

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO



Plano de Prevenção dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2022

Barreiro, 8 de março de 2022

A Comissão

Sónia Bastos – Fernando Galvão – Vanessa Paulino – Sandra Palhinhas

Índice

<i>I. Enquadramento legal</i>	3
<i>II. Metodologia do Plano</i>	7
<i>III. Caracterização Geral do Centro Hospitalar</i>	9
<i>IV. Identificação dos riscos, medidas e aplicabilidade</i>	12
<i>1. Medidas consolidadas</i>	12
<i>2. Identificação dos riscos</i>	15
<i>3. Identificação das medidas preventivas</i>	18
<i>4. Aplicabilidade das medidas preventivas dos riscos às unidades orgânicas</i>	19
<i>5. Auto-avaliação da política de gestão de conflitos de interesses</i>	19
<i>V. Distribuição do Plano</i>	20

I. Enquadramento legal

1. A Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) como entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, para desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

De acordo com o n.º 2 do artigo 7.º da referida lei, “*são consideradas atividades de risco agravado, designadamente, as que abrangem aquisições de bens e serviços, empreitadas de obras públicas e concessões sem concurso, as permutas de imóveis do Estado com imóveis particulares, as decisões de ordenamento e gestão patrimonial, bem como quaisquer outras suscetíveis de propiciar informação privilegiada para aquisições pelos agentes que nelas participem ou seus familiares*”.

2. Através da Recomendação n.º 1/2009 (DR, 2.ª, n.º 140, 22/07/2009) o CPC definiu orientações para a elaboração do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, contendo, entre outros, os seguintes elementos:
 - Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
 - Indicação das medidas a adotar que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.);
 - Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
 - Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano.
3. No mesmo ano, foi publicada a Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015) que veio definir as seguintes linhas de orientação:
 - Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas.
 - Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.

- Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.
 - As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos.
 - Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.
4. Considerando o peso e a importância dos contratos públicos na economia e na despesa do Estado, o CPC aprovou a Recomendação n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019 (DR, 2.ª, n.º 23, de 12/12/2019) que revoga a recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015) e de uma forma resumida, sublinha a necessidade de:
- Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução;
 - Adotar instrumentos de planeamento específicos em matéria de contratação pública (v.g. planos de compras);
 - Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas;
 - Assegurar o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública;
 - Privilegiar o recurso a procedimentos concorrenciais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto;
 - Garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública;
 - E assegurar que os gestores dos contratos são possuidores dos conhecimentos técnicos que os capacitem para o acompanhamento permanente da execução dos contratos e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei.
5. Considerando a matéria dos conflitos de interesses fundamental nas relações entre os cidadãos e as entidades públicas, e a necessidade da sua adequada prevenção e gestão para promoção da integridade e transparência, o CPC aprovou a Recomendação de 08 de janeiro de 2020 (por publicar em DR,) que revoga a recomendação n.º 5/2012 de 7 de Novembro de 2012 (DR, 2.ª, n.º 219, 13/11/2012), e de uma forma resumida, e reconhecendo que existem riscos nas várias interações entre o sector público e o sector privado, a sociedade civil e os indivíduos, pelo que o reforço da integridade pública é uma missão partilhada por todos. Estabelece assim que “todas as entidades do sector

público e a todas demais entidades, independente da sua natureza, que tomam decisões, movimentam dinheiros ou valores e intervém na gestão do património público:

