

CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO



Relatório de Acompanhamento do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

2023

FICHA DO PROCESSO

Tipo de Processo	Relatório de Acompanhamento
Âmbito	Acompanhamento e monitorização do progresso de implementação das medidas minimizadoras do risco do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do CHBM de 2022
Autor	Comissão de Acompanhamento da Prevenção da Corrupção
Colaboração	Conselho de Administração, Dirigentes e Coordenadores dos Serviços do CHBM
Data de início da execução do Follow-Up	12 de fevereiro de 2024
Data do Relatório	23 de abril de 2024

Índice

SIGLAS	4
ANEXOS	5
I. Introdução	6
II. Caracterização Geral do CHBM	9
III. Metodologia	11
IV. Atividades desenvolvidas	12
V. Monitorização do Plano	13
1. Medidas consolidadas	13
2. Análise do Risco	16
3. Monitorização das Medidas Minimizadoras do Risco	21
VI. Autoavaliação da Política de Gestão de Conflitos de Interesses	24
VII. Conclusões e Recomendações	25
1. Conclusões	25
2. Recomendações	26

SIGLAS

AC	Arquivo Clínico
ACAD	Academia de Formação
AP	Anatomia Patológica
ANEST	Anestesiologia
BO	Bloco Operatório
CA	Conselho de Administração
CAPC	Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção
CARD	Cardiologia
CE	Consulta Externa
CG	Cirurgia Geral
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
CP	Cirurgia Plástica
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRAC	Centro de Responsabilidade para a Área Cirúrgica
DMEM	Departamento de Medicina e Especialidades Médicas
EPE	Entidade Pública Empresarial
EST	Esterilização
G/O	Ginecologia e Obstetrícia
GASTR	Gastroenterologia
GCAC	Gabinete de Codificação e Auditoria Clínica
GCI	Gabinete de Comunicação e Imagem
GJUR	Gabinete Jurídico
GPC	Gabinete de Planeamento e Controlo
HNSR	Hospital Nossa senhora do Rosário
IMAG	Imagiologia
IMUNO	Imunohemoterapia
INFEC	Infeciologia
MENAC	Mecanismo Anticorrupção
MFR	Medicina Física e de Reabilitação
MI	Medicina Interna
NEURO	Neurologia
OFTAL	Oftalmologia
ONCOL	Oncologia
ORTOP	Ortopedia
OTORN	Otorrinolaringologia
PC	Patologia Clínica
PEDIAT	Pediatria
PNEUM	Pneumologia

PSIC	Psicologia
PSIQ	Psiquiatria
RADIOT	Radioterapia
SAI	Serviço de Auditoria Interna
SAP	Serviço de Aprovisionamento
SENOL	Senologia
SFAR	Serviços Farmacêuticos
SFIN	Serviços Financeiros
SGD	Serviço de Gestão de Doentes
SGQ	Serviço de Gestão da Qualidade
SGH	Serviço de Gestão Hoteleira
SGR	Serviço de Gestão de Risco
SIE	Serviço de Instalações e Equipamentos
SNA	Serviço de Nutrição e Alimentação
SRH	Serviço de Recursos Humanos
SSI	Serviço de Sistemas de Informação
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUG	Serviço de Urgência Geral
SSO	Segurança e Saúde Ocupacional
SS	Serviço Social
STRANS	Setor Transportes
UCA	Unidade de Cirurgia de Ambulatório - Montijo
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
ULPPCIRA	Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
UROL	Urologia

ANEXOS

Anexo 1	Relatório de Auditoria às Taxas Moderadoras
Anexo 2	Análise das Matrizes de Risco Serviços de Apoio
Anexo 3	Análise das Matrizes de Risco Serviços Assistenciais

I. Introdução

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 ano 2015, 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. Entretanto, com a Recomendação n.º 2/2019, de 02 de outubro de 2019 (DR, 2.ª, n.º 23, de 12/12/2019) que revogou a recomendação n.º 1/2015, de 7 de janeiro de 2015 (DR, 2.ª, n.º 8, de 13/01/2015) o CPC, 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. O CPC aprovou a Recomendação n.º 3/2020, de 17 de julho, que revoga a recomendação n.º 5/2012 de 7 de novembro de 2012 (DR, 2.ª, n.º 219, 13/11/2012),

