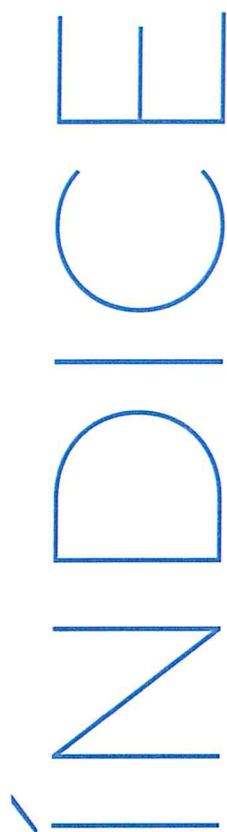


Relatório Anual de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2025

Sumário



01.

Ficha Técnica, 3

02.

Sumário Executivo, 4

03.

Enquadramento legal e institucional, 5

04.

Governança e responsabilidades, 8

05.

Âmbito, período e metodologia, 14

06.

Síntese do PPRCIC-HDES monitorizado, 18

07.

Avaliação anual da execução das medidas, 23

08.

Ações corretivas e plano de fecho, 30

09.

Avaliação global da eficácia do PPRCIC, 37

10.

Conclusões e prioridades até ao próximo ano, 42

Título:

Relatório Anual de Avaliação do Plano de
Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações
Conexas (2025)

Autoria:

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta
Delgada, EPER

Contactos:

Av. D. Manuel I, Grotinha, Arrifes
9500-370 P. Delgada

Tel: (+351) 296 203 000

Correio Eletrónico:

HDES_CAdministracao@azores.gov.pt

www.hdes.pt

Data de publicação:

junho de 2026

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório anual conclui que o Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, dispõe de um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas formalmente estruturado e metodologicamente adequado, com matriz de risco, responsáveis identificados, medidas definidas e mecanismos de monitorização instituídos. Existe, por isso, uma base institucional consistente para a prevenção, deteção e mitigação dos riscos mais relevantes.

Contudo, a avaliação do exercício de 2025 demonstra que a principal fragilidade do sistema não está no desenho do plano, mas na execução efetiva das medidas previstas. Em várias áreas críticas, subsistem medidas não iniciadas, pendentes ou em atraso, o que ainda afasta uma redução suficientemente demonstrada da exposição ao risco. As fragilidades mais relevantes concentram-se nas áreas de Tecnologias de Informação, controlo interno financeiro, assiduidade, governação das aquisições e ativos de SI, armazém/arquivo e controlo de acessos à informação clínica.

Na área tecnológica, mantêm-se insuficiências relevantes ao nível da rastreabilidade de equipamentos, da governação das aquisições, da documentação técnica, da continuidade e segurança dos sistemas e da resposta operacional. Na área financeira, continuam prioritários os controlos relativos a pagamentos sem suporte bastante, 3-Way Match, regularidade documental, verificação de fornecedores, classificação da despesa e numeração de pagamentos. Na assiduidade, permanece por consolidar o gate mensal de validação com assinatura digital. Na área clínica, carece ainda de reforço o controlo de acessos à informação sensível.

Em termos globais, a eficácia do PPR deve ser qualificada como parcial: o sistema existe, está desenhado e é funcional em termos metodológicos, mas ainda não atingiu o nível de execução, evidência e estabilidade necessário para garantir mitigação consistente dos riscos críticos. Esta conclusão não invalida o trabalho já desenvolvido; antes confirma que o próximo ciclo deve ser orientado para fecho efetivo, responsabilização e consolidação dos controlos.

As prioridades do próximo ciclo devem concentrar-se no reforço da governação de SI, na transparência das aquisições tecnológicas, no bloqueio de pagamentos sem suporte, na implementação do gate mensal da assiduidade, no reforço do controlo de acessos à informação clínica e na regularização do armazém/arquivo. A concretização destas medidas, com acompanhamento periódico, indicadores objetivos e evidência auditável, será determinante para reforçar a integridade institucional e a robustez do sistema de controlo interno.

O HDES dispõe de plano e arquitetura de controlo formalmente adequados, mas a eficácia do sistema permanece dependente da execução material das medidas, da produção de evidência auditável e da disciplina de governação nas áreas críticas.

03. ENQUADRAMENTO LEGAL E INSTITUCIONAL

3.1. Enquadramento legal

O presente Relatório Anual de Avaliação da Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, é elaborado no quadro do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, na redação vigente, e observa igualmente as orientações metodológicas do Mecanismo Nacional Anticorrupção, designadamente as constantes do Guia n.º 1/2023, bem como o enquadramento reforçado decorrente do Decreto-Lei n.º 70/2025, de 29 de abril.

O PPRCIC-HDES 2025-2028 foi construído com base nessa arquitetura normativa, assumindo expressamente uma abordagem metodológica estruturada e participativa, fundamentada em princípios de proporcionalidade, especificidade institucional, transparência e melhoria contínua. O plano parte da identificação e caracterização dos processos operacionais e das áreas funcionais com maior exposição a riscos, da avaliação da probabilidade e do impacto, da definição de medidas preventivas e corretivas como da respetiva monitorização e atualização periódicas.

Acresce que o regime aplicável não se limita à dimensão estrita da corrupção em sentido penal, abrangendo também infrações conexas, conflitos de interesses, violação de deveres funcionais, fragilidades de controlo interno e situações suscetíveis de comprometer a integridade, a imparcialidade, a legalidade e a boa administração. Neste contexto, a prevenção da corrupção no HDES deve ser entendida como componente integrante da governação, da gestão do risco, do controlo interno, da rastreabilidade das decisões e da responsabilização institucional.

3.2. Enquadramento institucional

O Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER é uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, inserida no setor público empresarial da Região Autónoma dos Açores e organizada como entidade pública empresarial regional. Trata-se de uma unidade de saúde com elevada diferenciação clínica, cuja missão consiste em assegurar cuidados diferenciados de saúde à população das ilhas de

3.2.

São Miguel e Santa Maria e, nas especialidades regionais, a toda a Região, promovendo simultaneamente eficácia, eficiência, qualidade, sustentabilidade e articulação com os demais níveis de cuidados.

A estrutura orgânica do HDES e a natureza das suas funções colocam a instituição perante riscos diversificados e de elevada sensibilidade, abrangendo a gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, a contratação pública, os sistemas de informação, o património, os circuitos clínicos, a proteção de dados, a segurança das instalações e a relação com terceiros, incluindo fornecedores, prestadores, utentes e entidades públicas. Foi precisamente neste quadro que o PPRCIC-HDES definiu a sua matriz de risco e o respetivo plano de ação, prevendo mecanismos de monitorização, avaliação e atualização contínua.

3.3.

Enquadramento funcional da monitorização

A monitorização do PPRCIC assenta numa cadeia de responsabilidades institucionalmente definida. Ao Conselho de Administração compete aprovar o plano, garantir a sua divulgação institucional, determinar a sua aplicação obrigatória, validar propostas de correção e atualização e aprovar o relatório anual de execução. Ao Responsável pelo Cumprimento Normativo cabe coordenar a implementação do plano, articular-se com os serviços e com o Conselho de Administração, promover a revisão da arquitetura de risco e receber comunicações relevantes. Ao Serviço de Auditoria Interna e Compliance compete acompanhar a execução das medidas, realizar auditorias internas, analisar dados de monitorização, elaborar relatórios de progresso e de avaliação e formular propostas de revisão. Os responsáveis de serviço e de área mantêm, por seu turno, responsabilidade direta pela execução do plano na respetiva unidade funcional.

Neste quadro, o presente relatório anual não constitui apenas uma peça de prestação de contas, mas também um instrumento de verificação material da robustez do sistema de prevenção implementado no HDES, permitindo apurar o grau de execução das medidas previstas, identificar desvios, fragilidades e riscos remanescentes e sustentar o plano de fecho e as prioridades do ciclo seguinte.

3.4.

Articulação entre PPRCIC, relatório intercalar e relatório anual

O presente relatório anual deve ser lido em articulação com o PPRCIC-HDES 2025-2028 e com o Relatório de Avaliação Intercalar de outubro de 2025. O PPRCIC fornece a matriz metodológica, os critérios de identificação e de avaliação de risco, o plano de ação, os responsáveis e os mecanismos de monitorização. O relatório intercalar, por seu turno, consolidou a avaliação intermédia da execução do plano, organizando a informação em torno do mapa sintético de riscos, do estado detalhado das medidas, das ocorrências materiais, das ações corretivas e das prioridades até abril de 2026. O relatório anual retoma essa base, atualiza-a e formula uma apreciação global sobre a eficácia do sistema de prevenção no exercício de 2025.

24

riscos significativos e críticos foram monitorizados no período, concentrando-se sobretudo nas áreas de Informática e Financeiros. O principal défice apurado incide na execução, e não no desenho das medidas.

04. GOVERNAÇÃO E RESPONSABILIDADES

4.1. Enquadramento

A execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, assenta num modelo de governação que visa assegurar a distribuição clara de responsabilidades, a articulação entre os diferentes níveis hierárquicos, a monitorização efetiva das medidas e a responsabilização dos intervenientes com funções de direção, coordenação, controlo e execução. O PPRCIC-HDES define expressamente uma estrutura de acompanhamento e implementação do plano, atribuindo funções específicas ao Conselho de Administração, ao Responsável pelo Cumprimento Normativo, ao Serviço de Auditoria Interna e Compliance, aos responsáveis de serviço e de área, aos Serviços Jurídicos e aos demais colaboradores.

O relatório intercalar retomou essa arquitetura institucional, identificando os responsáveis relevantes e reafirmando que a monitorização do PPR depende da recolha de informação junto dos donos do risco e da validação por evidência e amostragem. O presente relatório anual mantém esse enquadramento, consolidando a leitura de que a eficácia do sistema de prevenção depende não apenas da existência formal de responsáveis, mas também da efetiva assunção das respetivas funções, da colaboração entre serviços e da produção de evidência suficiente e auditável.

4.2. Conselho de Administração

Ao Conselho de Administração compete assegurar a condução institucional do sistema de prevenção, cabendo-lhe aprovar o PPRCIC-HDES, garantir a sua divulgação institucional, determinar a sua aplicação obrigatória, validar propostas de correção e atualização e aprovar o relatório anual de execução. Enquanto órgão máximo de governação da instituição, incumbe-lhe, além disso, assegurar as condições organizacionais, funcionais e materiais necessárias à execução do plano, remover bloqueios institucionais à implementação das medidas e determinar a adoção de ações corretivas prioritárias sempre que o sistema de monitorização revele fragilidades materiais ou atrasos relevantes.

4.2.

No contexto do presente relatório anual, esta responsabilidade assume particular relevo, uma vez que várias medidas críticas dependem de deliberação expressa, priorização institucional, afetação de meios, imposição de deveres de colaboração ou validação de procedimentos transversais, designadamente em matérias de governação das aquisições, controlo financeiro, regularização de acessos, gestão de espaços, controlo patrimonial e condições de funcionamento do SAIC.

Por Resolução n.º 31-C/2026, de 6 de março foi nomeado o Presidente do Conselho de Administração e a Diretora Clínica do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER. Ponta Delgada, ilha de São Miguel, para o exercício de funções durante o remanescente do triénio 2024-2026.

4.3.