- Criem mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, designadamente manuais de boas práticas e códigos de conduta que incluam também o período que sucede ao exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização;
- Incluam nos seus planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas e respectivos relatórios de execução, referencia sobre gestão de conflitos de interesse relativamente a todas as áreas de atuação, com identificação das situações de conflitos de interesses para cada área funcional da sua estrutura orgânica, tendo em conta os resultados de auto avaliações que realizem sobre a respetiva política de gestão de conflitos de interesses;
- Implementem medidas adequadas a prevenir e a gerir situações de conflitos de interesses, reais, aparentes ou potenciais, quer envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para exercer funções privadas quer trabalhadores que transitam do sector privado para o exercício de cargos públicos e sejam detentores de interesses privados que possam vir a colidir com o interesse geral no exercício de cargo público;
- Atribuem particular atenção, dado o risco potencial acrescido às situações de dupla circulações entre o sector público e privado, designadas por “duplas portas giratórias”;
- Garantam a subscrição de declarações de interesses, incompatibilidades e impedimentos, pelos dirigentes e trabalhadores, relativamente a cada procedimento que lhes seja confiado no âmbito das suas funções e no qual tenham influência;
- Promovam uma cultura organizacional em ordem a existência de situações de conflitos de interesses;
- Desenvolvam ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática dos conflitos de interesses, junto de todos os trabalhadores dos serviços;
- Promovam a responsabilidade individual de todos os trabalhadores, reconhecendo e destacando as boas práticas e os bons exemplos de serviço público e promovendo atitudes ativas de recusa de contacto e processamento relativamente a procedimentos administrativos em que, sob qualquer forma, tenham um interesse, ainda que através de terceiro;
- Estabeleçam mecanismos de monitorização das medidas tomadas para prevenir e gerir situações de conflitos de interesses, bem como, de

- sancionamento dos casos de incumprimento das obrigações declarativas de interesses, incompatibilidades e impedimentos;
- Identifiquem e caracterizem áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções, cujo tratamento deve ser efetuado no âmbito e nos mesmos termos do PGRCIC;
 - Assegurem no caso do exercício de cargos públicos em acumulação, ou por inerência de funções, a adoção de idênticos procedimentos de controlo que garantam imparcialidade dos atos praticados, mediante a prévia verificação de situações de impedimento;
 - Observem relativamente a eventuais conflitos de interesses, na contratação pública, ao disposto na Recomendação n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019;
 - Estabeleçam situações de obrigatoriedade de declarar o recebimento de ofertas no exercício de funções;
 - Procedam regularmente a uma autoavaliação da respetiva política de gestão de conflitos de interesses.
6. Recentemente, foi publicado o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção. Neste Decreto é revogada a Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro, que criou o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) como entidade administrativa independente a funcionar junto do Tribunal de Contas, para desenvolver uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas. De notar que este Decreto-Lei entra em vigor 180 dias após a sua publicação, ou seja, a 8 de junho de 2022.

II. Metodologia do Plano

Com a publicação da Recomendação n.º 3/2015 (DR, 2.ª, n.º 132, 09/07/2015), definiram-se novas orientações, nomeadamente, quanto à identificação dos riscos de gestão e de corrupção relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, assim como quanto à designação do responsável geral pela execução e monitorização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante, designado Plano), bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais.

Assim, a monitorização passou a abranger todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção, sendo exigível:

- Uma identificação exaustiva dos riscos de gestão, dos riscos de corrupção e infrações conexas, dos conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- A identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica do CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.
- A identificação dos responsáveis setoriais pela execução e monitorização do Plano, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, neste Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) encontra-se constituída uma Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).

Esta CAPC procede à elaboração, atualização e revisão anual do Plano, monitoriza a execução do mesmo e elabora os correspondentes relatórios, assumindo desta forma as competências do “responsável geral” para efeitos do ponto 3 da citada Recomendação n.º 3/2015.

Em conformidade com a mesma Recomendação, os diretores ou responsáveis das unidades da estrutura orgânica deste CHBM, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, são os “responsáveis setoriais” pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios.