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, de modo a prevenir conflitos de interesses em “todas as entidades do Sector Público e ainda em relação a todos quantos participem em decisões, movimentem dinheiros, valores ou património públicos”, devam existir obrigações declarativas de interesses, incompatibilidades e impedimentos, que conjuntamente com sistemas de controlo interno e mecanismos de monitorização e sancionamento dos incumprimentos, sejam aptos a dirimir interesses privados que possam condicionar a prossecução do interesse público.

6. Em 2021 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 entrou em vigor 180 dias após a sua publicação, ou seja, a 8 de junho de 2022.
7. Com o objetivo de acompanhar as atividades no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, bem como, a gestão de conflito de interesses, foi constituída a Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC).
8. Quando existam alterações legislativas ou normativas ou organizacionais, a CAPC procede à revisão e atualização do Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (adiante designado Plano) do Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM), ou a cada 3 anos.
9. O presente Relatório analisa e avalia o grau de implementação das medidas preventivas e/ou mitigantes dos riscos identificados no PGRCIC em vigor, com referência ao ano de 2022, dando, assim, cumprimento ao enunciado nos normativos legais e às recomendações do CPC.
10. Em 2023 foi publicado o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à criação da Unidade Local de Saude do Arco Ribeirinho, EPS (ULSAR), entidade que surge da integração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) com o

Agrupamento de Centros de Saúde do Arco Ribeirinho, tendo o referido decreto-lei produzido efeitos a 1 de janeiro de 2024. Desta forma, o presente Relatório refere-se ao Acompanhamento do Plano de Riscos do CHBM, referente ao ano de 2023, embora seja apresentado pela ULSAR.

II. Caracterização Geral do CHBM

1. Natureza e Sede

- a) O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. (CHBM) 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 dos hospitais e centros hospitalares de natureza empresarial integrados no SNS, Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas, que é subsidiariamente aplicável com as devidas adaptações, bem como pelas normas em vigor para o SNS e pelo Regulamento Interno homologado pela Deliberação n.º 163/2013 de 19 de julho do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo no uso de subdelegação de competências.
- 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 das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, Hospital do Barreiro e Hospital do Montijo, dando execução às definições de política de saúde a nível nacional e regional, aos planos estratégicos e decisões superiormente aprovados.
- b) Intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos-programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS.
- c) 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) Humanização e não discriminação;
- b) Respeito pela dignidade individual da cada doente;
- c) Atualização face aos avanços da investigação e da ciência;
- d) Excelência técnico-profissional;
- e) Ética profissional;
- f) Promoção da multidisciplinaridade;
- g) Respeito pelo ambiente.

