os riscos comuns às diversas UO, e a Matriz de Riscos Específicos do SAI, que identifica e avalia, de forma direcionada, os riscos associados às competências próprias deste serviço.

Para efeitos de execução, controlo e revisão do PPR, foi nomeado um responsável geral pelo PPR, o qual atua sob coordenação e supervisão da responsável pelo Programa de Cumprimento Normativo da DE-SNS, I.P.

Por fim, importa referir que esse PCN, nos termos do n.º 1 do artigo 5.º do RGPC, integra, designadamente, o Código de Ética e Conduta (CEC), o programa de formação, o canal de denúncias interno, constituindo parte dos instrumentos destinados à prevenção, deteção, mitigação e tratamento de riscos de corrupção e infrações conexas.

2. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

2.1. ENQUADRAMENTO, OBJETO E METODOLOGIA

O PPR da DE-SNS, I.P., identifica e classifica os diversos riscos suscetíveis de afetar a entidade, recorrendo a uma matriz de risco que pondera a respetiva PO e o IP de cada risco. Para cada risco foram definidas medidas preventivas e corretivas destinadas à sua mitigação, cuja execução e eficácia são objeto de acompanhamento nos termos previstos no RGPC.

Os dirigentes e trabalhadores da DE-SNS, I.P. desempenham, neste contexto, um papel central na prevenção e deteção de situações suscetíveis de originar atos de corrupção ou infrações conexas. Compete, em especial, aos dirigentes supervisionar as atividades desenvolvidas nas áreas sob a sua responsabilidade, promover a execução das medidas previstas no PPR e fomentar, junto dos trabalhadores, uma cultura de integridade, transparência, compromisso e responsabilização.

A avaliação incidiu sobre os riscos constantes da Matriz de Riscos Transversais e da Matriz de Riscos Específicos. Para esse efeito, foram considerados, por um lado, o grau de implementação e a eficácia das medidas de prevenção e mitigação associadas a cada risco e, por outro, a avaliação agregada do risco residual, determinada a partir da PO e do IP.

Para os riscos transversais, foram utilizados questionários de autoavaliação pelas UO, com identificação do risco e da medida de prevenção ou mitigação. As UO pronunciaram-se sobre o estado de implementação de cada medida, eficácia, prazo previsto para implementação, quando aplicável, e sobre a eventual necessidade de adoção de medidas adicionais.

A avaliação integra a posição agregada dos dirigentes, em complemento com a evidência documental, incluindo a recolhida no Relatório de Avaliação Intercalar (RAI). Alguns desvios entre os resultados do tratamento dos questionários e outros elementos, decorrem de diferentes momentos de avaliação. Nessas situações, a análise foi complementada com a apreciação qualitativa de outros elementos, por forma contextualizar os resultados obtidos, identificar constrangimentos e reconhecer oportunidades de melhoria.

No caso dos riscos específicos, a avaliação foi realizada a partir de informação disponibilizada pelo serviço, considerando o estado de execução de cada medida, a evidência existente e a respetiva contribuição para a mitigação dos riscos identificados.

Importa ainda assinalar que a elaboração das matrizes de riscos específicos das UO da DE-SNS, I.P., prevista no cronograma constante do ponto 4.2 do PPR, com horizonte de execução em 2025, se encontrava ainda em desenvolvimento à data de fecho do presente RAA. Esta situação enquadra-se

na pendência da reestruturação orgânica da DE-SNS, I.P., e na necessidade de adequar a metodologia de identificação e avaliação de riscos ao contexto funcional, organizativo e operacional de cada UO. A conclusão deste trabalho deverá ocorrer durante o ano de 2026, no âmbito do processo de revisão do PPR previsto para esse período, assegurando-se uma abordagem metodológica ajustada à realidade de cada UO. A metodologia adotada compreendeu, assim, três planos complementares de avaliação: 1) a avaliação individual; 2) a avaliação agregada de cada medida; e 3) a classificação do risco residual.

Tabela 1 - Síntese de leitura metodológica

Elemento	Conteúdo
Período avaliado	Execução do PPR até 31 de dezembro de 2025.
Fontes de informação	Questionários às UO, evidência documental disponível, RAI e informação do SAI.
Universo analisado	10 riscos transversais e 50 medidas; 15 riscos específicos do SAI e 51 medidas.
Planos de avaliação	Avaliação individual; avaliação agregada; classificação do risco residual.
Metodologia	Autoavaliação, análise documental e apreciação qualitativa.

2.2. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assenta, primordialmente, na informação obtida junto das unidades orgânicas e na evidência documental disponível à data da sua elaboração. Os resultados obtidos decorrem de uma apreciação materialmente fundamentada da execução do PPR, sendo consolidada pela ação dos instrumentos de controlo interno, auditoria ou revisão do plano.

A diversidade de níveis de maturidade organizacional entre unidades orgânicas e a variabilidade da evidência recolhida e podem influenciar a consistência da avaliação de determinadas medidas. A classificação do risco residual é apresentada como indicador de exposição remanescente, não como juízo definitivo sobre a eliminação do risco, atentos os diferentes níveis de maturidade de procedimentos e as evidências recolhidas.

2.2.1. Avaliação individual de cada medida

A avaliação individual de cada medida teve em conta a apreciação efetuada por cada UO sobre o estado de execução das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR.

Tabela 2 - Classificação individual por medida | Riscos transversais e específicos

	Avaliação individual da medida	Critério aplicado
	Implementada	Medida cuja execução foi finalizada ou que, tratando-se de execução contínua, apresenta ações desenvolvidas consideradas suficientes para assegurar a sua operacionalização.
	Em implementação	Medida cuja execução foi iniciada, mas que não se encontra totalmente concluída ou carece de desenvolvimento adicional.
	Não implementada	Medida relativamente à qual não foram desencadeadas ações concretas.

Para cada medida classificada como “implementada” foi, igualmente, apreciada a sua eficácia, com vista a aferir que a execução realizada se revelou adequada à prevenção ou mitigação do risco identificado.

Quanto às medidas classificadas como “em implementação” ou “não implementada”, foram recolhidos elementos relativos ao prazo previsto para a sua conclusão, bem como informação sobre constrangimentos, necessidades de ajustamento ou medidas complementares a ponderar.

Esta avaliação individual constitui a base da análise do RAA, permitindo conhecer o estado de execução de cada medida a partir da informação prestada pelas UO.

2.2.2. Avaliação agregada de cada medida

A avaliação agregada de cada medida foi aplicada às medidas constantes da Matriz de Riscos Transversais, por forma a obter um resultado consolidado do respetivo estado de execução, a partir do tratamento da informação obtida junto das UO.

Desta avaliação resultaram quatro categorias, conforme disposto na Tabela 3: 1) Implementada; 2) Em implementação; 3) Em consolidação; e 4) Não implementada.

Tabela 3 - Classificação agregada por medida | Riscos transversais

	Avaliação agregada da medida	Critério aplicado
	Implementada	Quando 60% ou mais das respostas indicam a medida como implementada; E 50% ou mais consideram a medida implementada e eficaz; E 30% ou menos indicam a medida como não implementada.
	Em implementação	Quando a taxa de implementação se situa entre $\geq 30\%$ e $< 60\%$, OU a consolidação efetiva se situa entre $\geq 30\%$ e $< 50\%$, OU as respostas que indicam a medida como não implementada se situam entre $> 30\%$ e $\leq 40\%$.

	Avaliação agregada da medida	Critério aplicado
	Em consolidação	Quando menos de 30% de respostas indicam a medida como implementada, OU menos de 30% correspondem a medida implementada e eficaz, OU mais de 40% indicam medida como não implementada.
	Não implementada	Quando 100% das respostas indicam a medida como não implementada.