Responsável pelo Cumprimento Normativo

O Responsável pelo Cumprimento Normativo assegura a coordenação global da implementação do PPRCIC-HDES, promovendo a articulação entre os serviços e o Conselho de Administração, acompanhando a execução das medidas, recebendo comunicações de risco e, dentro da sua esfera de competência, desencadeando as medidas corretivas adequadas. Compete-lhe igualmente promover a revisão da arquitetura e dos critérios de gestão de risco, bem como acompanhar a coerência do sistema de prevenção com o quadro normativo aplicável e com a realidade operacional da instituição.

No plano funcional, o Responsável pelo Cumprimento Normativo constitui o ponto de articulação central entre o desenho do plano, a sua monitorização e a sua atualização, assegurando que a informação produzida pelos serviços é convertida em avaliação útil para a decisão institucional e para a melhoria do sistema de controlo interno.

4.4.

Serviço de Auditoria Interna e Compliance

O Serviço de Auditoria Interna e Compliance desempenha uma função central na operacionalização do PPR, competindo-lhe acompanhar a execução das medidas, realizar auditorias internas aos processos de controlo e prevenção, analisar os dados de monitorização, avaliar a eficácia das medidas implementadas, elaborar relatórios de progresso e de avaliação anual e formular propostas de revisão do plano para aprovação superior. Compete-lhe, ainda, assegurar a imparcialidade, a confidencialidade e a rastreabilidade dos processos de gestão do risco.

4.4.

A experiência do exercício de 2025 demonstra que o SAIC assumiu, de facto, um papel estruturante na construção metodológica do sistema, na codificação dos riscos, na elaboração do relatório intercalar, na identificação de ocorrências materiais e na definição de ações corretivas e de prioridades. Não obstante, o relatório intercalar reconheceu expressamente a existência de limitações institucionais relacionadas com as condições de trabalho do serviço, designadamente a ausência de acesso às bases de dados de informação não clínica previstas no despacho de criação, circunstância que pode afetar a exaustividade e a tempestividade de determinadas validações. Tal realidade deve ser considerada no presente capítulo, não para diminuir a responsabilidade funcional do serviço, mas para enquadrar rigorosamente os constrangimentos enfrentados no exercício das suas competências.

4.5.

Chefia da Divisão de Compliance e equipa técnica

A função de compliance no seio do SAIC, incluindo a Chefia da Divisão de Compliance e os demais elementos técnicos afetos à monitorização do plano, assume um papel determinante na recolha, tratamento, validação e sistematização da informação relevante para a execução do PPR. Cabe a esta estrutura apoiar tecnicamente o RCN, promover a coerência dos instrumentos de monitorização, articular com os serviços na obtenção de elementos e contribuir para a elaboração de relatórios, indicadores, grelhas de risco, planos de fecho e propostas corretivas.

No caso concreto do exercício em análise, esta função revelou-se particularmente relevante na consolidação do mapa sintético de riscos, no tratamento das fichas de risco, na integração do calendário de monitorização e na documentação de ocorrências materiais, designadamente em áreas críticas como a assiduidade, os sistemas de informação, o armazém/arquivo e o controlo interno financeiro. A existência de cartas de escusa de responsabilidades apresentadas pela Chefe da Divisão de Compliance e pela Diretora do SAIC/RCN, em razão das limitações já descritas, reforça a necessidade de reconhecer formalmente, neste capítulo, que a governação do plano depende também da garantia de condições efetivas de trabalho para quem tem a responsabilidade de o monitorizar.

4.6. Responsáveis de serviço e de área

Os responsáveis de serviço e de área constituem o primeiro nível de execução do PPR no terreno. Compete-lhes garantir a aplicação das medidas previstas na respetiva unidade funcional, identificar, registar e comunicar situações de risco relevante, monitorizar a eficácia dos controlos na sua área, propor melhorias ao plano com base na experiência operacional e colaborar nos exercícios de revisão e atualização. O PPR é explícito ao atribuir-lhes estas funções, o que significa que a eficácia do sistema depende diretamente da sua colaboração, da sua capacidade de reportar atempadamente e da sua adesão aos mecanismos de controlo e de evidência definidos.

O exercício de 2025 demonstrou, contudo, que este nível de governação não se revelou uniforme em todas as áreas. O relatório intercalar documenta, em alguns domínios, ausência de entrega de elementos, colaboração insuficiente, contestação sem base documental e atraso na concretização de medidas essenciais, com impacto direto na monitorização e na rastreabilidade do sistema. Esta constatação reforça que o papel dos responsáveis de serviço não é meramente formal, mas sim constitui condição de sucesso do PPR.

4.7. Serviços Jurídicos

Os Serviços Jurídicos assumem uma função de suporte normativo e de enquadramento legal do sistema de prevenção. Compete-lhes acompanhar alterações legislativas relevantes, apoiar a interpretação jurídica do plano e das medidas propostas, assessorar o tratamento de denúncias e processos relacionados com infrações, identificar funções e situações de risco acrescido do ponto de vista legal e emitir pareceres sobre o enquadramento normativo e as medidas preventivas.

No contexto da avaliação anual, esta função é particularmente importante para a consolidação da conformidade das medidas com o regime jurídico aplicável, para a apreciação da suficiência das respostas institucionais às ocorrências materiais e para a robustez do tratamento de situações que possam ter relevo disciplinar, procedimental, contratual ou penal.

4.8.

Colaboradores e cultura de integridade

O PPR atribui igualmente aos colaboradores um papel relevante no sistema de prevenção, competindo-lhes cumprir e aplicar as medidas do plano na sua atividade diária, comunicar situações de risco ou oportunidades de melhoria, apoiar os responsáveis de serviço na monitorização das medidas e contribuir para a melhoria contínua do plano. Esta dimensão é particularmente importante porque a eficácia do sistema de prevenção depende, em última instância, de uma cultura organizacional de integridade, cumprimento e reporte, e não apenas da existência de instrumentos formais ou de estruturas de controle.

O próprio PPR sublinha que a gestão do risco deve estar integrada na cultura da organização, com liderança ativa da direção, comunicação adequada e documentação suficiente, o que significa que o sistema de prevenção deve ser compreendido como uma responsabilidade institucional partilhada, ainda que com graus diferenciados de competência e decisão.

4.9.

Síntese da governação do sistema

Em síntese, a governação do PPRCIC-HDES assenta num modelo multinível, em que o Conselho de Administração assegura a orientação e a validação institucionais, o Responsável pelo Cumprimento Normativo coordena e articula, o Serviço de Auditoria Interna e Compliance monitoriza, avalia e propõe, os responsáveis de serviço executam e reportam, os Serviços Jurídicos suportam o enquadramento normativo e os colaboradores participam na aplicação e na deteção de riscos. Este modelo é, em abstrato, adequado e coerente com as exigências do plano e com o quadro de monitorização adotado.

Todavia, a avaliação do exercício demonstra que a robustez formal deste modelo só se traduz em eficácia real quando há colaboração funcional, disciplina de evidência, clareza de responsabilidades, capacidade de decisão e condições materiais para o exercício das competências atribuídas. Por isso, o presente capítulo deve ser lido em articulação com os capítulos seguintes, em especial os relativos à avaliação da execução das medidas, às ocorrências materiais e ao plano de fecho, pois é aí que se evidencia, em concreto, como a arquitetura de responsabilidades funcionou — ou deixou de funcionar — no ano em análise.

Quadro 1 - Mapa de Funções e Responsáveis do HDES na implementação do PPRCIC-HDES

Função	Nome	Serviço/Unidade	Principais responsabilidades	Contacto
Conselho de Administração	Paula Macedo Pedro Brázio Carlos Pinto Lopes José Barreto	CA	- Aprovar o PPCIC-HDES e garantir a sua divulgação institucional; - Determinar a sua aplicação obrigatória; - Validar propostas de correção e atualização apresentadas; - Aprovar o relatório anual de execução do PPCIC-HDES;	hdes_cadministracao@azores.gov.pt
Responsável pelo Cumprimento Normativo	Ana Simas	RCN	- Coordenar a implementação do PPCIC-HDES; - Assegurar a articulação com os serviços e com o Conselho de Administração; - Receber comunicações de risco e adotar medidas corretivas dentro da sua competência	ana.cs.simas@azores.gov.pt
Diretora	Ana Simas	Serviço de Auditoria Interna e Compliance	- Acompanhar a execução das medidas do PPCIC-HDES e elaborar relatórios de progresso e avaliação anual; - Realizar auditorias internas aos processos de controlo e prevenção; - Analisar dados de monitorização e avaliar a eficácia das medidas implementadas; - Formular propostas de revisão do PPCIC-HDES para aprovação superior; - Assegurar a imparcialidade, confidencialidade e rastreabilidade dos processos de gestão de risco;	ana.cs.simas@azores.gov.pt
Chefe de Divisão	Sara Coutinho			sara.a.coutinho@azores.gov.pt
Técnica Superior	Ana Rita Pacheco			Compliance.HDES@azores.gov.pt
Responsáveis de Serviço/Área	N/A	N/A	- Garantir a execução do PPCIC-HDES na sua unidade funcional; - Identificar, registar e comunicar situações de risco relevante ao RCN; - Monitorizar a eficácia das medidas de controlo na sua área; - Propor melhorias ao PPCIC-HDES com base na experiência operacional; - Colaborar nos exercícios de revisão e atualização do plano;	N/A
Diretora	Lina Tavares Raposo	Serviços Jurídicos	- Acompanhar e informar sobre alterações legislativas relevantes; - Apoiar a integração jurídica do plano e das medidas propostas; - Assessorar o tratamento de denúncias e processos relacionados com infrações; - Identificar funções e situações de risco acrescido do ponto de vista legal; - Emitir pareceres sobre enquadramento normativo e medidas preventivas;	HDES_servicosjuridicos@azores.gov.pt

05. ÂMBITO, PERÍODO E METODOLOGIA

5.1. Âmbito

O presente relatório anual incide sobre a execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, no período de referência correspondente ao exercício de 2025, avaliando o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas definidas no PPRCIC em vigor, a respetiva eficácia, os desvios verificados face ao planeado e a previsão da sua plena concretização.

O âmbito material do relatório abrange os riscos identificados nas fichas de avaliação validadas no contexto do PPRCIC-HDES, com especial incidência sobre os riscos classificados como significativos e críticos, por constituírem a maior exposição institucional em matéria operacional, financeira, legal, reputacional e de integridade. Sem prejuízo disso, a leitura do relatório anual deve ser efetuada no quadro mais amplo do PPRCIC, enquanto instrumento transversal a toda a organização, aplicável às áreas de administração, direção, suporte e operação, conforme definido no próprio plano.

No plano organizacional e funcional, o relatório cobre, designadamente, as áreas e processos em que se concentrou a monitorização ao longo do período: Compras e Contratação Pública, Recursos Humanos, Sistemas de Informação, Arquivo Clínico e Documentação, Logística e Armazém, Infraestruturas e Obras, Património e Segurança, Financeiros, Deslocações e Reembolsos, Ética e Integridade, Outsourcing e Contratos, bem como as áreas de interface entre os serviços clínicos e os serviços operacionais. Esta delimitação decorre tanto da matriz metodológica do PPR, que orienta a atenção aos processos com maior exposição a decisões discricionárias, à gestão de recursos financeiros e materiais e ao relacionamento com terceiros, quanto dos resultados já apurados no relatório intercalar.