4. Objetivos

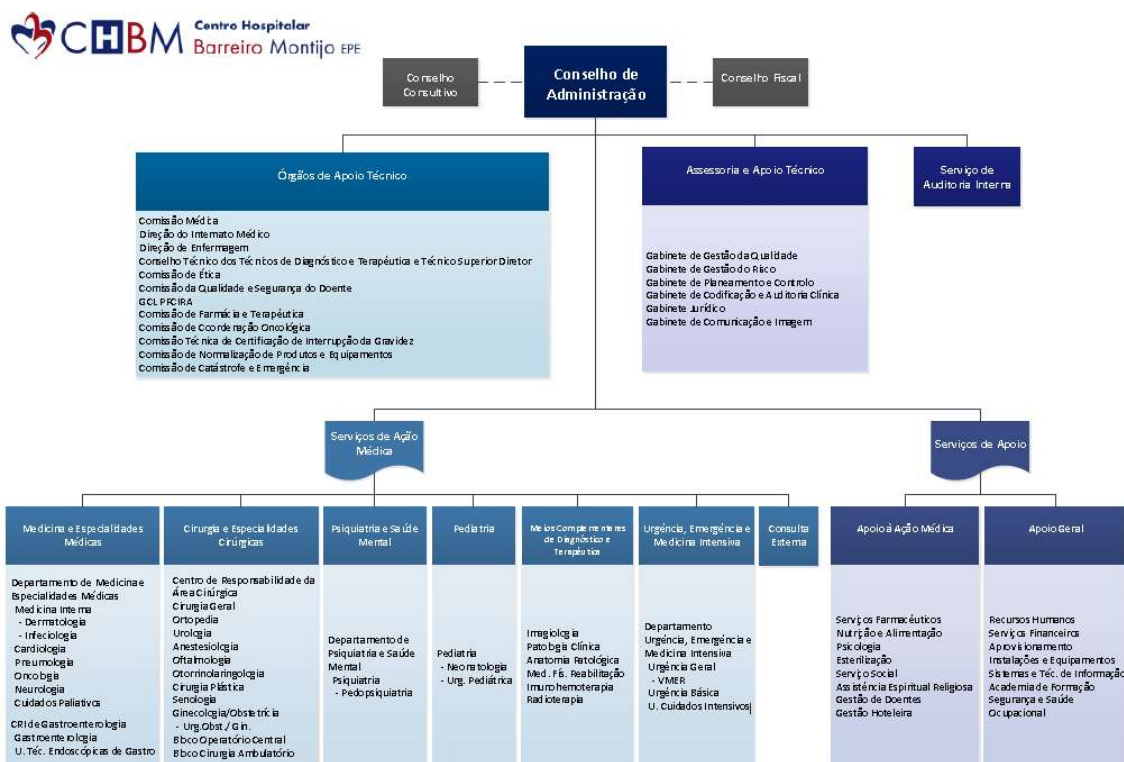
Na sua atuação, o CHBM pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- a) Orientar toda a atividade em função do doente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;

- b) Prosseguir e implementar metodologias de gestão que proporcionem a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores;
- c) Rentabilizar a capacidade disponível e garantir a viabilidade económico-financeira da instituição.

5. Organograma

Junta-se o organograma de gestão que sistematiza a divisão da responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica.



III. Metodologia

Face ao plano delineado de implementação de medidas de prevenção ou mitigação dos riscos elencados, importa acompanhá-lo, no âmbito da estratégia de controlo interno da instituição, tarefa que compete à CAPC.

Para o efeito, para além da autoavaliação efetuada por cada um dos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, relativamente ao grau de implementação das medidas de prevenção e

mitigação dos riscos elencados, foram realizadas reuniões de trabalho entre os elementos da CAPC, os elementos das áreas de atividade e os gestores de risco de cada Serviço, Unidade, Gabinete e Cargos de Direção identificados no PGRCIC.

Os contributos rececionados foram compilados e o resultado dessa avaliação encontra-se vertido nos quadros que constituem o ponto “Monitorização do Plano”.

Em simultâneo, foram avaliados os riscos atualmente identificados, no sentido de aferir a sua manutenção no Plano, e respetiva graduação, em termos de matriz de risco. Face ao número de alterações propostas, bem como face à necessidade de efetuar uma graduação dos riscos em termos de probabilidade e impacto, torna-se necessária a revisão do PCRCIC vigente.

IV. Atividades desenvolvidas

1. O ano de 2023 caracterizou-se por um forte empenho da Comissão de Acompanhamento da Prevenção de Corrupção (CAPC) no sentido de acompanhar e monitorizar o Plano de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas adaptado às Recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção, da Inspeção-Geral da Saúde e do Mecanismo Anticorrupção, bem como um especial envolvimento dos trabalhadores deste CHBM na concretização desse objetivo.
2. Atualização do Manual de Procedimentos e Boas Práticas em Contratação Pública, pelo Serviço de Aprovisionamento, à luz de novo enquadramento legal, nas seguintes matérias:
 - 2.1. Procedimentos de aquisição, júri e nomeação do gestor de contrato;
 - 2.2. 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;
 - 2.3. Controlo de Declarações de conflitos de interesses e de Incompatibilidades;
 - 2.4. Legislação sobre controlo de Dispositivos Médicos.
3. Realização de ações de controlo e fiscalização surpresa para aferir da regularidade da cobrança de taxas moderadoras, conforme recomendação da IGAS, nº 287/2014, cujo relatório também se anexa (Anexo 1).