Tendo por base a estrutura de gestão instituída com o Regulamento Interno deste CHBM, os diretores e/ou responsáveis dos serviços ou unidades que seguidamente se indicam, constituem-se como “responsáveis setoriais” pela execução Plano e sua monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios:

- Conselho de Administração;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviços de Ação Médica (Cirurgia geral, Ortopedia, Medicina, Psiquiatria, Imagiologia, Patologia Clínica, etc.);
- Serviços de Apoio à Ação Médica (Farmacêuticos, Serviço Social, Nutrição e Alimentação, Psicologia, etc.);
- Serviços de Apoio Geral (Recursos Humanos, Financeiros, Aprovisionamento, etc.);
- Gabinetes de Assessoria (Planeamento e Controlo, Jurídico, Comunicação e Imagem, etc.).

Compete, em especial, ao “responsável geral” – CAPC:

- Assegurar a elaboração do Plano, com identificação dos riscos de gestão, incluindo os de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Monitorizar a execução do Plano e elaborar os correspondentes relatórios de acompanhamento;
- Assegurar a articulação com os “responsáveis setoriais” pela execução do Plano e promover a identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, os riscos de corrupção e os conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Realizar auditorias de acompanhamento entendidas por convenientes.

Compete aos “responsáveis setoriais”:

- Participar na identificação e monitorização das atividades de risco de gestão, de risco de corrupção e conflitos de interesses, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Instituir mecanismos de acompanhamento das atividades de risco identificadas nas áreas de intervenção respetivas, rever periodicamente os resultados face a novos eventos de que entretanto tomem conhecimento, bem como assegurar que as medidas de controlo instituídas estão a ser executadas.
- Elaborar os correspondentes relatórios sobre a execução do Plano.

III. Caracterização Geral do Centro Hospitalar

1. Natureza e Sede

- a) O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde (SNS) dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, resultante da integração, por fusão, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. com o Hospital do Montijo, na sequência do Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro.
- b) Rege-se pelos estatutos das unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza jurídica de Entidade pública, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 fevereiro, bem como pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno aprovado pelo Conselho de Administração em deliberação de 23 março 2018, e que aguarda homologação pela tutela.
- c) Possui o número de pessoa coletiva 509186998 e tem sede na Avenida Movimento das Forças Armadas, freguesia do Alto do Seixalinho, concelho do Barreiro e distrito de Setúbal.
- d) É uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, integrada na rede oficial hospitalar e classificada como hospital geral e distrital. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime ambulatorio e de internamento, integrando a prestação de cuidados de urgência com dois serviços, uma urgência básica e outra médico-cirúrgica.

2. Atribuições

- a) O CHBM tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através de contrato programa.
- b) O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação em vigor, em articulação com as demais instituições integradas na rede pública de prestação de cuidados de saúde, respeitando

o princípio da livre escolha dos utentes e a utilização eficiente dos recursos do Serviço Nacional de Saúde.

- c) O Centro Hospitalar desenvolve ainda atividades complementares como as de ensino pré e pós-graduado, investigação e formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que rege a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo da celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados.

3. Princípios

No desenvolvimento da sua atividade, o CHBM rege-se, entre outros, pelos seguintes princípios:

- a) Gestão integrada do acesso aos cuidados de saúde;
- b) Livre circulação dos doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- c) Preocupação partilhada com o doente na utilização custo efetiva
- d) Humanização e qualidade dos cuidados de saúde;
- e) Não discriminação e respeito pelos direitos dos doentes;
- f) Educação para a saúde e promoção da literacia em saúde;
- g) Autocuidado e participação dos doentes no processo assistencial;
- h) Respeito pela dignidade e segurança individual da cada doente;
- i) Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- j) Excelência técnico-profissional;
- k) Ética e deontologia profissional;
- l) Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
- m) Sustentabilidade económico-financeira;
- n) Respeito pelo ambiente;
- o) Promoção de cultura de mérito e avaliação sistemática.