O âmbito objetivo do relatório compreende, em concreto:

- a) a verificação do grau de execução das medidas previstas no plano;
- b) a apreciação da adequação e eficácia dessas medidas perante os riscos identificados;
- c) a identificação de incidentes, falhas de controlo, não conformidades e ocorrências materiais com relevância para o sistema de prevenção;

- d) a avaliação dos desvios face ao plano e das dependências que condicionaram a execução;
- e) a definição das ações corretivas e das prioridades de fecho ou de reforço até ao ciclo seguinte.

Ficam, por regra, fora do núcleo central de análise detalhada os riscos de nível baixo ou moderado, sem prejuízo de continuarem sujeitos a monitorização interna ordinária e de poderem ser retomados em sede de atualização do plano, caso se verifique agravamento do contexto, surgimento de nova evidência ou ocorrência de incidentes relevantes. Esta opção é coerente com a lógica de priorização já adotada no relatório intercalar e com a necessidade de centrar a avaliação anual nas áreas de maior materialidade e criticidade.

5.2. Período de referência

O presente relatório anual refere-se ao período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2025.

Sem prejuízo do caráter anual do presente documento, a sua elaboração aproveita e incorpora a informação já consolidada no relatório intercalar de outubro de 2025, complementando-a com os elementos de monitorização subsequentes e com a evolução observada até ao fecho do exercício. Sempre que relevante, poderão ser referidas diligências, ocorrências ou evidências posteriores à data de fecho intermédio que, por sua relevância material, contribuam para compreender a execução das medidas, a persistência dos riscos ou a necessidade de ação corretiva reforçada.

5.3. Critérios de inclusão e priorização

Foram considerados, para efeitos do presente relatório anual, os riscos que reúnem um ou mais dos seguintes critérios:

- a) constam das fichas de avaliação de risco recebidas, validadas e integradas no PPRCIC-HDES;
- b) estão classificados, de acordo com a metodologia do plano, como significativos ou críticos;
- c) dizem respeito a processos com impacto material na legalidade, regularidade, continuidade operacional, gestão financeira, proteção da informação, segurança ou integridade institucional;

- d) apresentam medidas preventivas ou corretivas com prazos de implementação, indicadores de execução ou evidência de monitorização;
- e) Registaram incidentes, falhas, não conformidades ou desvios relevantes no período em análise.

A priorização foi orientada por critérios de materialidade, impacto potencial, exposição regulatória e relevância para a governação do sistema de controlo interno, em conformidade com a abordagem metodológica do PPR, assente na avaliação da probabilidade de ocorrência e do impacto potencial dos riscos, bem como na identificação de áreas sensíveis e de processos críticos.

5.4. Metodologia de monitorização e avaliação

O presente relatório anual refere-se ao período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2025.

Sem prejuízo do caráter anual do presente documento, a sua elaboração aproveita e incorpora a informação já consolidada no relatório intercalar de outubro de 2025, complementando-a com os elementos de monitorização subsequentes e com a evolução observada até ao fecho do exercício. Sempre que relevante, poderão ser referidas diligências, ocorrências ou evidências posteriores à data de fecho intermédio que, por sua relevância material, contribuam para compreender a execução das medidas, a persistência dos riscos ou a necessidade de ação corretiva reforçada.

5.5. Exclusões e limitações relevantes para o âmbito

Na definição do âmbito e na execução da monitorização anual foram observadas as seguintes limitações:

- a) não reprodução de dados pessoais ou sensíveis, sendo as ocorrências tratadas de forma anonimizada e agregada;
- b) existência de elementos dependentes de terceiros ainda pendentes ou não totalmente disponíveis;
- c) indisponibilidade ou incompletude de determinados registos em alguns processos ou períodos;
- d) necessidade de recurso à amostragem dirigida, com leitura dos resultados à luz dos critérios de materialidade adotados;

- e) condicionamentos institucionais decorrentes da não plena concretização das condições de trabalho previstas para o Serviço de Auditoria Interna e Compliance, designadamente no que respeita ao acesso a bases de dados de informação não clínica, circunstância já formalmente assinalada por meio de cartas de escusa de responsabilidade e suscetível de afetar a exaustividade e a tempestividade de parte das validações;
- f) indicação do CA, em novembro de 2025, de suspender ou condicionar fortemente a atividade do SAIC, deixando-o sem enquadramento funcional claro.

5.6.

Articulação com o PPRCIC e com o relatório intercalar

O presente relatório anual deve ser lido em articulação com o PPRCIC-HDES 2025-2028 e com o relatório intercalar de outubro de 2025. O PPR fornece o enquadramento metodológico, a matriz de riscos, o plano de ação, os responsáveis e os indicadores de monitorização; o relatório intercalar constitui a principal base para a consolidação intermédia do exercício, permitindo identificar tendências, atrasos, dependências, ocorrências materiais e prioridades de fecho. O relatório anual retoma essa base, atualiza-a até ao final do exercício e formula uma apreciação final sobre o grau de execução do plano e a eficácia das medidas implementadas.

Quando se considera um risco fechado?

Um risco só deve considerar-se encerrado quando a medida esteja implementada, o KPI esteja no alvo durante pelo menos um ciclo de reporte e exista evidência documental arquivada e auditável.

6.1. Enquadramento geral

A monitorização efetuada no período em análise incidiu sobre o Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, aprovado para o ciclo 2025-2028, tendo como referência a matriz de risco, o plano de ação, os responsáveis identificados e os mecanismos de monitorização e avaliação previstos no próprio plano. O PPRCIC define uma abordagem baseada na identificação de processos sensíveis, na avaliação qualitativa da probabilidade e do impacto, na classificação dos riscos em baixo, moderado, significativo e crítico, e na definição de medidas de prevenção e mitigação, com responsáveis, prazos e indicadores de monitorização.

O relatório intercalar de outubro de 2025 consolidou a primeira avaliação estruturada da execução do plano, organizando a monitorização em torno de um mapa sintético de riscos significativos e críticos, de um quadro de estado detalhado das medidas, de ocorrências materiais, de ações corretivas e de prioridades até abril de 2026. O presente relatório anual retoma essa base, confirmando que o PPR dispõe de uma arquitetura metodológica adequada, mas que a execução das medidas revelou-se heterogênea entre áreas, com níveis distintos de maturidade, de implementação e de evidência.

6.2. Universo de riscos monitorizados

No período em análise, a monitorização incidiu prioritariamente sobre os riscos classificados como significativos e críticos, por representarem os domínios de maior exposição institucional em matéria operacional, financeira, legal, reputacional, patrimonial, assistencial e de segurança da informação. O relatório intercalar estruturou esse universo em 24 riscos codificados, distribuídos entre as áreas funcionais e os processos críticos do hospital.

Foram objeto de acompanhamento, em particular, os seguintes domínios:

- a) Recursos Humanos, com incidência no controlo de assiduidade, validação mensal, bolsas negativas e registos manuais;
- b) Compras e Contratação Pública, incluindo demora processual, atrasos de fornecimento e cumprimento dos princípios do CCP;
- c) Financeiros, com especial enfoque em pagamentos sem suporte, documentação incorreta, situação fiscal e contributiva dos fornecedores, atrasos de pagamento, classificação da despesa e numeração de pagamentos;
- d) Direção Clínica, no que respeita ao acesso à informação clínica, revisão de acessos de emergência e reforço de controlos de privilégio;
- e) Sistemas de Informação, abrangendo manuais e procedimentos, perda de conhecimento crítico, acessos remotos, continuidade e recuperação, exfiltração de informação, malware, indisponibilidade de sistemas, apoio técnico, alinhamento de investimentos e transparência nas aquisições de SI;
- f) Deslocação de Doentes, com incidência no circuito de reembolsos e validação de IBAN;
- g) Instalações e Equipamentos, no que respeita ao armazém/arquivo, inventário, controlo de acessos, segurança física e PCI;
- h) Administração Hospitalar, quanto às ingerências na ligação entre os serviços clínicos e operacionais e à necessidade de formalizar circuitos e delegações.

6.3. Estrutura de monitorização adotada

A síntese do PPR monitorizado assentou numa matriz comum de acompanhamento por risco, composta pelos seguintes elementos: código identificador, descrição do risco, dono do risco, medida preventiva ou corretiva associada, prazo contratualizado, indicadores ou evidências-chave, desvio face ao plano, nova previsão, criticidade atual e estado de execução. Esta estrutura permitiu assegurar coerência entre as fichas de risco, o calendário de monitorização e o relato intercalar, garantindo rastreabilidade e comparabilidade entre áreas.

A lógica de monitorização adotada é coerente com o próprio PPR, que prevê que a execução do plano seja acompanhada por meio de indicadores, relatórios de execução, auditorias internas, autoavaliação dos responsáveis de serviço e revisão anual, em articulação entre o Serviço de Auditoria Interna e Compliance e o Responsável pelo Cumprimento Normativo.

6.4.

Tendências globais de execução

A monitorização realizada evidencia uma execução assimétrica das medidas previstas no PPR.

Nas áreas de Compras e Financeiros, verifica-se que várias medidas essenciais estavam desenhadas, calendarizadas e acompanhadas por KPI, mas ainda não iniciadas à data do intercalar, apesar de manterem enquadramento técnico consistente. É o caso, entre outras, das medidas relativas a SLAs internos por etapa, mapa de itens críticos, Gate 0 CCP, bloqueios no SIG a pagamentos sem compromisso, 3-Way Match, validações automáticas documentais, controlo fiscal e contributivo de fornecedores, dicionário de despesas e numeração automática e imutável.

Na área de Recursos Humanos, o risco relativo à biometria e à assiduidade manteve a classificação crítica, permanecendo não iniciadas a medida de gate mensal com assinatura digital e o reporte sistemático das bolsas negativas, apesar de existir um plano faseado D+30/D+90 e de a matéria já ter sido objeto de auditoria e de recomendações externas.

Na área clínica, o risco relativo ao acesso à informação clínica permaneceu classificado como significativo, mantendo-se a necessidade de implementar o modelo de controlo de acessos por perfis, a autenticação multifator, o ciclo JML e a revisão tempestiva dos acessos de emergência, embora os indicadores-alvo já estejam identificados.

É, porém, na área de Sistemas de Informação que o relatório intercalar revela maior concentração de atrasos, de dependências estruturais e de fragilidades na execução. Vários riscos críticos e significativos relativos a procedimentos, continuidade, segurança, conhecimento, acessos remotos, malware, DLP, disponibilidade e apoio técnico apresentam atrasos de 120 a 210 dias, em muitos casos associados à dependência de consultoria externa, à ausência de direção estabilizada e à falta de entrega dos elementos requeridos.

6.5.

Ocorrências e evidência material com impacto na monitorização

A síntese anual do PPR deve ter em conta que a execução das medidas não pode ser lida apenas à luz do estado formal indicado nas fichas, devendo também integrar as ocorrências materiais identificadas no período. O relatório intercalar qualificou como material, entre outras, a vistoria realizada em 05.11.2025 aos espaços de SI e armazéns, na qual foram observadas movimentações de material sem registo, ocupação de sala atribuída a outro serviço, acumulação

de caixas em corredores, dispersão de chaves, ausência de dossiers locais de aquisição e défice de colaboração funcional. Estas constatações afetam diretamente a avaliação dos riscos relativos ao alinhamento de investimentos em SI e à transparência nas aquisições de SI, bem como a robustez do sistema de controlo patrimonial e de guarda de ativos.