Para efeitos desta avaliação, quando a medida foi simultaneamente classificada como implementada e avaliada como eficaz, considera-se a “implementação consolidada”. Este indicador pretende obter um resultado material sobre a execução, ou seja, a medida é adequada para a prevenção ou mitigação do risco identificado.

A categoria "em implementação" abrange medidas que apresentam sinais relevantes de execução, mas insuficientes para confirmar a sua efetividade. Nestes casos, a taxa de implementação situa-se entre 30% e menos de 60%, ou a consolidação efetiva entre 30% e menos de 50%, ou as respostas que indicam não implementação se situam acima de 30% e até 40%.

A categoria "em consolidação" aplica-se a medidas em que, pese embora possam existir alguns elementos de execução, estes não atingem o limiar necessário para afirmar a plena incorporação da medida nos respetivos procedimentos internos — designadamente quando menos de 30% das respostas a classificam como implementada ou eficaz, ou quando mais de 40% das respostas a indicam como não implementada.

No que respeita aos riscos específicos, dado que inexistente um conjunto plural de respostas por medida que justifique tratamento estatístico agregado, a avaliação assenta em informação qualitativa e documental disponibilizada pela unidade orgânica (UO), atendendo ao estado de execução, à evidência disponível e à adequação das medidas à mitigação dos riscos identificados.

2.2.3. Avaliação do risco residual

A classificação do risco residual teve por finalidade aferir o nível de exposição remanescente de cada risco, considerando o estado de execução das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR.

Para esse efeito, foram consideradas as duas dimensões previstas na matriz de risco adotada pela DE-SNS, I.P.: a PO e o IP. As classificações qualitativas atribuídas a cada uma destas dimensões, em

conformidade com a referida matriz, foram convertidas numa escala numérica ordinal de 1 a 3, correspondendo: 1- IP/PO: Baixo/a; 2 -IP/PO: Médio/a; e 3 – IP/PO: Alto/a.

No caso dos riscos transversais, a avaliação do risco residual resultou do tratamento agregado das respostas prestadas pelas UO. Para cada risco, foi apurada a média da PO e a média do IP, considerando o número de respostas válidas. O índice agregado de risco residual foi posteriormente calculado através da multiplicação da média da PO pela média do IP.

A classificação final do risco residual foi determinada de acordo com os seguintes intervalos:

Tabela 4 – Avaliação de risco residual

Índice agregado de risco residual	Classificação
≤ 2	Baixo
$> 2 \text{ e } < 6$	Moderado
≥ 6	Elevado

No caso dos riscos específicos do SAI, a classificação do risco residual teve por base a apreciação qualitativa e documental efetuada pelo Serviço, considerando a execução das medidas, a evidência disponível e a exposição remanescente ao risco. Esta avaliação seguiu a mesma matriz conceptual de PO e IP, assegurando coerência com a metodologia geral do PPR.

A classificação do risco residual decorre da avaliação da exposição remanescente ao risco no período em análise, atenta a informação tratada e as medidas implementadas ou em execução.

3. RESULTADOS

3.1. RISCOS TRANSVERSAIS

3.1.1. Síntese global

Da avaliação agregada das medidas resulta que 33 medidas, correspondentes a 66,0%, se encontram classificadas como implementadas; 15 medidas, correspondentes a 30,0%, se encontram em implementação; e duas medidas, correspondentes a 4,0%, encontram-se em consolidação.

Estes resultados evidenciam um grau de execução globalmente positivo das medidas previstas na Matriz de Riscos Transversais, com predominância de medidas implementadas e uma expressão residual de medidas em consolidação.

As 15 medidas em implementação serão objeto de acompanhamento no ciclo seguinte, em especial, quanto à respetiva conclusão e à recolha de evidência sobre a sua eficácia.

Tabela 5 - Quadro síntese

Indicador	Resultado
Riscos avaliados	10
Medidas avaliadas	50
Medidas implementadas	33 (66,0%)
Medidas em implementação	15 (30,0%)
Medidas em consolidação	2 (4,0%)
Risco residual baixo	9 (90,0%)
Risco residual moderado	1 (10,0%)
Risco residual elevado	0 (0,0%)

Quanto ao risco residual, nove dos 10 riscos avaliados apresentam classificação residual baixa, correspondendo a 90,0% do total, e um risco apresenta classificação residual moderada, correspondendo a 10,0%.

Não foram identificados riscos residuais elevados.

O único risco classificado como moderado “Gestão ineficiente da documentação”, com índice agregado de risco residual de 2,24, será objeto de acompanhamento quanto à consolidação das medidas associadas.

Tabela 6 - Quadro síntese por risco | Riscos transversais

Risco	Designação	N.º medidas	Medidas Implementadas	Medidas Em implementação	Medidas em consolidação	% Implementação	Índice risco residual	Classificação
R1	Incumprimento de normas legais e regulamentares	6	4	2	0	66,7%	1,53	Baixo
R2	Inobservância de deveres funcionais	6	3	3	0	50,0%	1,92	Baixo
R3	Conflito de interesses	7	7	0	0	100%	1,92	Baixo
R4	Recebimento indevido de ofertas	3	2	0	1	66,7%	1,27	Baixo
R5	Quebra de sigilo profissional e segurança da informação	6	5	1	0	83,3%	1,85	Baixo
R6	Inadequação de competências para o desempenho funcional	4	3	1	0	75,0%	1,81	Baixo
R7	Uso indevido ou negligente de recursos públicos	8	6	1	1	75,0%	1,33	Baixo
R8	Mecanismos inadequados de deteção de situações de risco de corrupção e infrações conexas	4	1	3	0	25,0%	1,49	Baixo
R9	Gestão ineficiente da documentação	3	1	2	0	33,3%	2,24	Moderado
R10	Ausência de planeamento e monitorização das atividades	3	1	2	0	33,3%	1,66	Baixo

A avaliação específica de cada risco, incluindo a apreciação agregada do estado de execução das medidas, a identificação dos aspetos objeto de acompanhamento e a respetiva classificação do risco residual, consta do Anexo I ao presente relatório.

3.2. RISCOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Síntese global

A avaliação dos riscos específicos incidiu sobre 15 riscos e 51 medidas de prevenção e mitigação, distribuídos por quatro atividades principais (vd. Anexo II). Da análise efetuada resulta que 39 medidas se encontram implementadas e eficazes, correspondendo a 76,5% do total; 10 medidas encontram-se em execução, correspondendo a 19,6%; e duas medidas não se encontram implementadas, correspondendo a 3,9%.

Em matéria de risco residual, 11 riscos apresentam classificação residual baixa, correspondendo a 73,3% dos riscos avaliados, e quatro riscos apresentam classificação residual moderada, correspondendo a 26,7%. Não foram identificados riscos residuais elevados.

Tabela 7 - Quadro síntese

Indicador	Resultado
Riscos avaliados	15
Medidas avaliadas	51
Medidas implementadas	39 (76,5%)
Medidas em implementação	10 (19,6%)
Medidas não implementadas	2 (3,9%)
Risco residual baixo	11 (73,3%)
Risco residual moderado	4 (26,7%)
Risco residual elevado	0 (0,00%)

Os resultados evidenciam uma execução globalmente positiva das medidas específicas com predominância de medidas implementadas e eficazes. O acompanhamento no ciclo seguinte incidirá, em especial, sobre riscos associados à existência, a atualização e partilha de procedimentos escritos nas UO, a sistematização de boas práticas em matéria de riscos financeiros e de governação, e a sensibilização sobre competências e modo de atuação do Serviço.