4. Visão

Ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população

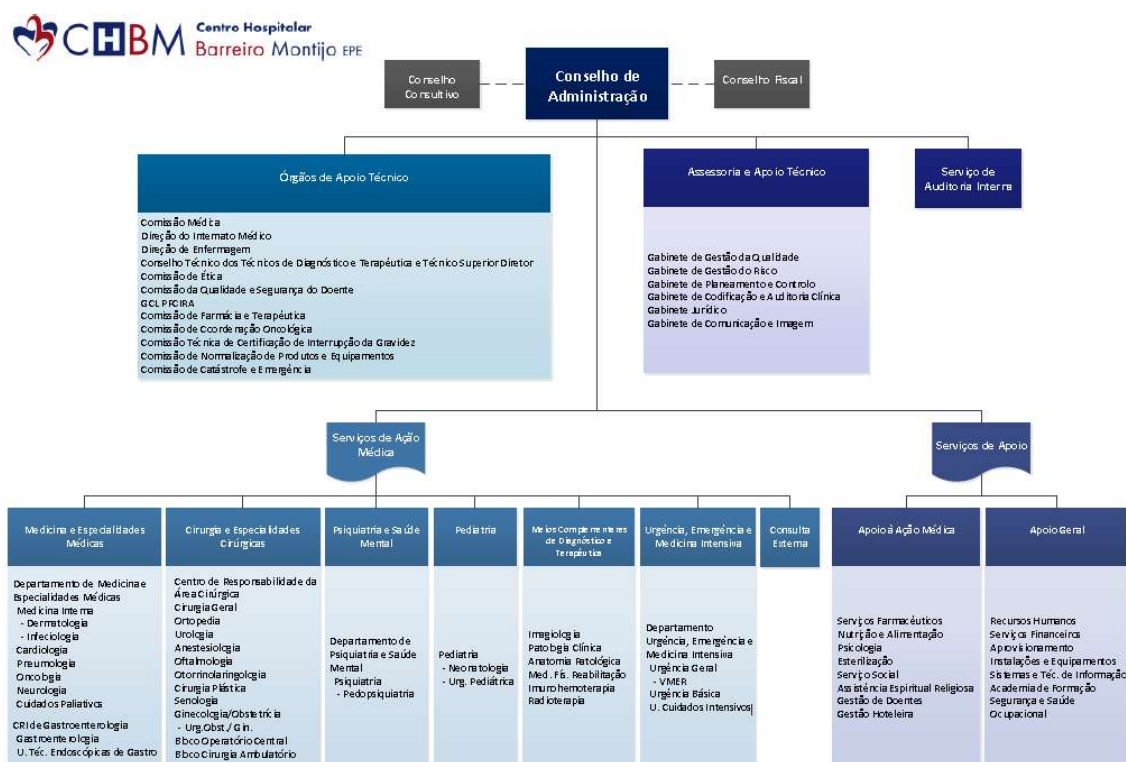
5. Objetivos

Na sua atuação, o Centro Hospitalar prossegue os seguintes objetivos:

- Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades e legítimas expectativas, de acordo com as melhores práticas disponíveis, em ambiente humanizado;
- Implementar metodologias de gestão e de ensino, formação e investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da Instituição.

6. Organograma

Junta-se o organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica, atualizado em dezembro de 2021:



IV. Identificação dos riscos, medidas e aplicabilidade

1. Medidas consolidadas

1. Procedimentos de aquisição, júri e gestor de contrato

O Serviço de Aprovisionamento desenvolve as atividades de aquisições de bens e serviços e empreitadas de obras públicas, que nos termos da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro e das Recomendações do CPC são consideradas atividades de risco agravado.

Para o exercício destas atividades, e no âmbito de cada procedimento de aquisição de bens e serviços e empreitadas de obras públicas, são nomeados como membros de júri diversos trabalhadores selecionados em função dos conhecimentos técnicos e do nível de corresponsabilização com os produtos a adquirir.

Verifica-se, por conseguinte, a nomeação de júris diferenciados para cada procedimento aquisitivo, com envolvimento de diversos trabalhadores de diferentes serviços no exercício de atividades que são típicas do Serviço de Aprovisionamento.