Também foram considerados relevantes, para efeitos de síntese do PPR monitorizado, as omissões de validação mensal da assiduidade, os riscos de atraso de fornecimentos críticos, os pagamentos sem suporte e a insuficiência de controlos.

Sobre acessos clínicos e de emergência, uma vez que todos estes factos revelam lacunas de execução que afetam a efetividade global do plano e não apenas o estado formal de uma medida isolada.

6.6.

Leitura global do grau de implementação do PPR

A informação recolhida permite concluir que o PPRCIC-HDES, enquanto instrumento de prevenção, monitorização e responsabilização, encontra-se metodologicamente estruturado e coerente com o quadro normativo e com os objetivos de integridade institucional definidos no plano. Estão previstos responsáveis, mecanismos de monitorização, indicadores, medidas corretivas e revisão anual, o que significa que o sistema formal de prevenção existe e está desenhado.

Todavia, a síntese da monitorização evidencia que persistem diferenças marcadas entre o desenho e a execução. Em várias áreas, sobretudo em TI, assiduidade, controlo interno financeiro e governação de aquisições, o risco não decorre da inexistência de medidas pensadas, mas da sua não implementação, da execução parcial, da falta de evidência suficiente ou da persistência de dependências organizacionais e institucionais que impedem o fecho efetivo das ações. Por isso, a leitura global do PPR monitorizado deve ser a de um sistema formalmente adequado, mas ainda em fase de consolidação operacional, com necessidade de reforço da execução, da disciplina documental, da responsabilização dos donos do risco e do patrocínio decisório do Conselho de Administração.

6.7. Implicações para o relatório anual

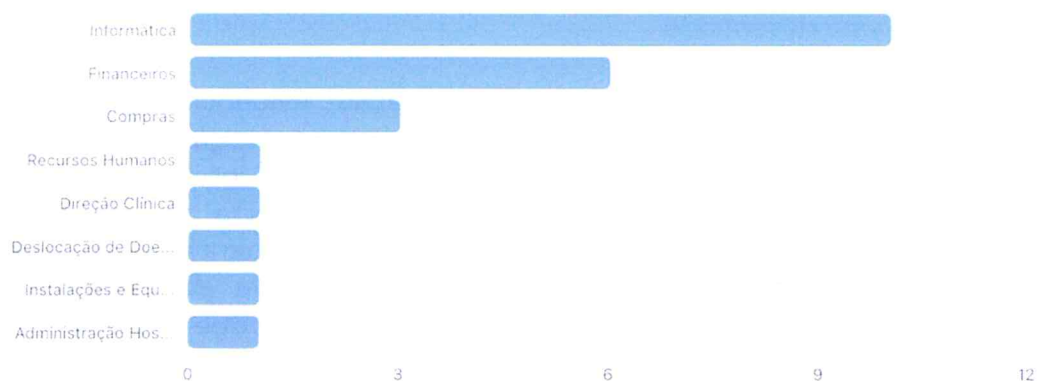
Para efeitos do presente relatório anual, a síntese do PPR monitorizado constitui a base de trabalho para:

- a) quantificar o grau de implementação das medidas preventivas e corretivas por risco e por área;
- b) identificar os riscos cujo fecho é realista até ao ciclo seguinte e os que exigem reprogramação ou reforço;
- c) sustentar a avaliação global da eficácia do plano;
- d) estruturar as ações corretivas, o plano de fecho e o quadro de prioridades até abril de 2026.

Em consequência, o presente capítulo deve ser lido em articulação com os capítulos seguintes, relativos à avaliação anual da execução das medidas, às ocorrências materiais, ao plano de fecho e às prioridades do ciclo seguinte, constituindo a peça de síntese que liga o desenho do PPR à sua execução efetiva.

Riscos monitorizados por área

Distribuição dos riscos significativos e críticos constantes do mapa sintético do relatório intercalar.



A distribuição dos riscos monitorizados evidencia uma concentração muito expressiva nas áreas de Informática e Financeiros, que, em conjunto, representam a maioria dos riscos significativos e críticos acompanhados no período. Esta concentração confirma que a exposição institucional se encontra particularmente associada à governação tecnológica, ao controlo interno financeiro e à execução de medidas transversais de rastreabilidade, segurança e regularidade procedimental.

07. AVALIAÇÃO ANUAL DA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS

7.1. Enquadramento da avaliação

A avaliação anual da execução das medidas preventivas e corretivas previstas no PPRCIC-HDES assenta na verificação do respetivo grau de implementação, da evidência de execução produzida, da adequação dos controlos aos riscos identificados e da persistência de desvios, fragilidades ou dependências suscetíveis de comprometer a eficácia das medidas. O próprio PPR estabelece que a avaliação anual deve considerar, entre outros fatores, o grau de execução das medidas preventivas, a redução das ocorrências de risco ou de infrações conexas, a participação dos serviços na implementação do plano, a adequação das medidas face à evolução da estrutura e da legislação e o nível de sensibilização e adesão dos colaboradores à cultura de integridade. O Serviço de Auditoria Interna e Compliance, em articulação com o Responsável pelo Cumprimento Normativo, é identificado como responsável pela consolidação dos dados, pela elaboração do relatório anual de avaliação e pela formulação de propostas de melhoria.

Nesta sede anual, a avaliação toma como base a monitorização estruturada já realizada no relatório intercalar, atualizando-a e consolidando-a no quadro do exercício de 2025. Mantêm-se os mesmos critérios de estado de execução — concluída, em curso, em atraso e não iniciada —, bem como a mesma lógica de rastreabilidade por código único de risco e ligação a evidências, KPIs e responsáveis.

7.2. Leitura global da execução

A monitorização realizada permite concluir que a execução das medidas do PPR apresenta um nível de maturidade desigual entre as áreas. O desenho técnico das medidas é, em regra, consistente, com identificação de responsáveis, prazos, indicadores e mecanismos de controlo, mas a respetiva implementação material revelou diferentes graus de concretização, dependendo fortemente da colaboração dos serviços, da capacidade de parametrização do SIG, da formalização de procedimentos, da estabilidade da direção de certas áreas e da disponibilidade de condições institucionais adequadas. Esta conclusão é coerente com os objetivos de monitorização fixados no PPR, que incluem precisamente a deteção de desvios, fragilidades e riscos emergentes, bem como a promoção da melhoria contínua do sistema de prevenção da corrupção.

De forma sintética, verifica-se que:

- a) nas áreas de Compras e Financeiros predominam medidas ainda não iniciadas, embora tecnicamente desenhadas e acompanhadas por indicadores;
- b) na área de Recursos Humanos persiste a não implementação de um controlo central na matéria da assiduidade;
- c) na Direção Clínica se mantém por implementar o modelo reforçado de controlo de acessos à informação clínica;
- d) na área de Sistemas de Informação se concentram os maiores atrasos e as dependências mais críticas, com medidas significativas e críticas em estado de atraso, parcialidade ou pendência;
- e) em Deslocação de Doentes e Armazém/Arquivo foram identificadas medidas concretas, mas ainda dependentes de parametrização, de obras, de inventário e de formalização dos circuitos.

7.3.

Execução das medidas na área de Recursos Humanos

Na área de Recursos Humanos, o risco relativo à biometria e à assiduidade permaneceu classificado como crítico, sem que a medida principal tivesse sido iniciada na data do reporte intercalar. A solução prevista consistia na criação de um gate de validação mensal com assinatura digital e reporte sistemático das bolsas negativas, com ativação da validação pelas chefias até D+30 e automatização de alertas e disponibilização de painel de reincidências e custos por serviço até D+90. A execução desta medida foi condicionada, segundo o relatório intercalar, pela falta de colaboração do Serviço de Informática, que recusou, numa primeira fase, a instalação e a parametrização dos equipamentos biométricos, bem como por uma cultura institucional permissiva relativamente às manipulações digitais do ponto e à acumulação de horas em falta. Acresce que a Unidade de Registo Biométrico foi auditada em agosto de 2025, na sequência da solicitação do Conselho de Administração com vista à redução de custos com o trabalho extraordinário (prevenção e horas extraordinárias) e à revisão do regulamento de horários, devendo a medida alinhar-se com essas orientações.

A única “ferramenta” que permite calcular o trabalho extraordinário a pagar ao pessoal médico — o qual atinge valores consideráveis — é um simples mapa manual da escala de urgência para cada dia do mês. Este método dificulta, de modo excessivo e injustificado, a tarefa de aferir e distinguir as horas normais das horas extraordinárias.

Torna-se, por isso, imperativo o cumprimento de mecanismos de controlo de assiduidade e pontualidade, bem como de aferição das componentes de trabalho normal e extraordinário dos médicos. Nomeadamente, através do registo biométrico efetuado pelo profissional, em conformidade com o horário semanal aprovado, permitindo assim aferir, de forma clara, a carga horária semanal normal e extraordinária.

Em termos anuais, a avaliação da eficácia desta medida deve centrar-se na confirmação do início de funcionamento do gate mensal, na percentagem de validações concluídas por serviço, na evolução do número e do custo das bolsas negativas, no peso dos registos manuais e no tempo médio de regularização dos alertas. Enquanto estes mecanismos não estiverem operacionais e documentados, o risco deve continuar a ser considerado não mitigado.

7.4. Execução das medidas nas áreas de Compras e Contratação Pública

Na área de Compras, as medidas associadas à demora processual, aos atrasos de fornecimento e ao cumprimento dos princípios do CCP mantinham-se, no ínterim, desenhadas, mas ainda não iniciadas. No primeiro caso, previa-se a criação de um Plano Anual de Compras específico para o circuito de contratação e a definição de SLAs internos por etapa, com um painel semanal de indicadores. No segundo, a medida consistia na criação de um mapa de itens críticos, com níveis mínimos, e na articulação com os indicadores de desempenho do fornecedor, designadamente OTD e OTIF. No terceiro, previa-se a introdução obrigatória da checklist “Gate 0 – CCP”, com segregação de funções e medição dos procedimentos concluídos com gate, ajustes diretos repetidos e red flags, como fracionamento ou alterações tardias de critérios. Em todos estes riscos, o intercalar registou que os cronogramas se mantinham formalmente dentro do prazo, mas sem execução efetiva até à data do reporte.

Na leitura anual, estas medidas devem ser avaliadas à luz da sua efetiva entrada em produção, da existência de evidência documental mínima, do uso sistemático dos indicadores previstos e da redução do risco operacional associado a demoras, ruturas e desvios procedimentais. O PPR aponta expressamente para a revisão de procedimentos nas áreas de risco e para a implementação de medidas de controlo interno, incluindo dupla validação, rotação de funções e novas instruções operacionais, o que reforça a necessidade de que, nesta área, o relatório anual reflita não apenas a intenção, mas também a evidência de execução.