Tabela 8 – Quadro síntese por risco | Riscos Específicos

Ati.	Risco	Designação	N.º medidas	Medidas Implementadas	Medidas Em implementação	Medidas Não Implementadas	% Implementação	Índice risco residual	Classificação
A1	R1.1	Identificação incompleta ou inexistente de áreas críticas	6	6	0	0	100%	1	Baixo
	R1.2	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO	2	0	2	0	0%	4	Moderado
	R1.3	Incumprimento do PPR	2	0	2	0	0%	1	Baixo
A2	R2.1	Ausência de sistematização e atualização das práticas recomendadas	2	1	0	1	50%	4	Moderado
	R2.2	Inexistência de normas ou procedimentos internos escritos nas UO	2	0	2	0	0%	4	Moderado
A3	R3.1	Seleção discricionária de UO ou áreas objeto de auditoria	2	2	0	0	100%	1	Baixo
	R3.2	Não identificação de áreas críticas	4	3	1	0	75%	1	Baixo
	R3.3	Inadequação na constituição e gestão das equipas de auditoria interna	5	5	0	0	100%	1	Baixo
	R3.4	Incumprimento do Plano de Auditoria Interna	3	3	0	0	100%	1	Baixo
	R3.5	Ausência de imparcialidade e isenção dos profissionais	5	4	1	0	80%	1	Baixo
	R3.6	Desconhecimento técnico da área específica a auditar	4	3	1	0	75%	1	Baixo
	R3.7	Falta de uniformização na aplicação de regulamentos, normas, métodos e técnicas de auditoria	1	1	0	0	100%	1	Baixo
	R3.8	Condicionamento da auditoria interna	4	2	1	1	50%	1	Baixo
A4	R4.1	Prestação de informação a entidades externas de forma insuficiente ou inexata	4	4	0	0	100%	4	Moderado
	R4.2	Incumprimento de prazos	5	5	0	0	100%	2	Baixo

A avaliação específica de cada risco, incluindo a apreciação do estado de execução das medidas, os aspetos objeto de acompanhamento e a respetiva classificação do risco residual, consta do Anexo II ao presente relatório.

4. CONCLUSÕES

A avaliação anual do PPR da DE-SNS, I.P., evidencia um compromisso institucional consistente com a prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, bem como com o reforço da cultura organizacional de integridade, transparência, conformidade e responsabilização.

No âmbito dos riscos transversais, os resultados traduzem um grau de execução globalmente positivo, com predomínio de medidas implementadas e ausência de riscos residuais elevados.

No que respeita aos riscos específicos, verifica-se igualmente um nível de gestão e controlo globalmente positivo, em particular nos domínios do planeamento da auditoria interna, da constituição das equipas, da definição de metodologias, da articulação com entidades externas e do controlo de prazos.

No próximo ciclo, será assegurada a continuidade do acompanhamento das medidas em implementação, com especial incidência no reforço dos mecanismos de gestão documental e controlo de prazos, na formalização e partilha de procedimentos internos nas UO, na consolidação dos mecanismos de deteção e reporte, no investimento na formação em matéria de ética, integridade e deveres funcionais, e na preparação da revisão do PPR à luz da evolução orgânica, funcional e legislativa da DE-SNS, I.P.

Em conclusão final, a avaliação demonstra que as medidas e controlos previstos no PPR contribuíram para a mitigação da PO e do IP dos riscos identificados. A predominância de riscos residuais baixos associada à expressão limitada de medidas em consolidação ou não implementadas, permite concluir que o PPR tem vindo a produzir efeitos relevantes no reforço do sistema de controlo interno e na consolidação do Programa de Cumprimento Normativo da DE-SNS, I.P.

5. COMUNICAÇÃO E PUBLICITAÇÃO

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

1) Comunicação às entidades seguintes:

- Membro do Governo responsável pela área da Saúde;
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde; e
- Mecanismo Nacional Anticorrupção.

2) Publicitação no sítio institucional da DE-SNS, I.P.

ANEXO I

Quadro 1 – Avaliação do estado de execução das medidas e risco residual dos riscos transversais identificados na Matriz de Riscos Transversais, que abrange os riscos comuns às diversas UO

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
R1: Incumprimento de normas legais e regulamentares: Inobservância ou aplicação inadequada das disposições legais aplicáveis, podendo resultar em responsabilidade financeira reintegratória e, ou sancionatória.	M1.1: Promover a participação de trabalhadores e dirigentes em ações de formação sobre as normas e regulamentos aplicáveis, reforçando o conhecimento e a conformidade com os requisitos legais e institucionais.		A avaliação agregada das medidas associadas ao R1 evidencia uma execução globalmente favorável, com 4 das 6 medidas classificadas como implementadas e 2 em implementação, não se identificando medidas em consolidação.	Baixa	Médio	Baixo
	M1.2: Implementar mecanismos de deteção e reporte, designadamente através de canais de denúncia.		As medidas implementadas refletem a existência de mecanismos de formação, deteção e reporte, validação jurídico-administrativa de atos e disponibilização de instrumentos de apoio à interpretação normativa.			
	M1.3: Garantir que os despachos ou deliberações dos órgãos e dirigentes estão em conformidade com as normas legais e regulamentares em vigor, e, sempre que necessário, sejam submetidos a parecer jurídico.		Mantém-se em implementação a medida relativa à formalização de procedimentos (M1.4), com prazo de implementação até 2027.			
	M1.4: Definir procedimentos para a correção célere de desconformidades, garantindo que eventuais erros identificados sejam rapidamente corrigidos antes de originarem responsabilidade financeira.		No que respeita à medida relativa à criação de um mecanismo interno de alerta para alterações legislativas e regulamentares relevantes (M1.6), salienta-se que a DE-SNS, I.P. dispõe já de um sistema de triagem e remessa aos trabalhadores dos atos publicados no Diário da República. Nesta matéria, encontra-se prevista a consolidação de diligências adicionais que assegurem a identificação, sistematização e comunicação dos impactos funcionais das alterações identificadas, mantendo-se o prazo de implementação até 2027.			
	M1.5: Assegurar a disponibilização de manuais ou guias práticos atualizados, facilitando o acesso dos trabalhadores à legislação aplicável e promovendo a sua correta interpretação.		O risco residual foi classificado como baixo.			

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
	M1.6: Criar um sistema de alerta interno para alterações legislativas e regulamentares, garantindo que os dirigentes e trabalhadores estão, a todo o tempo, informados sobre mudanças que possam ter impacto no desenvolvimento das suas funções.					
R2: Inobservância de deveres funcionais: Violação dos valores e princípios vertidos no Código de Ética e Conduta, bem como dos deveres gerais ou especiais inerentes à função.	M2.1: Divulgar e garantir o cumprimento do Código de Ética e Conduta.		A avaliação agregada das medidas associadas ao R2 evidencia uma execução em consolidação, com 3 das 6 medidas classificadas como implementadas e 3 em implementação, não se identificando medidas em consolidação. As medidas implementadas refletem a divulgação do CEC e a realização de ações de formação em matéria de ética, integridade e deveres funcionais. Salienta-se, neste âmbito, que o CEC se encontra publicitado na página oficial da DE-SNS, I.P., juntamente com outros documentos de enquadramento ético e de integridade, assegurando a sua acessibilidade aos trabalhadores e ao público. A medida M2.3 considera-se implementada, atenta a sua natureza de execução contínua, prevendo-se, no ciclo seguinte, a continuidade da formação sobre deveres funcionais e da difusão dos valores éticos da DE-SNS, I.P. Mantêm-se em implementação as medidas M2.4, M2.5 e M2.6, relativas à avaliação sistemática do risco no planeamento e execução das atividades, aos mecanismos de deteção e reporte de eventuais quebras de deveres funcionais e à sistematização da resposta disciplinar, quando aplicável. O prazo de implementação mantém-se até 2027. O risco residual foi classificado como baixo.	Baixa	Médio	Baixo
	M2.2: Garantir que os trabalhadores que ingressem na DE-SNS, I.P. tomam conhecimento, por escrito, do Código de Ética e Conduta.					
	M2.3: Promover a participação em ações de formação sobre deveres funcionais, ética e conduta de trabalhadores e dirigentes.					
	M2.4: Assegurar a avaliação sistemática do risco no planeamento e execução das atividades, de forma a identificar e mitigar potenciais falhas no cumprimento dos deveres funcionais dos trabalhadores, promovendo a transparência, a responsabilidade e a ética no desempenho das funções.					
	M2.5: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de quebra dos deveres funcionais, valores ou princípios.					
	M2.6: Exercer o poder disciplinar, nomeadamente através da instauração de procedimentos de natureza disciplinar, sempre que haja conhecimento de uma qualquer infração.					