Ainda assim, no âmbito das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Aprovisionamento têm vindo a ser implementadas e monitorizadas algumas medidas que visam a prevenção dos riscos de corrupção e dos riscos de gestão, em face quer das recomendações do CPC quer ao abrigo da última redação do Código dos Contratos Públicos aprovado pelo decreto-Lei n.º 111- B de 31 de Agosto de 2017, designadamente:

- a) A existência de novo procedimento, designado por Consulta Prévia com convite a pelo menos 3 entidades nos procedimentos com valor contratual superior a €20.000,00 e inferior a €75.000,00, nos termos previstos no artigo 20.º n.º 1 c) do Código dos Contratos Públicos.
- b) Para todos os contratos, em simultâneo com a adjudicação, é designado um “Gestor do Contrato”, competindo-lhe acompanhar a execução do mesmo em conformidade com as cláusulas contratuais, avaliar o desempenho do fornecedor e proceder à conferência/validação de faturas, em articulação com o Serviço de Aprovisionamento, quando aplicável.

- c) São desenvolvidas, periodicamente, ações de formação e *workshops* na área dos contratos públicos e também na área do Gestor de Contrato, para dois tipos de destinatários:
- Colaboradores do Serviço de Aprovisionamento ou outros a quem deve ser exigido conhecimento teórico e prático dos procedimentos pré-contratuais, bem como, habilitação adequada para a elaboração e aplicação das peças processuais respetivas;
 - Colaboradores habitualmente designados como membros de júri;
 - Colaboradores nomeados com funções de gestor de contrato.
- d) Acompanha-se a revisão e atualização periódica dos Procedimentos em vigor sobre Aprovisionamento e Contratação Pública, à luz do Código dos Contratos Públicos, da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, e das Recomendações do CPC.
- e) Foi atualizado em Agosto de 2019, o Manual de Procedimentos e Boas práticas dos procedimentos de Contratação Pública, em cumprimento do despacho n.º 851-A do SES, datado de 17 de janeiro de 2017, em face da última redação do código dos contratos Públicos, bem como respectivas alterações.

2. *Declarações de conflitos de interesses e de Incompatibilidades*

Com vista a operacionalizar mecanismos de controlo que previnam conflitos entre os interesses privados e o interesse público no domínio desta atividade como membros de júri, o Despacho n.º 2156-B/2014 do Ministro da Saúde (DR, 2.ª, 28, 10/02/2014) aprovou o **modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades** previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, que se instituiu como obrigatória neste Centro Hospitalar.

Além da declaração de inexistência de incompatibilidades previsto no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro, foi também implementada uma nova declaração, de **inexistência de conflitos de interesse**, prevista na nova redação do CCP, no seu anexo XIII, para todos os membros de Júri dos procedimentos de contratação pública, bem como agora em face da Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC .

Além dessa via, que estabeleceu assim o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris de procedimento de contratação pública. De igual forma também se estabeleceu a mesma prática para os colaboradores que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e

orientações de carácter clínico, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no caso concreto da **declaração de Incompatibilidades** e de no caso concreto da **declaração de Conflito de Interesses**, também agora previstas na Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC .

3. Código de Conduta/Ética

O reforço dos valores éticos no comportamento do indivíduo e da comunidade em geral, a definição dos princípios de bom governo no Estado e nas suas empresas, bem como a instância da responsabilidade social, exigiram a aprovação do Código de Ética do CHBM em 2016. Trata-se de uma sistematização das regras de conduta num documento público e partilhado que norteia a atuação responsável da Instituição e dos seus colaboradores. Visa personalizar de forma clara a essência da Instituição e divulgar os princípios, valores e regras de conduta que regem a prossecução da sua missão. O Código de Conduta já incluía as medidas agora previstas na Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC.