7.5. Execução das medidas na área financeira

Na área financeira, a avaliação anual deve reconhecer que várias medidas críticas estavam tecnicamente bem definidas, mas ainda não haviam sido iniciadas à data do intercalar. É o caso do bloqueio no SIG a pagamentos sem cabimento ou compromisso, com 3-Way Match obrigatório; da norma de "Documentos Obrigatórios", com validações automáticas de NIF, IBAN, OC e contrato; da verificação fiscal e contributiva dos fornecedores, com bloqueio a certidões expiradas e agenda de renovações; da criação de SLAs de pagamento por tipologia de despesa e monitorização de aging; da norma de codificação e dicionário de despesas, com bloqueios a lançamentos fora da grelha; e da numeração automática e imutável dos pagamentos, com governação de séries e bloqueio transaccional. O intercalar refere, para todos estes riscos, que os cronogramas ainda se encontravam dentro do prazo, mas que o risco permanecia crítico enquanto o SIG não assegurasse o bloqueio automático, a validação documental e o reporte periódico de exceções.

Em sede anual, a avaliação deve verificar, para cada uma destas medidas, se houve parametrização efetiva do sistema, se foram emitidos normativos internos, se os relatórios de exceção e reconciliação começaram a ser produzidos e se os indicadores de devolução, duplicados, regularidade documental, cobertura 3-Way Match, validade de certidões, SLAs de pagamento, exceções de codificação e continuidade de séries evidenciam melhoria efetiva do controlo interno. O PPR prevê expressamente que a monitorização se faça com base em indicadores definidos no plano de ação, relatórios de execução, auditorias internas e avaliação anual da eficácia, para que os relatórios intercalar e anual possam traduzir estes controlos em evidências quantificadas.

7.6. Execução das medidas na área de Sistemas de Informação

É na área de Sistemas de Informação que a avaliação anual revela o maior défice de execução relativa. O intercalar reporta atrasos de 120 dias em manuais e procedimentos, perda de conhecimento, acessos remotos, incidentes no data center, exportação via USB, indisponibilidade de sistemas e atraso no apoio técnico, bem como atrasos de 210 dias nos riscos relativos a malware, alinhamento de investimentos e transparência nas aquisições de SI. O estado das medidas permanece classificado como pendente ou parcial, aguardando relatório de consultoria e a designação de novo diretor de serviço.

Quanto aos procedimentos e manuais, a biblioteca única de SOPs/runbooks e a política “no doc → no change” ainda não estavam implementadas, mantendo-se o risco significativo devido à falta de rastreabilidade técnica das intervenções. Na perda de conhecimento, o programa de gestão do conhecimento com cobertura 2-deep permanece pendente, deixando a continuidade dos sistemas dependente de poucos técnicos. Nas ligações remotas/VPN, a medida está apenas parcialmente implementada, faltando a consolidação de logs, a autenticação multifator obrigatória, a verificação da postura do dispositivo e a recertificação de contas remotas. Nos riscos ligados a data center, DLP, malware e indisponibilidade de sistemas, o quadro é de atraso material, sem plena operacionalização das soluções de backup imutável, DRP/BCP, EDR/NGAV, DLP, alta disponibilidade e monitorização contínua. No apoio técnico, o modelo Service Desk “ITIL-lite” permanece ainda por estruturar e por operacionalizar.

Já os riscos relativos ao alinhamento de investimentos e à transparência nas aquisições de SI, embora em curso, apresentam especial gravidade qualitativa. O intercalar assinala que a vistoria de 05.11.2025 evidenciou equipamento imobilizado por formatar, ocupação de sala sem afetação formal, inexistência de registos de entradas e saídas, ausência de dossiês locais, material e embalagens em corredores e controlo de chaves disperso. Estes factos confirmam, segundo o próprio relatório, a necessidade de um Plano Diretor de SI, de um Comité de Portefólio com stage-gates, de um gate de readiness to deploy, de um Gate O CCP obrigatório, de receção e guarda formais e de registo documental mínimo. Até ao momento de encerramento deste documento, os serviços de Informática e de Aprovisionamento mantinham a recusa em entregar os deliverables solicitados, apesar do escalamento ao Conselho de Administração e da visita técnica da Delegada de Segurança.

O desenho das medidas existe e está alinhado com a criticidade dos riscos, mas que a respetiva eficácia permanece fortemente comprometida pela ausência de implementação integral, pela dependência de fatores organizacionais externos e pela persistência de falhas materiais de rastreabilidade, disciplina documental, gestão de ativos, segurança e governação.

7.8.

Execução das medidas em Deslocação de Doentes e Armazém/Arquivo

No risco relativo aos reembolsos de deslocação de doentes, o serviço assumiu ações corretivas relativamente aos seus processos, procurando ir ao encontro das medidas propostas na ficha de risco apresentada. Desde logo, através da criação de uma bolsa de auditores internos com elementos do próprio serviço, que audita 30 processos aleatórios por semana.

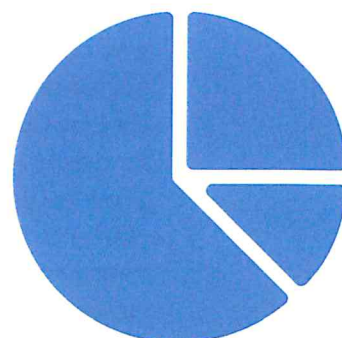
Está em prática a segregação de funções proposta, os processos são agora instruídos com a documentação completa, contendo documentação nominal indicativa do IBAN para pagamento.

Não é possível, neste momento, efetuar validação automática de IBAN - os softwares disponíveis não permitem. Não obstante, o serviço digitaliza e arquiva, por utente, todos os documentos comprovativos da atribuição de escalões de comparticipação das diárias, acompanhados, bem como o NIB/IBAN nominal. Os pedidos de transferência são individualmente introduzidos e registados na plataforma em uso na Região - REMBO - e validados num segundo momento, por conferência de um trabalhador distinto daquele que fez a introdução.

Contrariamente ao proposto, o serviço de Deslocação de Doentes tem encontrado resistência na sua tentativa de obter as listagens das transferências bancárias aos seus utentes, para efeitos de conciliação.

Por esse motivo, o risco mantém-se aberto, embora tenha alterado a sua criticidade para *significativo*.

**61% DAS MEDIDAS PROPOSTAS NO
CICLO DE 2025 NÃO FORAM
INICIADAS**



7.9.

Execução das medidas na Administração Hospitalar

No risco relativo a ingerências na ligação entre serviços clínicos e operacionais, com deturpação processual, o intercalar indicava a necessidade de instituir fronteiras claras de atuação, regras de governação, um circuito formal de pedidos a, estabilização das delegações de competências e dos perfis de acesso, bem com ao monitorização de pedidos fora de âmbito e de acessos não autorizados a SGC e pastas. O risco mantinha-se aberto, na medida em que persistiam solicitações diretas e tentativas de acesso indevido, apesar de advertências de superiores hierárquicos e do Conselho de Administração.

Existe estrutura formal de prevenção, existem responsáveis, existem indicadores e existe capacidade metodológica de monitorização, mas persistem atrasos relevantes, medidas não iniciadas, execução parcial e limitações institucionais que impedem, em vários domínios, considerar os riscos mitigados ou os controlos estabilizados. É essa diferença entre desenho e execução que fundamenta os capítulos seguintes relativos às ocorrências materiais, ao plano de fecho, à avaliação global da eficácia do PPR e às prioridades do ciclo seguinte.

Ponto crítico

A inexistência de gate mensal de validação da assiduidade com assinatura digital mantém o risco crítico e compromete a robustez do controlo sobre bolsas negativas, registos manuais e regularização de desvios.

08. AÇÕES CORRETIVAS E PLANO DE FECHO

8.1. Enquadramento e princípio de fecho

A avaliação anual da execução do PPRCIC-HDES confirma que a eficácia do sistema de prevenção depende não apenas da identificação dos riscos e da definição formal de medidas, mas também da sua implementação verificável, da produção de evidência suficiente e da estabilização dos indicadores de controlo. Nesta perspetiva, o fecho de cada risco deve assentar em três requisitos cumulativos: i) ação corretiva integralmente implementada; ii) indicador-alvo cumprido durante pelo menos um ciclo de reporte validado; e iii) evidência documental arquivada e auditável. Sempre que subsistam dependências externas ou internas relevantes — como deliberação do Conselho de Administração, parametrização do SIG, parecer da Delegada de Segurança, disponibilidade de direção funcional ou entrega de elementos por outros serviços —, o risco não deve ser considerado fechado, podendo apenas transitar para o estado parcial ou em curso. Esta lógica já se encontrava formulada no relatório intercalar e é coerente com o próprio PPR, que prevê monitorização contínua, avaliação anual da eficácia, revisão das medidas e atualização do plano sempre que se verifiquem insuficiências ou riscos emergentes.

8.2. Ações corretivas transversais

A informação consolidada no exercício evidencia a existência de ações corretivas de natureza transversal, aplicáveis a vários riscos e indispensáveis à maturação do sistema de controlo interno.

Em primeiro lugar, impõe-se reforçar a governação dos processos sensíveis através da adoção obrigatória de gates formais, nomeadamente Gate 0 nos procedimentos de contratação e aquisição de SI e o gate de readiness to deploy para a entrada em produção de equipamentos, sistemas ou alterações relevantes. Esta solução já foi identificada no Intercalar como uma medida estruturante, sobretudo para os riscos associados à contratação, aos ativos de SI e à rastreabilidade de entregas e movimentações.

Em segundo lugar, é necessário consolidar um repositório único de evidências por risco, integrando atas, capturas de ecrã do SIG, logs, inventários, relatórios de reconciliação, relatórios de auditoria, registos fotográficos e demais provas documentais associadas às medidas implementadas. O PPR prevê expressamente que o processo de monitorização se apoie em relatórios de execução, autoavaliação, auditorias internas, inquéritos, reuniões de acompanhamento e sistemas de denúncia e de reclamações, pelo que a organização e a centralização da evidência são condições necessárias à credibilidade do processo de avaliação anual.

Em terceiro lugar, deve ser mantido e densificado um modelo de reporte periódico por área, com semaforização, desvio face ao plano, dias de atraso ou de adiantamento, indicação das dependências e identificação clara do responsável pelo fecho. O intercalar já apontava para um painel quinzenal por área com semáforo e $\Delta\%$ face ao plano, solução que deve ser estabilizada no ciclo seguinte.

Em quarto lugar, impõe-se regularizar os sistemas de controlo físico e patrimonial de chaves, espaços e registos de movimentação, com registo nominal de chaves, cofre central, afetação única de espaços e livro de entradas e saídas, em especial nos contextos de armazém, arquivo e salas de SI. Esta necessidade resulta diretamente das ocorrências materiais apuradas no exercício.

Por fim, deve ser explicitamente integrada no plano de fecho a regularização das condições de trabalho do Serviço de Auditoria Interna e Compliance, nos termos já assinalados no intercalar, designadamente quanto à disponibilização dos acessos necessários às bases de dados de informação não clínica e às condições técnicas indispensáveis à monitorização exaustiva e tempestiva. A não resolução desta limitação compromete, transversalmente, a robustez das atividades de controlo e de avaliação.

8.3.

Plano de fecho por grandes áreas de risco

8.3.1. Recursos Humanos

Na área de Recursos Humanos, a ação corretiva principal continua a ser a implementação de um gate de validação mensal da assiduidade com assinatura digital, acompanhado de alerta automático e de um painel de bolsas negativas, reincidências e custo por serviço. O fecho deste risco pressupõe a conclusão tempestiva das validações mensais, a diminuição consistente das bolsas negativas, a redução do recurso a registos manuais sem justificação adequada e a existência de evidência documental mensal arquivada.