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
R3: Conflito de Interesses	M3.1: Divulgar e garantir cumprimento do Código de Ética e Conduta.	●	A avaliação agregada das medidas associadas ao R3 evidencia uma execução globalmente favorável, com as 7 medidas classificadas como implementadas, não se identificando medidas em consolidação. As medidas implementadas refletem a divulgação e aplicação do CEC, a subscrição de declarações de inexistência de conflito de interesses, a existência de mecanismos para declaração de impedimentos e formulação de pedidos de escusa, bem como a adoção de práticas de transparência e de mecanismos de deteção e reporte. Salienta-se, em especial: ➤ A realização de cinco ações de formação específica sobre o CEC e integridade, dirigidas a dirigentes e trabalhadores (403 trabalhadores); ➤ A promoção da assinatura da “Declaração de Compromisso sobre o CEC”, a qual foi posteriormente integrada nos processos individuais dos trabalhadores; ➤ A subscrição pelos dirigentes e trabalhadores da DE-SNS, I.P. da “Declaração de Inexistência de Incompatibilidades e Impedimentos”, de carácter obrigatório e abrangente, bem como a disponibilização de informação sobre o procedimento aplicável em caso de ocorrência de impedimento, nomeadamente a apresentação da “Declaração de Existência de Incompatibilidades e Impedimentos”; ➤ A realização de ações de formação sobre gestão de risco; ➤ A divulgação no portal institucional da DE-SNS, I.P. de informação sobre ética, integridade e	Baixa	Médio	Baixo
	M3.2: Garantir que os trabalhadores subscrevem a Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses.	●				
	M3.3: Implementar mecanismos expeditos para declaração de impedimentos e formulação de pedidos de escusa.	●				
	M3.4: Fomentar uma cultura organizacional que valorize a integridade e a ética.	●				
	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.	●				
	M3.6: Implementar políticas de transparência nos processos e decisões.	●				
	M3.7: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de conflito de interesses.	●				

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
			transparência, assegurando a divulgação pública e interna dos princípios que regem a atuação da entidade; ➤ A disponibilização de informação de suporte e explicativa sobre o funcionamento dos canais internos de reporte de desconformidades, designadamente o canal de denúncias interno, acessível através do portal institucional da DE-SNS, I.P. O risco residual foi classificado como baixo.			
R4: Recebimento indevido de ofertas: Aceitação de ofertas, presentes ou benefícios em desconformidade com o Código de Ética e Conduta.	M4.1: Divulgar e garantir o cumprimento dos procedimentos relativos ao recebimento de ofertas previstos no Código de Ética e Conduta.		A avaliação agregada das medidas associadas ao R4 evidencia uma execução globalmente favorável, com 2 das 3 medidas classificadas como implementadas e 1 em consolidação, não se identificando medidas em implementação.	Baixa	Baixo	Baixo
	M4.2: Supervisionar o recebimento de ofertas, presentes ou benefícios independentemente do valor.		As medidas implementadas refletem a divulgação dos procedimentos previstos no CEC em matéria de recebimento de ofertas, presentes ou benefícios, bem como a existência de mecanismos de supervisão independentemente do respetivo valor.			
	M4.3: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de recebimento indevido de ofertas.		Mantém-se como em consolidação a medida relativa à implementação de mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de recebimento indevido de ofertas. O risco residual foi classificado como baixo.			
R5: Quebra de sigilo profissional e segurança da informação: Manipulação, ocultação, destruição e divulgação	M5.1: Implementar um modelo de gestão de acessos, garantindo que cada trabalhador tem acesso apenas aos dados e informação estritamente necessários ao desempenho das suas funções.		A avaliação agregada das medidas associadas ao R5 evidencia uma execução globalmente favorável, com 5 das 6 medidas classificadas como implementadas e 1 em implementação, não se identificando medidas em consolidação.	Baixa	Médio	Baixo
	M5.2: Divulgar e garantir o cumprimento dos princípios relativos à confidencialidade e sigilo profissional previstos, entre outros, no		As medidas implementadas refletem a existência de controlos associados à gestão de acessos, à divulgação dos deveres de			

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
indevida de dados ou de informação.	Código de Ética e Conduta e na Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais.		confidencialidade e sigilo profissional, à revisão periódica de acessos, à definição de perfis de utilizador com permissões diferenciadas e à monitorização de registos de acesso. Mantém-se em implementação a medida M5.6, relativa à elaboração e consolidação de normas internas sobre tratamento de informação sensível, bem como sobre acesso e armazenamento de documentos. Esta classificação deve ser lida num contexto em que a DE-SNS, I.P. dispõe já de uma Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais e de práticas já instituídas, designadamente ao nível da governação de repositório comum em SharePoint, com hierarquia padronizada de pastas e nomenclatura obrigatória de ficheiros nos procedimentos concursais, matriz de acessos por perfis e registo de permissões, circuitos de validação e assinatura definidos por despacho, registo central de entrada e saída, backup periódico e formação <i>on the job</i> às equipas envolvidas. O prazo de implementação mantém-se até 2027.O risco residual foi classificado como baixo.			
	M5.3: Rever periodicamente os acessos concedidos para prevenir acessos desnecessários ou indevidos.	●				
	M5.4: Definir perfis de utilizador com permissões diferenciadas, assegurando a segregação de funções, bem como restringir as permissões para alteração e eliminação de dados apenas a perfis autorizados.	●				
	M5.5: Rever periodicamente os registos de acessos por forma a identificar tentativas de acesso indevido.	●				
	M5.6: Elaborar normas internas sobre tratamento de informação sensível, bem como relativas ao acesso e armazenamento de documentos.	●				
R6: Inadequação de competências para o desempenho funcional: Perfil técnico e comportamental inadequado ao exercício das funções.	M6.1: Apresentar propostas de formação profissional específica e adequada às necessidades individuais e às atividades a desenvolver	●	A avaliação agregada das medidas associadas ao R6 evidencia uma execução globalmente favorável, com 3 das 4 medidas classificadas como implementadas e 1 em implementação, não se identificando medidas em consolidação. As medidas implementadas refletem a identificação de necessidades formativas, a promoção de iniciativas de partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica, bem como o reforço da multidisciplinaridade, motivação e ajustamento funcional das equipas. Mantém-se em implementação a medida relativa ao cumprimento tempestivo do ciclo avaliativo. Prazo de implementação até 2027.	Baixa	Médio	Baixo
	M6.2: Desenvolver iniciativas de partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica, através da realização de reuniões internas e workshops.	●				
	M6.3: Reforçar a motivação individual, a multidisciplinaridade e a rotatividade das equipas sempre que possível e adequado.	●				
	M6.4: Assegurar o cumprimento tempestivo do ciclo avaliativo.	●				
		●				