4. Tendo por base o Plano para 2022, atualizado e publicado no sítio da internet e intranet, os serviços apresentaram os respetivos relatórios das Matrizes previamente definidas, que mereceram avaliação/monitorização por parte da CAPC.

V. Monitorização do Plano

No início do ano de 2024, todos os Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, assistenciais e de apoio, procederam à elaboração e envio junto da CAPC, do acompanhamento das matrizes de risco, aprovadas no âmbito do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, arquivadas em formato digital na área do CAPC, referentes ao 2º semestre do ano de 2023, na pasta de acompanhamento dos Serviços, tendo para o efeito sido realizadas reuniões de trabalho entre os elementos da CAPC, os elementos das áreas de atividade e os gestores de risco de cada Serviço, Unidade, Gabinete e Cargos de Direção identificados no PGRCIC.

1. Medidas consolidadas

A. 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 nº 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 nº 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 novembro de 2022, o Manual de Procedimentos e Boas práticas dos procedimentos de Contratação Pública, em cumprimento do despacho nº 851-A do SES, datado de 17 de janeiro de 2017, em face da última redação do código dos contratos Públicos, bem como respetivas alterações.

B. 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, 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.

C. 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 previstas na Recomendação de 08 de janeiro de 2020 do CPC.

D. Regulamento de Comunicação de Irregularidades e de Denúncia de Infrações

Com o objetivo de facilitar a deteção de situações irregulares, que ao serem praticadas poderão causar graves danos ao CHBM, aos seus colaboradores, comunidade em geral e ao acionista Estado foi criado o Regulamento de Comunicação de Irregularidades e de Denúncia de Infrações, aprovado em 2015, cuja última atualização ocorreu em janeiro de 2023.

O Regulamento de Comunicação de Irregularidades e de Denúncia de Infrações 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.

No âmbito da Política de Comunicação de Irregularidades e de Denúncia de Infrações, informa-se que, no decorrer do ano de 2023, foi recebido 1 email no endereço eletrónico da Política de Irregularidades, sendo que essa comunicação não se enquadrava como comunicação de irregularidade, na medida em que não diziam respeito a qualquer das matérias referidas no art.º 2º do Regulamento de Comunicação de Irregularidades.

Quadro 1 – Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações

N.º Interno	Data Receção	Modo de Receção	Data Notificação ao Denunciante	Estado	Data
1/2023	26/04/2023	E-mail	22/06/2023	Encerrado	22/06/2023

2. Análise do Risco

A CAPC procedeu à análise de todas as matrizes de acompanhamento de risco dos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, tendo compilado essa informação em mapas diferenciados para os Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção de Apoio e Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção Assistenciais (Anexo 2 e Anexo 3).

A. SERVIÇOS, UNIDADES, GABINETES E CARGOS DE DIREÇÃO DE APOIO

Relativamente aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção de Apoio, num total de 22, constata-se que 80% dos riscos são avaliados como sendo “Fracos” (243 riscos), 16% como sendo “Moderados” (49 riscos), 3% como sendo “Elevados” (9 riscos) e 1% riscos que já não se aplicavam aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção (4 riscos).

Destacam-se como os Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção de Apoio com riscos “Elevados”: o Serviço de Instalações e Equipamentos (4 riscos); o Serviço de Sistemas de

Informação (2 riscos); e o Conselho de Administração e o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional e Serviço de Recursos Humanos (com 1 risco cada).