4. Regulamento de Comunicação de Irregularidades

Com o objectivo de facilitar a detecção de situações irregulares, que ao serem praticadas poderão causar graves danos ao CHBM, aos seus colaboradores, comunidade em geral e ao accionista Estado foi criado o Regulamento de Comunicação de Irregularidades, aprovado em 2015, com actualização em fevereiro de 2022.

O Regulamento de Comunicação de Irregularidades pretende reforçar as medidas de transparência e de gestão de risco em vigor no CHBM.

O objetivo deste Regulamento é o de disponibilizar aos colaboradores e outros interessados do CHBM um canal direto, idóneo e com a garantia da confidencialidade de todo o processo, para comunicar situações detetadas sobre as quais exista fundada suspeita de constituírem irregularidade, sendo encarado como uma oportunidade de melhoria dos seus mecanismos de gestão por via da melhoria do seu controlo interno, com vista a garantir uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas.

2. Identificação dos riscos

As Recomendações mais recentes do CPC definiram novas orientações e alargaram o âmbito de atuação quanto à prevenção e identificação dos riscos relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo.

Assim, na matriz que segue foram identificados os riscos de gestão (RG), os riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e os conflitos de interesses (CI) relacionados com todas as áreas de atividade por forma a garantir a maior cobertura em termos de prevenção. No caso específico dos riscos de conflitos de interesses (CI), já cumprem a Recomendação, n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019 (DR, 2.ª, n.º 23, de 12/12/2019) e a Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC.

Risco de Gestão	Descrição
RG 1 - Não segregação de funções	Risco de existência de incompatibilidade de funções atribuídas ou configuradas nos sistemas de informação aos colaboradores, podendo originar erros involuntários ou voluntários (v.g. situações de fraude).
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	Risco de tomada de decisões ou realização de ações por parte de colaboradores que não estejam nos seus limites ou áreas de responsabilidade.
RG 3 - Financiamento	Risco de inexistência de receita suficiente para garantir o equilíbrio orçamental e cobrir as despesas indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de saúde.
RG 4 - Conformidade	Risco de incumprimento da legislação fiscal, ambiental, contabilística ou outra e/ou de regulamentação do setor, bem como de normas internas. É também considerado o risco de não observância das boas práticas no exercício da função (prestação de cuidados e outras).
RG 5 - Segurança da Informação	Risco de ocorrência de falhas de segurança da informação relacionadas com a confidencialidade, disponibilidade e integridade da informação, potenciando situações de violação do acesso a dados confidenciais dos utentes, dos colaboradores ou da instituição.
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	Risco de incapacidade de desenvolver e manter os sistemas de informação alinhados com a atividade, não recorrendo a metodologias de gestão e de desenvolvimento de projetos de Sistemas de Informação ou não garantindo a necessária transferência de conhecimentos de recursos ou empresas externas, evitando assim uma excessiva dependência destes.

RG 7 - Ambiental	Risco de ocorrência de efeitos ambientais adversos, direta ou indiretamente imputados à atividade de prestação de cuidados de saúde, e que possam resultar no incumprimento de legislação ambiental, insatisfação de utilizadores e <i>stakeholders</i> , nomeadamente ao nível da comunidade local.
RG 8 - Gestão do Conhecimento	Risco de inexistência ou ineficiência dos processos de captura, retenção, partilha e transferência de conhecimentos que conduzam a uma excessiva dependência. Fraco desenvolvimento de competências, desmotivação, problemas de sucessão, perda de conhecimento ou ineficiências operacionais no presente ou incapacidade operacional no futuro.
RG 9 - Reputação e imagem	Risco de degradação da imagem, notoriedade e credibilidade da instituição por via direta ou indireta, ainda que as causas não se encontram totalmente sob a responsabilidade ou não podem ser geridas pelo Serviço.
RG 10 - Capacidade instalada	Risco da estrutura operacional, incluindo meios humanos e materiais, estar desajustada face às necessidades dos utentes, resultando em custos acrescidos por excesso de capacidade, ou perdas financeiras por incapacidade de resposta.
RG 11 - Segurança física e das instalações	Risco de ocorrência de eventos de segurança devido a inadequadas medidas preventivas face a acidentes, eventos ambientais (v.g. inundações, incêndios), acessos indevidos ou incumprimento de normas e procedimentos, podendo resultar em danos materiais.
RG 12 - Segurança de pessoas	Risco de ocorrência de acidentes com colaboradores ou terceiros, ou das condições e ambiente de trabalho, serem prejudiciais à saúde das pessoas.
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	Risco de inexistência de Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.
RG 14 - Gestão de recursos	Risco de subaproveitamento da capacidade instalada e de incorreta gestão dos recursos bem como falta de controlo interno, que possam conduzir a faturação indevida ou excessiva com contratação de serviços externos e outros.