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
			O risco residual foi classificado como baixo.			
R7: Uso indevido ou negligente de recursos públicos: Utilização para benefício próprio ou de terceiros de dinheiro, bens móveis ou imóveis, públicos ou particulares, que tenham sido confiados ao colaborador, estejam sob sua posse ou acessíveis em razão das suas funções. Mau uso, utilização negligente ou geradora de desperdício de recursos públicos.	M7.1: Definir e divulgar normas de utilização dos recursos públicos, nomeadamente sobre utilização de viaturas, instalações e equipamentos afetos às UO.	●	A avaliação agregada das medidas associadas ao R7 evidencia uma execução globalmente favorável, com 6 das 8 medidas classificadas como implementadas, 1 em implementação e 1 em consolidação. Mantém-se como dimensões objeto de acompanhamento a consolidação das ações de formação e sensibilização para a redução de consumos energéticos e de outros recursos, bem como o reforço dos mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de uso indevido ou negligente de recursos públicos. Neste âmbito, releva a existência do canal de denúncias interno, enquanto instrumento transversal de comunicação de irregularidades, em articulação com a consolidação de mecanismos complementares de supervisão, reporte interno e evidência documental. O prazo de implementação mantém-se até 2027. O risco residual foi classificado como baixo.	Baixa	Baixo	Baixo
	M7.2: Implementar sistema de registo e rastreabilidade do uso recursos públicos, garantindo maior transparência e deteção de situações de mau uso, utilização negligente ou geradora de desperdício.	●				
	M7.3: Promover sinergias internas, por forma a reduzir o desperdício de recursos públicos.	●				
	M7.4: Divulgar e sensibilizar internamente para as boas práticas de responsabilidade ambiental.	●				
	M7.5: Promover boas práticas de economia circular e redução de desperdícios.	●				
	M7.6: Realizar ações de formação e campanhas de sensibilização para a redução do consumo de energia elétrica, água e outros recursos energéticos.	●				
	M7.7: Implementar mecanismos de deteção e reporte de eventuais situações de uso indevido ou negligente de recursos públicos.	●				
	M7.8: Supervisionar e monitorizar a utilização de recursos públicos.	●				
R8: Mecanismos inadequados de deteção de situações de risco de corrupção e infrações	M8.1: Implementar as medidas preventivas e corretivas definidas no PPR, tanto para os riscos transversais como para os riscos específicos.	●	A avaliação agregada das medidas associadas ao R8 evidencia uma execução em fase de consolidação, com 1 das 4 medidas classificadas como implementada e 3 em implementação, não se identificando medidas em consolidação.	Baixa	Baixo	Baixo
	M8.2: Realizar ações de verificação às medidas implementadas, designadamente por forma a aferir a eficácia das mesmas.	●	A classificação do risco residual como baixo deve ser lida em articulação com a existência de mecanismos de controlo			

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
conexas: não implementação ou implementação deficitária das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR.	M8.3: Elaborar os Relatórios de Execução dentro dos prazos definidos.	●	interno já operacionais no âmbito do PPR e do Programa de Cumprimento Normativo, designadamente o Código de Ética e Conduta, o programa de formação e o canal de denúncias interno. Acresce que, durante o período avaliado, não foram reportadas ao responsável pelo PPR, nem registadas no canal de denúncias interno, ocorrências ou participações relativas a situações de risco de corrupção ou infrações conexas.			
	M8.4: Divulgar o Canal de Denúncias Interno e promover um ambiente organizacional que fomenta a confiança no sistema de denúncia, designadamente, através de uma comunicação clara acerca das condições e medidas de proteção dos denunciantes, em especial as sanções associadas aos atos de retaliação.	●	Mantêm-se em implementação as medidas relativas à concretização das medidas preventivas e corretivas previstas no PPR, à realização de ações de verificação da sua eficácia e à elaboração atempada dos relatórios de execução. Os prazos de implementação encontram-se fixados em 2029 para as medidas M8.1 e M8.2, e em 2026 para a medida M8.3. A manutenção da classificação residual baixa deverá ser acompanhada no ciclo seguinte, em especial quanto à conclusão das medidas em curso, à realização das ações de verificação e ao reforço da evidência documental sobre a eficácia dos mecanismos de deteção existentes. O risco residual foi classificado como baixo.			
R9: Gestão ineficiente da documentação: Inexistência de um sistema de Gestão	M9.1: Implementar um sistema de Gestão Documental.	●	A avaliação agregada das medidas associadas ao R9 evidencia uma execução em fase de consolidação, com 1 das 3 medidas classificada como implementada e 2 em implementação, não se identificando medidas em consolidação.	Baixa	Médio	Moderado ¹
	M9.2: Criar um sistema de alerta para controlo de prazos.	●				

¹ Em conformidade com a metodologia definida no ponto 2.2.3.

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
Documental ou incumprimento das respetivas normas, designadamente no que concerne aos prazos de resposta.	M9.3: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações internas e externas, bem como os casos de incumprimento do prazo.		Importa salientar que a DE-SNS, I.P. dispõe de um Sistema de Gestão Documental (SGD), que permite, designadamente, a receção, registo, distribuição, tramitação, despacho e arquivo do expediente, bem como a rastreabilidade dos circuitos documentais e das responsabilidades associadas. O SGD integra, , mecanismos de alerta automático para controlo de prazos e funcionalidades de monitorização da execução e do cumprimento dos prazos de resposta. As medidas em implementação devem ser lidas no contexto da consolidação da efetiva operacionalização do SGD, num contexto de reconhecida complexidade funcional e organizacional, em especial quanto à adesão e utilização regular da plataforma por todos os dirigentes e trabalhadores, à normalização dos procedimentos de tramitação e à monitorização periódica da demora média de resposta e das situações de incumprimento de prazo. O prazo de implementação mantém-se até 2026. O risco residual foi classificado como moderado.			
R10: Ausência de planeamento e monitorização das atividades: inexistência, insuficiência ou falta de monitorização dos planos de atividades das UO.	M10.1: Elaborar anualmente um plano de atividades da UO, com objetivos, atividades, indicadores e prazos, em alinhamento com o Plano Anual de Atividades da DE-SNS, I.P.		A avaliação agregada das medidas associadas ao R10 evidencia uma execução em fase de consolidação, com 1 das 3 medidas classificada como implementada e 2 em implementação, não se identificando medidas em consolidação.	Baixa	Baixo	Baixo
	M10.2: Monitorizar o plano de atividades da UO, com relatórios de execução, que permitam acompanhar o progresso das atividades e implementar, se necessário, medidas de ajustamento.		A medida implementada respeita à elaboração anual do plano de atividades da UO, em alinhamento com o ciclo de gestão da DE-SNS, I.P.			
	M10.3: Elaborar e submeter à aprovação do DE-SNS, I.P. o plano e o relatório anual de atividades da UO.		As medidas em implementação devem ser lidas no contexto da consolidação da efetiva operacionalização dos instrumentos de planeamento e monitorização, designadamente quanto ao acompanhamento periódico da execução dos planos de atividades e à elaboração e			

Riscos	Medidas	Avaliação agregada do estado de execução e eficácia das medidas		Avaliação do Risco Residual		
		Estado	Observações	PO	IP	NR
			submissão atempada dos respetivos relatórios. Prazo de implementação até 2027. O risco residual foi classificado como baixo.			