Quadro 2 – Resumo da Avaliação dos Riscos do PPRCIC – Serviços Apoio

Serviços	Total Medidas a Implementar	Plano 2022			2023				Variação			
		Riscos Identificados			Avaliação Risco							
		Fraco	Moderado	Elevado	Fraco	Moderado	Elevado	N/A	Fraco	Moderado	Elevado	N/A
Conselho Administração	52	14	4	1	12	6	1	0	-2	2	0	0
Academia Formação	37	7	6	0	10	3	0	0	3	-3	0	0
Aprovisionamento	43	14	2	0	11	4	0	1	-3	2	0	1
Arquivo Clínico	30	9	1	0	9	1	0	0	0	0	0	0
Auditoria Interna	30	9	2	0	9	2	0	0	0	0	0	0
Codificação e Auditoria Clínica	32	11	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0
Comunicação e Imagem	29	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0
Esterilização	32	10	1	0	10	1	0	0	0	0	0	0
Financeiros	46	14	2	0	13	3	0	0	-1	1	0	0
Gestão de Doentes	45	13	4	0	14	3	0	0	1	-1	0	0
Gestão Hoteleira	47	16	1	0	16	1	0	0	0	0	0	0
Gestão de Qualidade	37	8	4	0	11	1	0	0	3	-3	0	0
Gestão de Risco	36	10	2	0	10	2	0	0	0	0	0	0
Instalações e Equipamentos	46	7	8	1	7	5	4	0	0	-3	3	0
Jurídico	38	13	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0
Nutrição e Alimentação	43	12	3	0	12	3	0	0	0	0	0	0
Planeamento e Controlo	35	12	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0
Recursos Humanos	43	14	2	0	10	4	1	1	-4	2	1	1
Segurança Saúde Ocupacional	39	10	3	0	10	2	1	0	0	-1	1	0
Serviço Social	43	10	5	0	12	1	0	2	2	-4	0	2
Sistemas de Informação	61	14	2	0	10	4	2	0	-4	2	2	0
Transportes	42	11	3	0	11	3	0	0	0	0	0	0
TOTAL	886	248	55	2	243	49	9	4	-5	-6	7	4
		81%	18%	1%	80%	16%	3%	1%				

De notar que foram graduados como “Elevados” as seguintes tipologias de risco:

- RG 1 – Não segregação de funções, pelo Serviço de Recursos Humanos;
- RG 3 – Financiamento, pelo Conselho de Administração;
- RG 4 – Conformidade, pelo Serviços de Sistemas de Informação;
- RG 5 – Segurança da Informação, pelo Serviço de Sistemas de Informação;
- RG 8 – Gestão do Conhecimento, pelo Serviço de Instalações e Equipamentos e pelo Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional;
- RG 10 – Capacidade Instalada, pelo Serviço de Instalações e Equipamentos;
- RG 12 – Segurança de Pessoas, pelo Serviço de Instalações e Equipamentos; e
- CI 2 – Acompanhamento da Gestão de Contratos, pelo Serviço de Instalações e Equipamentos.

B. SERVIÇOS, UNIDADES, GABINETES E CARGOS DE DIREÇÃO ASSISTENCIAIS

Relativamente aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção Assistenciais, num total de 36 Serviços, constata-se que 81% dos riscos são avaliados como sendo “Fracos” (461 riscos), 12% como sendo “Moderados” (69 riscos), 5% como sendo “Elevados” (29 riscos) e 2% riscos que já não se aplicavam aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção (13 riscos).

Destacam-se como os Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção Assistenciais com riscos “Elevados”: a Patologia Clínica e Imagiologia (4 riscos cada); a Ginecologia/Obstétrica (3 riscos), a Cardiologia, o CRAC, a Oftalmologia e a Radioterapia (2 riscos cada); e a Anatomia Patológica, a Anestesiologia, a Gastroenterologia, a Otorrinolaringologia, ULPPCIRA e o SUG (com 1 risco cada).