Mantêm-se como dependências críticas a colaboração da área de Sistemas de Informação e o patrocínio efetivo do Conselho de Administração para a exigência de cumprimento por parte das chefias.

8.3.2. Compras e Contratação Pública

Na área de Compras, o plano de fecho deve centrar-se em três linhas corretivas principais: i) criação de um Plano Anual de Compras e definição de SLAs internos por etapa; ii) implementação de um mapa de itens críticos com níveis mínimos e indicadores OTD/OTIF; iii) adoção obrigatória da checklist “Gate 0 – CCP” e respetiva segregação de funções. O fecho destes riscos depende da passagem do desenho à execução, o que implica evidência de uso sistemático dos instrumentos, indicadores de lead time, devoluções, fornecimentos e red flags, bem como amostras de procedimentos com gate concluído e rastreabilidade integral. O PPR já previa a revisão de procedimentos nas áreas de risco e a implementação de medidas de controlo interno, pelo que a ausência de execução efetiva deve ser superada no próximo ciclo.

8.3.3. Financeiros

Na área financeira, o plano de fecho assume especial importância, dada a concentração de riscos críticos relativos a pagamentos sem suporte, documentação incorreta, situação fiscal e contributiva dos fornecedores, atrasos de pagamento, classificação incorreta das despesas e numeração incorreta dos pagamentos. As ações corretivas principais mantêm-se: bloqueio no SIG a pagamentos sem compromisso ou cabimento; 3-Way Match obrigatório; norma de “Documentos Obrigatórios” e validações automáticas; controlo de certidões fiscais e contributivas com agenda de renovações; norma de codificação e dicionário de despesas; numeração automática e imutável de pagamentos. O fecho só deve ser reconhecido quando o SIG estiver efetivamente parametrizado para impedir exceções indevidas, quando existirem relatórios de reconciliação e de exceções por dois ciclos sucessivos, e quando os KPI de cobertura documental, 3-Way Match, validade de fornecedores, aging e continuidade de séries demonstrem controlo estabilizado.

Mantêm-se como dependências críticas a colaboração da área de Sistemas de Informação e o patrocínio efetivo do Conselho de Administração para a exigência de cumprimento por parte das chefias.

8.3.2. Compras e Contratação Pública

Na área de Compras, o plano de fecho deve centrar-se em três linhas corretivas principais: i) criação de um Plano Anual de Compras e definição de SLAs internos por etapa; ii) implementação de um mapa de itens críticos com níveis mínimos e indicadores OTD/OTIF; iii) adoção obrigatória da checklist “Gate 0 – CCP” e respetiva segregação de funções. O fecho destes riscos depende da passagem do desenho à execução, o que implica evidência de uso sistemático dos instrumentos, indicadores de lead time, devoluções, fornecimentos e red flags, bem como amostras de procedimentos com gate concluído e rastreabilidade integral. O PPR já previa a revisão de procedimentos nas áreas de risco e a implementação de medidas de controlo interno, pelo que a ausência de execução efetiva deve ser superada no próximo ciclo.

8.3.3. Financeiros

Na área financeira, o plano de fecho assume especial importância, dada a concentração de riscos críticos relativos a pagamentos sem suporte, documentação incorreta, situação fiscal e contributiva dos fornecedores, atrasos de pagamento, classificação incorreta das despesas e numeração incorreta dos pagamentos. As ações corretivas principais mantêm-se: bloqueio no SIG a pagamentos sem compromisso ou cabimento; 3-Way Match obrigatório; norma de “Documentos Obrigatórios” e validações automáticas; controlo de certidões fiscais e contributivas com agenda de renovações; norma de codificação e dicionário de despesas; numeração automática e imutável de pagamentos. O fecho só deve ser reconhecido quando o SIG estiver efetivamente parametrizado para impedir exceções indevidas, quando existirem relatórios de reconciliação e de exceções por dois ciclos sucessivos, e quando os KPI de cobertura documental, 3-Way Match, validade de fornecedores, aging e continuidade de séries demonstrem controlo estabilizado.

8.3.4. Direção Clínica

No domínio do acesso à informação clínica, a ação corretiva estruturante continua a ser a implementação de RBAC de mínimo privilégio, autenticação multifator e ciclo JML, com revisão de acessos break-glass em prazo definido, recertificação periódica e auditoria mensal dos logs. O fecho deste risco pressupõe a revisão tempestiva dos acessos de emergência, a existência de perfis por função, a auditoria dos logs e a redução da exposição a acessos fora de contexto. Trata-se de uma área em que a eficácia do plano depende diretamente da articulação entre a Direção Clínica e os Sistemas de Informação.

8.3.5. Sistemas de Informação

A área de Sistemas de Informação concentra o plano de fecho mais exigente do relatório anual. As ações corretivas principais distribuem-se por vários eixos:

- a) biblioteca única de SOP/runbooks e política “no doc → no change”;
- b) programa de gestão de conhecimento com cobertura 2-deep;
- c) autenticação multifator obrigatória, controlo da postura do dispositivo e PAM/JIT para acessos remotos;
- d) backups 3-2-1-1-0, DRP/BCP e exercícios regulares de recuperação;
- e) DLP com USB bloqueado por defeito e rotulagem automática;
- f) cobertura EDR/NGAV e hardening;
- g) alta disponibilidade, monitorização 24x7 e failover drills;
- h) Service Desk estruturado com prioridades, SLAs/SLOs e abertura automática de tickets;
- i) Plano Diretor de SI, Comité de Portefólio e gate de readiness to deploy;
- j) governança das aquisições de SI com Gate 0 CCP, receção e guarda formais e amostragem mensal.

O relatório intercalar demonstrou que muitos destes riscos estavam em atraso de 120 a 210 dias, com execução pendente, parcial ou dependente de fatores organizacionais, e que a vistoria de 05.11.2025 revelou fragilidades materiais graves em inventário, rastreabilidade, guarda, disciplina documental e controlo de acessos físicos. Por isso, o plano de fecho nesta área deve ser entendido como prioritário e condicionado a deliberações concretas do Conselho de Administração, à regularização dos espaços, à entrega dos elementos em falta e à responsabilização funcional pela falta de colaboração.

8.3.6. Deslocação de Doentes

No risco relativo aos reembolsos de deslocação de doentes, a ação corretiva central mantém a validação automática de IBAN integrada no circuito de pagamento, com a lógica “sem validação, sem pagar”. O fecho do risco dependerá da eliminação de estornos por IBAN incorreto, da confirmação de que a validação passou a ser obrigatória antes do pagamento e da redução do retrabalho administrativo associado ao circuito.

8.3.7. Armazém/Arquivo

No risco relativo ao armazém/arquivo, o plano de fecho exige controlo de acessos centralizado, inventário validado, receção documental obrigatória, medidas PCI básicas, registo de entradas e saídas, regularização de chaves e conclusão das intervenções de infraestrutura. O intercalar foi claro ao afirmar que o risco se mantém crítico enquanto o inventário não estiver atualizado, o controlo de entradas não estiver ativo e o espaço não estiver livre de ocupações indevidas e de bens de terceiros.

8.3.8. Administração Hospitalar

Na Administração Hospitalar, a ação corretiva incide na publicação de regras de governação, na estabilização das delegações de competências, na regularização dos perfis de acesso ao SGC e às pastas e na monitorização dos pedidos fora de âmbito. O risco só poderá ser considerado mitigado quando cessarem as solicitações informais que contornam o circuito, se encontrarem formalizadas as delegações e se verificarem evidências de diminuição de acessos indevidos ou de interferências processuais.

8.4. Dependências críticas do plano de fecho

A avaliação anual demonstra que várias ações corretivas dependem de fatores estruturais ou decisórios que vão além da esfera do SAIC e do RCN. Entre as dependências críticas mais relevantes contam-se:

- a) deliberações do Conselho de Administração em matérias de governação, acessos, prioridades e responsabilização;
- b) parametrização do SIG para bloqueios, validações automáticas, reconciliações e relatórios;
- c) nomeação e estabilização da direção funcional em áreas críticas, em especial informática;

- d) entrega de elementos, inventários e registos pelos serviços;
- e) articulação com a Delegada de Segurança em matérias de espaços, PCI, chaves e controlo físico;
- f) disponibilização efetiva de condições de trabalho ao SAIC, incluindo acesso a bases de dados de informação não clínica.

Estas dependências devem ser expressamente assumidas no relatório anual, para evitar a formulação de conclusões artificiais de fecho sobre riscos cuja mitigação ainda não se encontre materialmente assegurada. O PPR, ao prever atualização do plano sempre que se identifiquem medidas inadequadas ou ineficazes, permite precisamente este ajustamento realista da trajetória de fecho.

8.5. Critério final de encerramento do risco

Para efeitos do presente relatório anual, um risco apenas deve ser considerado encerrado quando:

- a) a ação corretiva prevista se encontre integralmente implementada;
- b) o indicador ou conjunto de indicadores de fecho se mantenha dentro do alvo durante, pelo menos, um ciclo de reporte validado;
- c) exista evidência documental arquivada e facilmente auditável;
- d) não subsistam ocorrências materiais recentes diretamente associadas à mesma fragilidade;
- e) estejam removidas ou suficientemente controladas as dependências críticas que condicionaram a execução.

Até à verificação cumulativa destes elementos, o risco deve manter-se classificado como em curso, em atraso, parcial ou não iniciado, conforme aplicável. Este critério reforça a consistência metodológica entre o relatório anual, o relatório intercalar e o PPRCIC-HDES, evitando que o fecho seja tratado como mera conclusão administrativa desligada da eficácia real do controlo.

8.6. Síntese conclusiva do capítulo

Em síntese, o plano de fecho do exercício confirma que o principal desafio do PPRCIC-HDES não reside na ausência de identificação de riscos ou na falta de desenho de medidas, mas na necessidade de converter essas medidas em rotinas obrigatórias, sistemas parametrizados, evidência arquivada e resultados mensuráveis. O relatório intercalar já demonstrava que a maturidade do sistema é desigual e que persistem fragilidades críticas em TI, financeiro, assiduidade, armazém e governação. O relatório anual deve, por isso, tratar o plano de fecho como instrumento executivo central do ciclo seguinte, articulando ações corretivas, responsáveis, prazos, KPI, dependências e critérios de aceitação, para garantir que a monitorização futura se faça sobre resultados e não apenas sobre intenções.

09. AVALIAÇÃO GLOBAL DA EFICÁCIA DO PPR

9.1. Enquadramento da apreciação global

A avaliação global da eficácia do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, deve atender não apenas à existência formal do plano, mas também à sua capacidade efetiva de prevenir, detetar, mitigar e corrigir riscos de corrupção e infrações conexas no funcionamento corrente da instituição. O próprio PPR assume-se como um instrumento dinâmico, integrado na governança, sujeito a monitorização contínua, avaliação anual e atualização sempre que se revelem insuficiências, novos riscos ou medidas ineficazes. A sua eficácia deve, por isso, ser apreciada à luz do grau de execução das medidas, da qualidade da evidência produzida, da redução da exposição ao risco e da capacidade institucional de transformar o desenho normativo em prática regular e auditável.