Legenda da avaliação agregada da medida:

- - Medida implementada – Quando 60% ou mais das respostas indicam a medida como implementada; E 50% ou mais consideram a medida implementada e eficaz; E 30% ou menos indicam a medida como não implementada;
- - Em implementação - Quando a taxa de implementação se situa entre $\geq 30\%$ e $< 60\%$, OU a consolidação efetiva se situa entre $\geq 30\%$ e $< 50\%$, OU as respostas que indicam a medida como não implementada se situam entre $> 30\%$ e $\leq 40\%$.
- - em consolidação – Quando menos de 30% de respostas indicam a medida como implementada, OU menos de 30% correspondem a medida implementada e eficaz, OU mais de 40% indicam medida como não implementada.

ANEXO II

Quadro 2 – Avaliação do estado de execução das medidas e risco residual dos riscos específicos identificados na Matriz de Riscos do SAI

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.	R1.1: Identificação incompleta ou inexistente de áreas críticas: Risco de não serem identificadas as áreas mais relevantes ou vulneráveis ao risco, não contribuindo, por esta via, para uma maior eficácia do sistema de controlo interno.	M1.1.1: Estabelecer um procedimento formal de revisão das áreas críticas, envolvendo o diretor executivo, o conselho de gestão e o SAI, e, se aplicável, outras UO.	●	A medida considera-se implementada e eficaz. A elaboração do PAA do SAI para 2026 assentou em metodologia estruturada, participada e orientada pelo risco, envolvendo reuniões com o Diretor Executivo, os vogais do Conselho de Gestão, Fiscal Único e dirigentes de UO relevantes, bem como contributos internos do SAI. Os elementos recolhidos permitiram identificar áreas críticas e suportar a seleção das intervenções prioritárias para o SCI.	Baixa	Baixo	Baixo
		M1.1.2: Promover reuniões regulares com dirigentes das UO para recolher informações sobre áreas críticas.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas diversas interações com dirigentes e responsáveis de UO, designadamente por via telefónica, Teams e reuniões presenciais, envolvendo, entre outros, o SGI, DCL, DGTD, DFID e UGA, permitindo recolher informação relevante sobre áreas críticas. Em ciclos futuros, encontra-se prevista uma maior formalização destas interações.			
		M1.1.3: Integrar fontes internas e externas na identificação das áreas críticas, nomeadamente, relatórios de atividades, relatórios de inspeção, denúncias e reclamações.	●	Medida implementada e eficaz. O SAI rececionou e analisou relatórios e pedidos de entidades fiscalizadoras e de controlo, designadamente IGAS, IGF, Tribunal de Contas e ERS. O respetivo conteúdo foi ponderado na identificação de áreas críticas e na definição das atividades a integrar no PAA do SAI para 2026.			
		M1.1.4: Garantir que a classificação dos riscos prevista no PPR está devidamente atualizada.	●	Medida implementada e eficaz. O RAA de 2025 procedeu à revisão da classificação dos riscos elevados e o presente documento complementa essa análise mediante avaliação do risco residual dos riscos classificados como baixos ou			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
				moderados. Em 2026, encontra-se prevista uma atualização do PPR, atendendo à previsível alteração orgânica da DE-SNS, I.P. e à necessidade de acomodar alterações legislativas relevantes, designadamente em matéria da representação legítima de interesses.			
		M1.1.5: Realizar reuniões periódicas com o revisor oficial de contas, com vista à partilha de informação relevante e à obtenção de contributos sobre a avaliação por si efetuada no âmbito das suas competências legais, promovendo a articulação e complementaridade entre a auditoria externa e interna.	●	Medida implementada e eficaz. Foi realizada reunião formal com o ROC, tendo o SAI remetido a informação solicitada e mantido contactos telefónicos adicionais para discussão de matérias relevantes da DE-SNS, I.P., promovendo a articulação entre auditoria externa e interna. Em ciclos futuros, deverá ser definida uma periodicidade mínima para estas interações.			
		M1.1.6: Promover a formação contínua dos profissionais do SAI, bem como dos dirigentes e trabalhadores de outras UO em avaliação de risco.	●	Medida implementada e eficaz. Foram promovidas ações de capacitação da equipa do SAI, incluindo sessões internas sobre metodologia de elaboração de notas em processos de análise e informação, arquivo e auditoria. O SAI participou em cinco sessões de apresentação e cumprimento normativo nos polos da DE-SNS, I.P., e promoveu ações de formação em avaliação e gestão do risco e RGPC, abrangendo 93 dirigentes e trabalhadores, reforçando a harmonização metodológica, a cultura de integridade e a gestão do risco.			
	R1.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos	M1.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO.	●	Medidas em execução com prazo de implementação até 2027. Na sequência do RAI 2025, foram identificadas ações tendentes à	Média	Médio	Moderado

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
	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.	M1.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.	●	avaliação do grau de partilha e conhecimento dos manuais de procedimentos nas UO. Atendendo ao atual contexto de consolidação organizacional, a medida mantém-se em execução, estando prevista a ponderação da sua reformulação ou densificação no próximo ciclo de revisão do PPR			
	R1.3: Incumprimento do PPR: Não identificação de riscos, ou não implementação das medidas preventivas e corretivas aí vertidas.	M1.3.1: Promover a revisão ordinária do PPR.	●	Medida em execução com prazo de implementação até 2029. A revisão ordinária do PPR ocorrerá três anos após a revisão extraordinária prevista para 2026.	Baixa	Baixo	Baixo
		M1.3.2: Contemplar no PAA, auditorias internas à implementação do PPR.	●	Medida em execução com prazo de implementação até 2029. As auditorias internas à implementação do PPR encontram-se perspectivadas para momento anterior à revisão ordinária, de modo a produzir evidência útil para esse processo de revisão.			
A2: Identificar e promover as melhores práticas no âmbito da prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação da DE-SNS, I.P.	R2.1: Ausência de sistematização e atualização das práticas recomendadas: Risco de não identificação, compilação, revisão periódica das boas práticas, dificultando a sua aplicação e integração nos procedimentos internos.	M2.1.1: Elaborar e divulgar internamente fichas de informação relacionadas com a prevenção e mitigação de riscos financeiros e de governação.	●	Medida não implementada. Prazo de implementação até 2027.	Média	Médio	Moderado
		M2.1.2: Promover formação regular para toda a equipa sobre as melhores práticas e a importância da atualização contínua, garantindo que todos estejam alinhados com as novas diretrizes.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas ações internas de capacitação da equipa do SAI sobre metodologia, arquivo e auditoria, contribuindo para a harmonização de procedimentos, atualização técnica e consolidação das práticas internas do Serviço.			
	R2.2: Inexistência de normas ou procedimentos internos	M2.2.1: Promover a elaboração e atualização de manuais de procedimentos nas diferentes UO.	●	Medidas em execução com prazo de implementação até 2027.	Média	Médio	Moderado