Risco de Corrupção	Descrição
RC 1 - Imparcialidade	Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Favorecimento de utente, concorrente e/ou procedimento no qual tenha algum interesse na tomada de decisão.
RC 2 - Faturação indevida	Emissão de faturas, pelos fornecedores, com valores acima dos contratualizados ou com itens não conformes.

RC 3 - Apropriação indevida de ativos	Desvio e/ou apropriação indevida de ativos do Centro Hospitalar ou de terceiros (v.g. espólios dos doentes) para proveito do próprio.
RC 4 - Suborno	Oferecer, dar, receber, solicitar ou facilitar algo de valor para influenciar um ato.
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	Ocultar ou alterar informação, propositadamente, com o intuito de alterar registos, de forma a alterar resultados e induzir em erro quem as analisa.

Conflitos de interesses	Descrição
CI 1 - Acumulação de funções incompatíveis	Exercício de atividades não autorizadas. Comprometimentos da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício das funções. Não declaração de conflitos de interesses em cumprimento, nomeadamente, do Despacho n.º 14/2014, de 22 de Janeiro, da Lei n.º 35/2014, de 20 junho, da Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, ou outra aplicável, do Código dos Contratos Públicos e da Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC.
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	Exercício de atividades que comprometam o correto e imparcial acompanhamento dos contratos. Irregularidades no que concerne à fiscalização e conferência, por ter interesses pessoais em cumprimento do Código dos Contratos Públicos e Recomendação n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019 (DR, 2.ª, n.º 23, de 12/12/2019)
CI 3 - Uso abusivo de posição	Uso abusivo de posição, bem como recursos públicos, acesso a informação e conhecimento, bem como de influência em procedimentos de contratação pública, em benefício próprio, que comprometam o dever de isenção, em cumprimento da Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC.
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Falta de comunicação de benefícios junto do INFARMED, em cumprimento do Despacho do SES n.º 12284/2014, de 6 de outubro, do Código dos Contratos Públicos e da Recomendação de 08 de Janeiro de 2020 do CPC.

3. Identificação das medidas preventivas

Neste capítulo identificam-se as medidas preventivas a adotar – Medidas de Gestão (MG), Medidas de Controlo (MC) e Medidas Defensivas (MD) – com vista a prevenir a ocorrência dos riscos identificados.

Medidas de Gestão	
<i>Respeitam, no essencial, à organização, supervisão, direção, e orientação do trabalho, dependendo, de um modo geral, de instruções superiores.</i>	
MG - 1	Segregação de funções.
MG - 2	Sujeição do processo à apreciação prévia preparatória da decisão final.
MG - 3	Acompanhamento e supervisão adequados.
MG - 4	Mecanismos restritivos de acesso e acompanhamento dos processos.
MG - 5	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.
MG - 6	Mecanismos de identificação de elementos de prova ou diligências instrutórias.
MG - 7	Adoção e difusão das melhores práticas e conhecimentos.
MG - 8	Partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica.
MG - 9	Adequação das necessidades de formação.
MG - 10	Motivação individual e dos grupos de trabalho.
MG - 11	Verificação regular do cumprimento das regras relativas ao manuseamento e arquivo de documentos.
MG - 12	Otimização e desenvolvimento dos recursos informáticos
MG - 13	Desenvolvimento e atualização Manuais de Procedimentos, Boas Práticas e Código de Conduta, atualizados e ajustados à realidade vivida e que reflitam o cumprimento das normas e legislação vigente.