O relatório intercalar, que constitui a principal base factual intermédia do exercício, concluiu já que o HDES dispõe de um plano e de uma arquitetura de controlo adequados, mas necessita de execução célere, de evidência documental e de disciplina de governação para reduzir a exposição a riscos críticos. Essa conclusão mantém-se como ponto de partida válido para a apreciação anual, devendo agora ser consolidada em juízo final sobre o grau de maturidade do sistema de prevenção.

9.2. Adequação formal do PPR

Do ponto de vista formal e metodológico, o PPRCIC-HDES revela-se globalmente adequado. O documento identifica processos e áreas sensíveis, define a matriz de risco, classifica os riscos por probabilidade e impacto, prevê medidas de prevenção e mitigação, atribui responsáveis, fixa prazos, define indicadores e institui mecanismos de monitorização, avaliação e atualização. Prevê igualmente uma arquitetura de responsabilidades que envolve o Conselho de Administração, o Responsável pelo Cumprimento Normativo, o Serviço de Auditoria Interna e Compliance, os responsáveis de serviço e os Serviços Jurídicos, assegurando, em abstrato, uma distribuição coerente de papéis no sistema de prevenção.

Também do ponto de vista da conformidade com as exigências do RGPC e com a orientação metodológica acolhida internamente, o plano apresenta coerência estrutural. A metodologia adotada no PPR, baseada no levantamento de processos, na identificação e avaliação de riscos, na definição de medidas de controlo, na validação institucional e na monitorização contínua, oferece uma base suficiente para suportar o acompanhamento anual e a formulação de ações corretivas. Em termos de desenho, não se identificam insuficiências que comprometam, por si só, a utilidade do instrumento.

9.3.

Eficácia operacional: execução desigual e maturidade parcial

Não obstante a adequação formal do plano, a sua eficácia operacional deve ser considerada parcial. A monitorização anual evidencia um desfasamento significativo entre a qualidade do desenho e o nível efetivo de implementação das medidas em várias áreas críticas. Em Compras e Financeiros, várias medidas estruturantes permaneciam, à data do intercalar, tecnicamente definidas, mas ainda não iniciadas, apesar de já estarem acompanhadas de indicadores e cronogramas. Em Recursos Humanos, persistia a ausência de um controlo mensal estabilizado na assiduidade. Na Direção Clínica, o risco relativo ao acesso à informação clínica continuava sem o reforço dos controlos de perfis, da autenticação multifator e da revisão sistemática dos acessos de emergência. Em Sistemas de Informação, registavam-se atrasos significativos, em vários casos, entre 120 e 210 dias, com medidas pendentes, parciais ou dependentes de condições organizacionais e decisórias.

Esta assimetria demonstra que a eficácia do PPR, no ano em avaliação, não pode ser afirmada de forma homogénea em toda a organização. Em várias áreas, o plano existe, os riscos estão corretamente mapeados e as soluções estão conceptualmente definidas, mas o sistema ainda não atingiu o grau de consolidação necessário para afirmar que os controlos estão plenamente implantados, estáveis e eficazes.

9.4.

Áreas de maior de fragilidade

A apreciação global do sistema evidencia maior fragilidade em quatro domínios principais.

O primeiro domínio é o da governação tecnológica e do controlo dos ativos e das aquisições de SI. O relatório intercalar evidencia, em especial através da vistoria de 05.11.2025, falhas relevantes de rastreabilidade, inventário, disciplina documental, controlo de chaves, receção e guarda de equipamentos, bem como insuficiência na colaboração funcional. Estas fragilidades afetam diretamente os riscos relativos ao alinhamento de investimentos e à transparência nas aquisições de SI, mas projetam-se também sobre a robustez do con-

-trolo patrimonial e da segurança física e lógica dos ativos.

O segundo domínio é o do controlo interno financeiro. Persistem lacunas quanto à exigência de compromisso ou de cabimento prévios, ao uso sistemático do 3-Way Match, à normalização documental, à validação automática de elementos essenciais e à numeração imutável dos pagamentos. Isto significa que o sistema ainda não oferece garantias suficientes de regularidade automática e de bloqueio efetivo de exceções indevidas.

O terceiro domínio é o da disciplina de validação e controlo na assiduidade. A inexistência de gate mensal obrigatório com assinatura digital e reporte sistemático mantém o risco crítico e demonstra que o controlo ainda não se encontra suficientemente institucionalizado.

O quarto domínio é o da segurança da informação e do controlo de acessos, quer no contexto clínico, quer no contexto tecnológico mais amplo. A ausência ou insuficiência de RBAC, autenticação multifator, JML, DLP, UEBA, EDR, monitorização contínua e testes de continuidade revela que a prevenção permanece, em vários aspetos, dependente de práticas não estabilizadas.

9.5.

Fatores que condicionaram a eficácia do plano

A eficácia do PPR no período em análise foi condicionada por um conjunto de fatores institucionais e operacionais.

Desde logo, verificaram-se limitações à colaboração por parte de alguns serviços na entrega de elementos, na execução de medidas e na resposta a pedidos de auditoria ou de monitorização. O relatório intercalar documenta situações em que a não disponibilização de inventários, registos ou deliverables condicionou a avaliação e a própria execução das ações corretivas.

Em segundo lugar, várias medidas dependiam da parametrização do SIG, de desenvolvimentos tecnológicos, de pareceres externos, de consultoria ou da estabilização de lideranças funcionais, designadamente na área de informática. Isto fez com que medidas estruturantes permanecessem em atraso ou pendentes, sem que o respetivo dono do risco dispusesse, por si só, de capacidade para concluí-las.

Em terceiro lugar, subsistiram limitações institucionais diretamente relacionadas com as condições de trabalho do Serviço de Auditoria Interna e Compliance, já expressamente registadas no intercalar, incluindo a ausência de acesso às bases de dados de informação não clínica previstas no despacho de criação do serviço. Tal circunstância pode ter afetado a exaustividade e tempestividade de parte da monitorização, ainda que tenham sido adotadas medidas mitigadoras.

Por fim, o próprio PPR reconhece que a eficácia do sistema depende da participação dos serviços, da liderança ativa da direção e da integração da gestão de risco à cultura organizacional. Os resultados do exercício demonstram que essa cultura de execução e de responsabilização ainda não está estabilizada em todas as áreas.

9.6. Elementos positivos e capacidade instalada

Apesar das fragilidades identificadas, a avaliação global não deve ignorar os elementos positivos já existentes. O HDES dispõe de um plano metodologicamente estruturado, de uma função de compliance e auditoria interna ativa, de um Responsável pelo Cumprimento Normativo identificado, de uma matriz de riscos funcional, de um calendário de monitorização e de uma lógica de reporte já materializada num relatório intercalar robusto. Existe, além disso, um esforço claro de codificação dos riscos, de definição de KPIs, de formalização de medidas por risco e de articulação entre a avaliação, as ocorrências materiais, o plano de fecho e as prioridades do ciclo seguinte.

Isto significa que a organização dispõe de capacidade instalada suficiente para elevar o grau de eficácia do PPR no próximo ciclo, desde que se verifiquem três condições essenciais: i) execução efetiva das medidas já desenhadas; ii) reforço da disciplina de evidência e da colaboração interserviços; e iii) patrocínio claro do Conselho de Administração para remover bloqueios, exigir entregáveis e assegurar a responsabilização.

9.7. Juízo global da eficácia

Face ao exposto, conclui-se que o PPRCIC-HDES é globalmente adequado no plano metodológico e formal, mas apresenta, no exercício de avaliação, um nível de eficácia operacional parcial.

É adequado porque identifica corretamente os riscos relevantes, define medidas coerentes, distribui responsabilidades, prevê monitorização e consagra mecanismos de revisão e atualização. É apenas parcialmente eficaz porque, em áreas críticas, a execução se manteve incompleta, atrasada ou dependente de condições externas, o que ainda não permite assegurar uma redução suficientemente demonstrada da exposição ao risco.

O sistema de prevenção não deve, por isso, ser qualificado como ineficaz, pois existe estrutura, trabalho de monitorização, capacidade técnica e um conjunto de medidas corretivas já suficientemente identificado.

Mas também não pode ser considerado plenamente eficaz, porque persistem riscos críticos sem fecho, controles por implementar e ocorrências materiais que revelam insuficiências de governação, de disciplina documental, de rastreabilidade e de execução. O juízo mais rigoroso é, assim, o de eficácia parcial com necessidade de reforço prioritário da execução, da responsabilização e da consolidação dos controles.

9.8.

Consequência para o ciclo seguinte

A avaliação global da eficácia do PPR deve traduzir-se, no ciclo seguinte, em reforço das medidas de governação, em fecho efetivo dos riscos críticos já identificados, em exigência de execução documentada e em revisão periódica dos resultados alcançados. O próprio PPR prevê atualização sempre que se verifiquem alterações significativas, a ocorrência de incidentes relevantes ou a demonstração de ineficácia das medidas, o que significa que o presente juízo avaliativo não se esgota numa conclusão descritiva, devendo servir de base à reprogramação e ao reforço do plano.

Assim, o capítulo seguinte, relativo às prioridades até ao próximo ciclo, deve ser lido como desenvolvimento lógico desta avaliação global: não basta reconhecer as fragilidades; é necessário traduzi-las em prioridades executivas, responsabilidades, prazos e critérios de fecho verificáveis.

Reserva institucional

A regularização das condições de trabalho do Serviço de Auditoria Interna e Compliance, incluindo acessos a bases de dados não clínicas, é condição relevante para reforçar a exaustividade e a tempestividade da monitorização futura.

10.1 Conclusões gerais

A avaliação anual da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER, permite concluir que a instituição dispõe de um instrumento de prevenção metodologicamente estruturado, com matriz de riscos, plano de ação, distribuição de responsabilidades, mecanismos de monitorização e arquitetura formal de reporte adequados ao quadro de exigências normativas e institucionais aplicáveis. O PPRCIC-HDES prevê, com clareza, o acompanhamento da implementação das medidas, a verificação do grau de cumprimento das responsabilidades atribuídas, a deteção de desvios e fragilidades, a avaliação anual da eficácia e a atualização do plano sempre que se revele necessário.

Todavia, a execução material das medidas ao longo do exercício revelou níveis de maturidade desiguais. O quadro factual consolidado no relatório intercalar mostra que, apesar da existência de medidas tecnicamente bem desenhadas, várias delas permaneceram não iniciadas, em atraso ou dependentes de condições externas ou organizacionais. Essa assimetria foi particularmente visível nas áreas de Tecnologias de Informação, controlo interno financeiro, assiduidade, armazém/arquivo e governação das aquisições e dos ativos de SI. O próprio intercalar sintetiza esta realidade ao afirmar que o HDES dispõe de um plano e de uma arquitetura de controlo adequados, mas necessita de execução célere, de evidência documental e de disciplina de governação para reduzir a exposição a riscos críticos.

Em consequência, o juízo global sobre o exercício é o de um sistema de prevenção formalmente adequado, ainda em consolidação operacional. Existem estrutura, metodologia, capacidade técnica de monitorização e um quadro suficientemente claro de ações corretivas. O que ainda falta, em vários domínios, é converter o desenho formal em rotinas obrigatórias, controlos parametrizados, prova documental estabilizada e redução demonstrável da exposição ao risco.