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
	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.	M2.2.2: Garantir que os manuais de procedimentos das diferentes UO são internamente partilhados.		Na sequência do RAI 2025, foram identificadas ações tendentes à avaliação do grau de partilha e conhecimento dos manuais de procedimentos nas UO. Atendendo ao atual contexto de consolidação organizacional, as medidas mantêm-se em execução, estando prevista a ponderação da sua reformulação ou densificação no próximo ciclo de revisão do PPR.			
A3: Desenvolver a auditoria interna na DE-SNS, I.P., incidindo sobre a eficiência e eficácia das operações e processos, a confiança e integridade da informação financeira e operacional e a conformidade com a legislação, regulamentos, normas e procedimentos e contratos, em particular, nas áreas de maior risco.	R3.1: Seleção discricionária de UO ou áreas objeto de auditoria: Risco de seleção das unidades ou áreas a auditar sem critérios objetivos e documentados, comprometendo a imparcialidade e a transparência.	M3.1.1: Selecionar as UO ou áreas objeto de auditoria, através da definição de critérios objetivos com a envolvência dos profissionais do SAI.	●	Medida implementada e eficaz. A elaboração do PAA do SAI para 2026 assentou em metodologia estruturada, participada e orientada pelo risco, envolvendo reuniões com Diretor Executivo, os vogais do Conselho de Gestão, Fiscal Único e dirigentes de UO relevantes, bem como contributos internos do SAI. Os elementos recolhidos permitiram identificar áreas críticas e suportar a seleção das intervenções prioritárias, para efeitos de reforço SCI.	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.1.2: Definir no PAA do SAI as áreas e UO que serão objeto de auditoria.	●	Medida implementada e eficaz. O PAA do SAI 2024 2025, contemplou as áreas e UO objeto de auditoria.			
	R3.2: Não identificação de áreas críticas: Risco de exclusão, do PAA do SAI, de processos ou áreas com maior exposição ao risco, comprometendo a utilidade e o valor acrescentado da auditoria interna.	M3.2.1: Atualizar a classificação dos riscos prevista no PPR.	●	Medida em execução com prazo de implementação até 2026. O RAA de 2025 procedeu à revisão da classificação dos riscos elevados e o presente documento complementa essa análise mediante avaliação do risco residual dos riscos classificados como baixos ou moderados. Em 2026, encontra-se prevista a atualização do PPR, atendendo à previsível alteração orgânica da DE-SNS, I.P. e à necessidade de acomodar alterações legislativas relevantes, designadamente em matéria de representação legítima de interesses.	Baixa	Baixo	Baixo

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
		M3.2.2: Promover reuniões regulares com dirigentes das UO para recolher informações sobre áreas críticas.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas diversas interações com dirigentes e responsáveis de UO, designadamente por via telefónica, Teams e reuniões presenciais, envolvendo, entre outros, o SGI, DCL, DGTD, DFIID e UGA, permitindo recolher informação relevante sobre áreas críticas. Em ciclos futuros, encontra-se prevista maior formalização destas interações.			
		M3.2.3: Integrar fontes internas e externas na identificação das áreas críticas, nomeadamente, relatórios de atividades, relatórios de inspeção, denúncias e reclamações.	●	Medida implementada e eficaz. O SAI rececionou e analisou relatórios e pedidos de entidades fiscalizadoras e de controlo, designadamente IGAS, IGF, Tribunal de Contas e ERS. O respetivo conteúdo foi ponderado na identificação de áreas críticas e na definição das atividades a integrar no PAA do SAI para 2026.			
		M3.2.4: Realizar reuniões periódicas com o revisor oficial de contas, com vista à partilha de informação relevante e à obtenção de contributos sobre a avaliação por si efetuada no âmbito das suas competências legais, promovendo a articulação e complementaridade entre a auditoria externa e interna.	●	Medida implementada e eficaz. Foi realizada reunião formal com o ROC, tendo o SAI remetido a informação solicitada e mantido contactos telefónicos adicionais para discussão de matérias relevantes da DE-SNS, I.P., promovendo a articulação entre auditoria externa e interna. Em ciclos futuros, encontra-se prevista a definição de uma periodicidade mínima para estas interações.			
	R3.3: Inadequação na constituição e gestão das equipas de auditoria interna: Risco de falhas na formalização, rotatividade, dimensão ou composição das equipas de auditoria interna, que podem comprometer a qualidade, a	M3.3.1: Proceder à designação formal das equipas de auditoria interna, identificando expressamente os seus membros e o respetivo responsável, assegurando a definição clara de funções e responsabilidades.	●	Medidas implementadas e eficazes. O planeamento dos trabalhos de auditoria interna identifica a equipa auditora, bem como o responsável pela respetiva coordenação, assegurando a definição de funções e responsabilidades. No período em análise, foi formalmente desenvolvida uma auditoria, pelo que a rotatividade deverá ser aferida em ciclos futuros, em função do número de auditorias realizadas e da disponibilidade de recursos	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.3.2: Assegurar a necessária rotatividade dos profissionais do	●				

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
	objetividade e a eficácia dos trabalhos desenvolvidos.	SAI, mediante a disponibilidade de recursos humanos.		humanos. Na auditoria executada, atendendo à sua complexidade, foi constituída equipa com três trabalhadores do SAI, com formações académicas distintas, reforçando a multidisciplinaridade e a adequação dos recursos afetos.			
		M3.3.3: Adequar o número de profissionais afetos a cada planeamento de auditoria, mediante a disponibilidade de recursos humanos.	●				
		M3.3.4: Constituir equipas multidisciplinares, mediante a disponibilidade de recursos humanos.	●				
		M3.3.5: Fomentar a cooperação, partilha de informação e espírito de equipa, através de reuniões de equipa e ações de formação.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas reuniões de equipa, alargadas e com a equipa auditora, bem como ações internas de capacitação sobre metodologia, arquivo e auditoria, reforçando a partilha de informação, a cooperação interna e a harmonização de procedimentos.			
	R3.4: Incumprimento do Plano de Auditoria Interna: Risco de não execução total ou parcial das atividades previstas no Plano Anual de Auditoria Interna, devido a fatores como insuficiência de recursos humanos, falhas de planeamento, imprevistos operacionais ou alterações de prioridades institucionais.	M3.4.1: Monitorizar periodicamente o grau de execução do Plano Anual de Auditoria Interna, identificando e analisando eventuais desvios e adotando medidas corretivas que permitam assegurar, sempre que possível, o cumprimento integral das atividades previstas.	●	Medida implementada e eficaz. A execução do PAA do SAI foi monitorizada nos termos previstos no plano aprovado, através de comunicações remetidas ao Diretor Executivo, permitindo acompanhar a execução das atividades.	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.4.2: Articular com o diretor executivo a definição e priorização das atividades a integrar no PAA do SAI, considerando os recursos humanos disponíveis no SAI, bem como assegurando a sua exequibilidade e alinhamento com	●	Medida implementada e eficaz. A elaboração do PAA do SAI para 2026 assentou em metodologia estruturada, participada e orientada pelo risco, envolvendo reuniões com Diretor Executivo, os vogais do Conselho de Gestão, Fiscal Único e dirigentes de UO relevantes, bem como contributos internos do SAI. Os elementos			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
		os objetivos estratégicos da instituição.		recolhidos permitiram identificar áreas críticas e suportar a seleção das intervenções prioritárias, para efeitos de reforço do SCl.			
		M3.4.3: Garantir que os processos de auditoria interna não previstos no PAA do SAI não ultrapassem o número de processos planeados, conforme Carta de Auditoria Interna.	●	Medida implementada e eficaz. No período em análise apenas foram realizadas as auditorias previstas no PAA do SAI, sem registo de auditorias extraplano, pelo que foi respeitado o limite previsto na Carta de Auditoria Interna.			
	R3.5: Ausência de imparcialidade e isenção dos profissionais: Risco de comprometimento da objetividade e independência dos profissionais do SAI, designadamente através da não recolha de evidências, incluindo a omissão de diligências necessárias que fundamentem as avaliações e análises efetuadas, comprometendo o resultado das mesmas e adoção de critérios subjetivos.	M3.5.1: Elaborar e divulgar a Carta de Auditoria Interna.	●	Medida implementada e eficaz. A Carta de Auditoria foi elaborada e divulgada na DE-SNS, I.P.	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.5.2: Planear as auditorias internas de modo metódico, exaustivo e rigoroso, estabelecendo um claro objeto e âmbito, bem como identificando as situações com maior materialidade, relevância ou risco.	●	Medida implementada e eficaz. As auditorias previstas foram objeto de planeamento estruturado, com elaboração de guião de auditoria e documentos de trabalho, aprovados pelo Diretor do SAI, assegurando a definição clara do objeto, âmbito, metodologia e matérias de maior risco.			
		M3.5.3: Promover formação contínua dos profissionais do SAI.	●	Medidas implementadas e eficazes. Foram realizadas reuniões de equipa, alargadas e com a equipa auditora, bem como ações internas de capacitação sobre metodologia, arquivo e auditoria, reforçando a partilha de informação, a cooperação interna e a harmonização de procedimentos.			
		M3.5.4: Monitorizar e acompanhar a realização dos trabalhos, bem como dos resultados obtidos com as diligências efetuadas.	●				
		M3.5.5: Fomentar reuniões de discussão e análise crítica das evidências recolhidas, conclusões e recomendações de cada auditoria.	●	Em execução com prazo de implementação em 2026. A aplicação da medida encontra-se associada ao momento de conclusão dos trabalhos de auditoria interna. Atendendo a que a auditoria iniciada em 2025 transitou para 2026, a discussão crítica das evidências, conclusões e			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
				recomendações será realizada aquando da respetiva conclusão.			
	R3.6: Desconhecimento técnico da área específica a auditar: Risco de insuficiente conhecimento técnico, por parte dos profissionais do SAI relativamente à área ou matéria objeto de auditoria, o que pode comprometer a recolha de evidências, análise e a formulação adequada de conclusões e recomendações.	M3.6.1: Promover a partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica, através da realização de reuniões alargadas a toda a equipa do SAI.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas reuniões de equipa, alargadas e com a equipa auditora, bem como ações internas de capacitação sobre metodologia, arquivo e auditoria, reforçando a partilha de informação, a cooperação interna e a harmonização de procedimentos.	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.6.2: Promover formação contínua dos profissionais do SAI.	●	Medida implementada e eficaz. Foram realizadas ações internas de capacitação da equipa do SAI sobre metodologia, arquivo e auditoria, promovendo a atualização técnica e a consolidação das práticas internas do Serviço.			
		M3.6.3: Constituir equipas multidisciplinares, mediante a disponibilidade de recursos humanos.	●	Medida implementada e eficaz. A auditoria formalmente desenvolvida no período em análise, atendendo à sua complexidade, contou com uma equipa constituída por três trabalhadores do SAI, com formações académicas distintas, reforçando a multidisciplinaridade e a adequação dos recursos afetos.			
		M3.6.4: Fomentar reuniões de discussão e análise crítica das evidências recolhidas, conclusões e recomendações de cada auditoria.	●	Em execução com prazo de implementação em 2026. A aplicação da medida encontra-se associada ao momento de conclusão dos trabalhos de auditoria interna. Atendendo a que a auditoria iniciada em 2025 transitou para 2026, a discussão crítica das evidências, conclusões e recomendações será realizada aquando da respetiva conclusão.			
	R3.7: Falta de uniformização na aplicação de regulamentos, normas, métodos e técnicas de	M3.7.1: Elaborar e divulgar os documentos internos de metodologias, designadamente o de Auditoria Interna e o de Arquivo.	●	Medida implementada e eficaz. As metodologias internas foram divulgadas por toda a equipa, bem como foram realizadas ações internas de capacitação sobre a sua aplicação, reforçando a harmonização de procedimentos, a atualização	Baixa	Baixo	Baixo