Medidas de Controlo	
<i>Servem para fiscalizar os procedimentos e atuações. Respeitam a toda a instituição pelo que são aplicáveis a todas as unidades orgânicas.</i>	
MC - 1	Criação de um registo obrigatório de todas as propostas de procedimento ou decisão recusadas.
MC - 2	Criação de um registo de declaração de interesses.
MC - 3	Realização periódica de auditorias ou inquéritos de opinião.

Medidas Defensivas	
<i>Permite escudar a atuação dos trabalhadores. Devem ser da sua responsabilidade e iniciativa uma vez que os trabalhadores são os primeiros interessados em manter as suas atividades profissionais acima de qualquer suspeita.</i>	
MD - 1	Colegialidade nas decisões de processos sujeitos a risco de gestão, risco de corrupção e conflitos de interesses. Colegialidade, sempre que possível, na realização de contactos com entidades externas, com prévia comunicação ou autorização e elaboração obrigatória ou eventual, consoante os casos, de informação posterior.

MD - 2	Registo obrigatório de declarações de interesses e monitorização da comunicação às entidades competentes.
MD - 3	Recusa de quaisquer prendas, compensações ou favores.
MD - 4	Atendimento ao público em condições adequadas de exposição e segurança.

4. Aplicabilidade das medidas preventivas dos riscos às unidades orgânicas

Em anexo juntam-se as matrizes com identificação dos riscos de gestão (RG), dos riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e dos conflitos de interesses (CI), bem como as medidas preventivas relativamente a cada unidade orgânica, cabendo aos “responsáveis setoriais” avaliar periodicamente os resultados face a novos eventos de que, entretanto, tomem conhecimento, bem como assegurar que as medidas instituídas estão a ser executadas.

O risco é classificado em três níveis, em função da probabilidade de ocorrência nos seguintes termos:

- Fraco – prevê-se que a probabilidade de ocorrer o risco identificado poderá acontecer uma vez por ano;
- Moderado – prevê-se que a probabilidade de ocorrer o risco identificado poderá acontecer duas a três vezes por ano;
- Elevado – prevê-se que a probabilidade de ocorrer o risco identificado poderá ocorrer mais de quatro vezes por ano.

5. Auto-avaliação da política de gestão de conflitos de interesses

Estipula a Recomendação n.º 3/2020, de 17 de julho, do Conselho de Prevenção da Corrupção que as entidades do Sector Público procedam regularmente a uma auto-avaliação da sua política de gestão de conflitos de interesses, através da resposta sequencial a três questões:

- a. Considera que gere adequadamente as situações de conflitos de interesses?

- b. Dispõe de políticas e procedimentos adequados para gerir as situações de conflitos de interesses?
- c. Está a aplicar devida e efectivamente as políticas e procedimentos de gestão de conflitos de interesses?

Esta auto-avaliação far-se-á anualmente no Relatório de Acompanhamento do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.

V. Distribuição do Plano

- Divulgação no sítio da internet e intranet do CHBM
- Divulgação através de Circular Informativa
- Divulgação através de Boletim Informativo e/ou *newsletter*
- Email remetido a todos os responsáveis setoriais
- Nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (DR, 2.ª, E, 140, 22/07/2009), devem ser remetidas cópias para:
 - Conselho de Prevenção da Corrupção;
 - Órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Anexos:

Matrizes com identificação dos riscos de gestão (RG), dos riscos de corrupção e infrações conexas (RC) e dos conflitos de interesses (CI), bem como as medidas preventivas relativamente a cada unidade orgânica.