10.2 Principais conclusões por área

Na área de Tecnologias de Informação, o exercício confirmou a persistência de riscos críticos e significativos associados à governação dos investimentos, à transparência nas aquisições de SI, à continuidade tecnológica, à cibersegurança, ao controlo de acessos, à disponibilidade de sistemas, à documentação técnica e ao apoio ao utilizador. A vistoria aos espaços de SI e aos armazéns confirmou insuficiências em rastreabilidade, inventário, receção e guarda, disciplina documental e segurança física, com impacto direto na avaliação dos riscos IT-PLAN-009 e IT-PLAN-010. A área de TI deve, por isso, continuar a ser tratada como prioridade máxima no ciclo seguinte.

Na área financeira, a principal conclusão é que os riscos mais relevantes se mantêm associados à necessidade de reforçar o bloqueio de pagamentos sem suporte, à obrigatoriedade do 3-Way Match, à regularidade documental, à verificação de elegibilidade dos fornecedores, à classificação correta da despesa e à governação da numeração de pagamentos. Embora as soluções estejam definidas, o sistema ainda não demonstrou, no exercício em análise, capacidade suficiente para automatizar e consolidar estes controlos.

Na área de Recursos Humanos, mantém-se como conclusão central a necessidade de institucionalizar o gate mensal de validação da assiduidade, com assinatura digital, alertas automáticos e reporte das bolsas negativas. A ausência deste controlo compromete a robustez do sistema de monitorização da assiduidade e mantém o risco crítico.

Na Direção Clínica, persiste a necessidade de reforçar os controlos sobre o acesso à informação clínica através de RBAC, autenticação multifator, ciclo JML e revisão de acessos de emergência, em articulação com os Sistemas de Informação. Trata-se de uma área particularmente sensível em matéria de proteção de dados, confidencialidade e segurança da informação.

Nas áreas de Compras, Armazém/Arquivo e Deslocação de Doentes, a conclusão geral aponta para a necessidade de transformar as medidas já identificadas em procedimentos obrigatórios e verificáveis, assegurando rastreabilidade, controlo de acessos, evidência de execução, segurança física, regularidade documental e a redução do retrabalho administrativo.

10.2 Principais conclusões por área

Na área de Tecnologias de Informação, o exercício confirmou a persistência de riscos críticos e significativos associados à governação dos investimentos, à transparência nas aquisições de SI, à continuidade tecnológica, à cibersegurança, ao controlo de acessos, à disponibilidade de sistemas, à documentação técnica e ao apoio ao utilizador. A vistoria aos espaços de SI e aos armazéns confirmou insuficiências em rastreabilidade, inventário, receção e guarda, disciplina documental e segurança física, com impacto direto na avaliação dos riscos IT-PLAN-009 e IT-PLAN-010. A área de TI deve, por isso, continuar a ser tratada como prioridade máxima no ciclo seguinte.

Na área financeira, a principal conclusão é que os riscos mais relevantes se mantêm associados à necessidade de reforçar o bloqueio de pagamentos sem suporte, à obrigatoriedade do 3-Way Match, à regularidade documental, à verificação de elegibilidade dos fornecedores, à classificação correta da despesa e à governação da numeração de pagamentos. Embora as soluções estejam definidas, o sistema ainda não demonstrou, no exercício em análise, capacidade suficiente para automatizar e consolidar estes controlos.

Na área de Recursos Humanos, mantém-se como conclusão central a necessidade de institucionalizar o gate mensal de validação da assiduidade, com assinatura digital, alertas automáticos e reporte das bolsas negativas. A ausência deste controlo compromete a robustez do sistema de monitorização da assiduidade e mantém o risco crítico.

Na Direção Clínica, persiste a necessidade de reforçar os controlos sobre o acesso à informação clínica através de RBAC, autenticação multifator, ciclo JML e revisão de acessos de emergência, em articulação com os Sistemas de Informação. Trata-se de uma área particularmente sensível em matéria de proteção de dados, confidencialidade e segurança da informação.

Nas áreas de Compras, Armazém/Arquivo e Deslocação de Doentes, a conclusão geral aponta para a necessidade de transformar as medidas já identificadas em procedimentos obrigatórios e verificáveis, assegurando rastreabilidade, controlo de acessos, evidência de execução, segurança física, regularidade documental e a redução do retrabalho administrativo.

10.3

Prioridades altas até ao próximo ciclo

Para o ciclo seguinte, e sem prejuízo do acompanhamento transversal de todos os riscos relevantes, devem ser tratadas como prioridades altas as seguintes linhas de ação.

Em primeiro lugar, na área de TI, deve ser ativado o Comité de Portefólio, com stage-gates e a checklist de readiness to deploy para todo o equipamento e para todas as iniciativas tecnológicas, de forma a assegurar que os investimentos em SI são alinhados, rastreáveis e ligados a objetivos institucionais. O intercalar fixou como critérios de fecho a existência de um business case aprovado em pelo menos 90% das iniciativas, a eliminação de equipamento por apresentar antiguidade excessiva e a realização regular de atas de comité.

Em segundo lugar, deve ser consolidada a transparência nas aquisições de SI, mediante Gate 0 CCP obrigatório e registo formal de receção e guarda, com livro de entradas e saídas ativo, dossiês completos e divergências entre fatura e contrato controladas. Esta prioridade é diretamente sustentada pelas fragilidades apuradas no exercício.

Em terceiro lugar, deve ser assegurado o fecho governado do armazém/arquivo, com controlo de acessos, medidas PCI básicas, inventário assinado, eliminação de material nos corredores e regularização do regime de chaves e de guarda. O intercalar definiu como alvo compartimentos controlados, cobertura de inventário de pelo menos 95% e inexistência de material fora da zona segura.

Em quarto lugar, na área financeira, deve ser priorizada a parametrização do SIG para impedir pagamentos sem compromisso e assegurar o 3-Way Match obrigatório, por se tratar de um dos eixos mais relevantes de controlo interno e de prevenção do risco financeiro. Em quinto lugar, a área de Recursos Humanos deve assegurar o gate mensal da assiduidade com assinatura digital, alertas automáticos e painel de reincidências/custo, com melhoria mensurável dos tempos de validação e redução das bolsas negativas.

Em sexto lugar, na continuidade e segurança tecnológica, deve ser dada prioridade à operacionalização de backups 3-2-1-1-0 com testes de DR e cobertura de EDR/NGAV em nível adequado, garantindo capacidade real de resposta e recuperação.

Em sétimo lugar, devem ser priorizadas as medidas relativas a fornecimentos críticos, com mapa de itens críticos, OTD/OTIF e cláusulas de desempenho, bem como o reforço dos acessos clínicos por meio de RBAC, autenticação multifator, JML e revisão de break-glass.

10.4

Prioridades médias até ao próximo ciclo

Como prioridades médias devem manter-se:

- a) a norma de Documentos Obrigatórios e as validações NIF/IBAN/PO/Contrato;
- b) a norma de codificação e o dicionário de despesas;
- c) os SLAs e o aging de pagamentos;
- d) o Service Desk estruturado com prioridades, SLO/SLA e monitorização;
- e) a biblioteca única de SOP/runbooks e a política “no doc → no change”;
- f) a validação automática de IBAN no circuito de reembolsos;
- g) a formalização das regras de governação e de delegações na Administração Hospitalar.

Estas prioridades não são secundárias em sentido material; apenas refletem a necessidade de concentrar, num primeiro momento, os recursos institucionais nas áreas de maior criticidade e exposição. O PPR prevê, aliás, que a organização utilize os recursos de forma mais eficiente, defina prioridades com segurança e ajuste o plano em função da eficácia observada.

10.5

Condições institucionais de sucesso

A concretização destas prioridades depende de um conjunto de condições institucionais sem as quais o ciclo seguinte corre o risco de reproduzir os bloqueios já identificados no exercício.

A primeira condição é a deliberação expressa e sustentada do Conselho de Administração em matérias críticas de governação, responsabilização, acesso a sistemas, inventário, parametrização do SIG e regularização de espaços. O próprio PPR atribui ao Conselho de Administração a competência de aprovar o plano, garantir a sua divulgação, determinar a sua aplicação obrigatória, validar propostas de atualização e aprovar o relatório anual.

A segunda condição é a colaboração efetiva dos responsáveis de serviço e de área na execução das medidas, na produção de evidências e na resposta a pedidos de monitorização. O PPR é claro ao atribuir-lhes a responsabilidade de garantir a execução do plano, de identificar e comunicar situações de risco e de monitorizar a eficácia das medidas na respetiva unidade funcional.

A terceira condição é a regularização das condições de trabalho do Serviço de Auditoria Interna e Compliance, incluindo os acessos às bases de dados de informação não clínica e os meios necessários à monitorização exhaustiva, tempestiva e tecnicamente robusta. Sem essa regularização, parte da atividade de controlo continuará condicionada, com reflexo inevitável na profundidade da avaliação anual. O intercalar já reconheceu expressamente esta limitação institucional.

10.6.

Conclusão do capítulo

Em conclusão, o exercício de 2025 demonstra que o HDES dispõe de base metodológica, estrutura institucional e arquitetura de controlo suficientes para sustentar um sistema de prevenção sério e evolutivo, mas ainda carece de consolidação prática em domínios críticos. O próximo ciclo deve ser orientado para o fecho efetivo dos riscos mais expostos, para a transformação dos controlos desenhados em rotinas obrigatórias e para a produção sistemática de evidência auditável. O relatório intercalar já formulava esta ideia ao afirmar que a concretização das medidas e decisões identificadas, com reporte quinzenal e objetivos de KPI, é determinante para alcançar o relatório anual seguinte, com o portefólio de riscos em trajetória estável de fecho. Essa formulação mantém plena validade como orientação estratégica para o próximo ciclo.

CONCLUSÃO

A avaliação do exercício de 2025 permite identificar, com clareza, áreas em que o trabalho desenvolvido deve ser consolidado e aprofundado no próximo ciclo, com foco na execução efetiva das medidas, na robustez da evidência e na estabilização dos controlos.



TI e governação de ativos

- Reforçar a rastreabilidade dos ciclos
- Consolidar medidas de continuidade e segurança
- Assegurar maior disciplina de governação

Controlo financeiro e de procedimento

- Implementar controlos automáticos
- Melhorar qualidade documental
- Consolidar mecanismos de rastreabilidade



Cultura de responsabilização

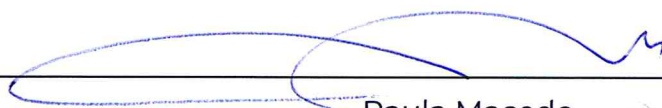
- Reforçar implementação efetiva das medidas
- Promover maior envolvimento dos serviços
- Consolidar cultura institucional de controlo

Mais do que encerrar um ciclo de avaliação, o presente relatório deve constituir um ponto de partida para um novo ciclo de execução mais exigente, mais mensurável e mais consequente.

APROVAÇÃO



Carlos Pinto Lopes
Presidente do Conselho de Administração



Paula Macedo
Diretora Clínica



Pedro Brázio
Enfermeiro Diretor



José Barreto
Vogal do Conselho de Administração

Data:

6/07/2026



CONTATO

Hospital do Divino
Espírito Santo
Av. D. Manuel I, 9500-
370 P. Delgada

(+351) 296 203 000

www.hdes.pt
hdes_informacoes@azores.gov.pt