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
	auditoria: Risco de execução arbitrária de auditorias internas.			técnica e a consolidação das práticas internas do SAI.			
	R3.8: Condicionamento da auditoria interna: Risco de constrangimentos, resistências ou interferências por parte das unidades auditadas ou de outras estruturas da organização, que limitem a autonomia, a abrangência ou a profundidade dos trabalhos de auditoria interna.	M3.8.1: Elaborar e divulgar a Carta de Auditoria Interna, designadamente no que concerne aos deveres de colaboração e de informação a que se encontram vinculados os trabalhadores e dirigentes, bem como ao livre acesso, dos elementos do SAI, a pessoas, documentos, registos, informações, sistemas, instalações (incluindo lugares reservados) e equipamentos.		Medida implementada e eficaz. A Carta de Auditoria foi elaborada e divulgada na DE-SNS, I.P.	Baixa	Baixo	Baixo
		M3.8.2: Reportar ao diretor executivo quaisquer factos ou circunstâncias que possam comprometer ou condicionar a independência, a objetividade, a imparcialidade do SAI e dos seus profissionais.		Medida implementada e eficaz. Existe procedimento formal de reporte ao Diretor Executivo de situações suscetíveis de afetar a independência, a objetividade ou a imparcialidade do SAI. No período em análise, não foram identificadas ocorrências que determinassem o acionamento deste procedimento..			
		M3.8.3: Realizar, entre outras, atividades de sensibilização, formação ou fichas de informação acerca das competências e modo de atuação do SAI.		Medida não implementada. Prazo de implementação até 2027.			
		M3.8.4: Realizar reuniões de abertura e fecho da auditoria interna, comunicando de forma objetiva, completa e construtiva, o objeto, objetivos e âmbito das ações de auditoria, bem como as principais constatações.		Medida em execução. A auditoria iniciada em 2025 contou com reunião de abertura, tendo sido comunicados o objeto, os objetivos e o âmbito dos trabalhos. A metodologia de auditoria do SAI prevê igualmente, salvo exceções, a realização de reunião de fecho, a efetuar no momento próprio, em função da conclusão dos trabalhos.			

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.	●	Medidas implementadas e eficazes. Observou-se, neste âmbito, a elaboração de um procedimento que define as etapas do processo de resposta e os responsáveis envolvidos, prevendo que, em cada pedido, seja, em regra, designado um vogal do Conselho de Gestão responsável pela validação da informação, podendo ser indicados elementos de outras UO sempre que tal se revele necessário à completude da resposta.	Média	Médio	Moderado
		M4.1.2: Criar uma <i>checklist</i> de verificação da completude e conformidade da informação a prestar, adequada ao tipo de entidade e à natureza do pedido.	●	Encontra-se igualmente elaborada uma lista de verificação da completude e conformidade da informação, orientada para assegurar a aprovação final e o respetivo arquivo.			
		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 documentos de suporte e validação interna realizada.	●	Medida implementada e eficaz: Para efeitos de rastreabilidade e organização documental, o SAI 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 da validação interna realizada.			
	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.	●	Medidas implementadas e eficazes: 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.	Baixa	Médio	Baixo
		M4.2.2: Designar, para cada pedido, responsáveis internos,	●	Foram definidos prazos de entrega da informação por área, de modo a garantir o cumprimento integral dos prazos globais e a apresentação de			

Atividades	Riscos	Medidas	Avaliação do estado de execução das medidas		Avaliação do Risco Residual		
			Estado	Observações	PO	IP	NR
		garantindo a articulação entre as diferentes áreas envolvidas.		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.			
		M4.2.3: Criar um sistema de alerta para o controlo dos prazos.	●	Medidas implementadas e eficazes. 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, ao cálculo da demora média e à identificação do responsável por processo.			
		M4.2.4: Monitorizar a demora média de resposta às solicitações externas, bem como os casos de incumprimento do prazo.	●				
		M4.2.5: Definir responsabilidades de controlo de prazos.	●				

Legenda do Estado de Execução:

- - Medida implementada – medida cuja execução foi finalizada ou, tratando-se de execução contínua, as ações desenvolvidas são consideradas suficientes;
- - Em implementação - medida cuja execução foi iniciada, mas não se encontra totalmente concluída;
- - Não implementada – medida para a qual não foram desencadeadas ações concretas.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DIREÇÃO
EXECUTIVA
SNS