Quadro 3 – Resumo da Avaliação dos Riscos do PPRCIC – Serviços Assistenciais

Serviços	Total Medidas a Implementar	Plano 2022			2023				Variação			
		Riscos Identificados			Avaliação Risco				Fraco	Moderado	Elevado	N/A
		Fraco	Moderado	Elevado	Fraco	Moderado	Elevado	N/A				
Anatomia Patológica	44	10	5	1	11	4	1	0	1	-1	0	0
Anestesiologia	44	12	3	1	12	3	1	0	0	0	0	0
Bloco Operatório	44	15	1	0	16	0	0	0	1	-1	0	0
Cardiologia	44	14	2	0	12	2	2	0	-2	0	2	0
CRAC	44	16	0	0	13	1	2	0	-3	1	2	0
Cirurgia Ambulatório	44	12	4	0	13	2	0	1	1	-2	0	1
Cirurgia Geral	44	13	3	0	14	2	0	0	1	-1	0	0
Cirurgia Plástica	44	13	3	0	11	3	0	2	-2	0	0	2
Consulta Externa	44	10	4	2	10	4	2	0	0	0	0	0
Cuidados Intensivos	44	11	4	1	11	3	2	0	0	-1	1	0
Cuidados Paliativos	44	14	2	0	14	2	0	0	0	0	0	0
DMEM	44	15	1	0	16	0	0	0	1	-1	0	0
Farmacêuticos	48	13	4	1	15	3	0	0	2	-1	-1	0
Gastroenterologia	44	14	1	1	14	1	1	0	0	0	0	0
Ginecologia/Obstétrica	44	12	4	0	11	1	3	1	-1	-3	3	1
Imagiologia	44	12	0	4	10	1	4	1	-2	1	0	1
Imunohemoterapia	44	14	0	2	16	0	0	0	2	0	-2	0
Infecciologia	41	12	3	0	13	2	0	0	1	-1	0	0
Medicina Física Reabilitação	44	12	3	1	11	4	0	1	-1	1	-1	1
Medicina Interna	44	16	0	0	15	0	0	1	-1	0	0	1
Neurologia	44	15	1	0	13	3	0	0	-2	2	0	0
Oftalmologia	44	12	3	1	12	2	2	0	0	-1	1	0
Oncologia	44	16	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0
Ortopedia	44	14	2	0	15	1	0	0	1	-1	0	0
Otorrinolaringologia	44	14	1	1	13	1	1	1	-1	0	0	1
Patologia Clínica	44	10	2	4	10	2	4	0	0	0	0	0
Pediatria	44	14	2	0	13	2	0	1	-1	0	0	1
Pneumologia	44	16	0	0	15	1	0	0	-1	1	0	0
Psicologia	42	13	2	0	11	2	0	2	-2	0	0	2
Psiquiatria	44	13	3	0	14	1	0	1	1	-2	0	1
Radioterapia	44	12	4	0	12	2	2	0	0	-2	2	0
Senologia	44	14	2	0	14	1	0	1	0	-1	0	1
ULPPCIRA	34	8	3	1	10	1	1	0	2	-2	0	0
Urgência Básica	44	11	5	0	12	4	0	0	1	-1	0	0
Urgência Geral	44	8	4	4	9	6	1	0	1	2	-3	0
Urologia	44	10	6	0	14	2	0	0	4	-4	0	0
TOTAL	1 573	460	87	25	461	69	29	13	1	-18	4	13
		80%	15%	4%	81%	12%	5%	2%				

De notar que foram graduados como “Elevados” as seguintes tipologias de risco:

- RG 10 – Capacidade Instalada, pela Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, CRAC, Consulta Externa, UCI, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Radioterapia, ULPPCIRA, SUG e Obstétrica/Ginecologia e Bloco de Partos;
- RG 14 – Gestão de Recursos, pelo CRAC, Consulta Externa, UCI, Imagiologia, Patologia Clínica, Oftalmologia e Obstétrica/Ginecologia e Bloco de Partos;
- RG 8 – Gestão do Conhecimento, pela Gastroenterologia, Cardiologia e Imagiologia;

- RG 12 – Segurança das Pessoas, pela Patologia Clínica e Imagiologia;
- RG 9 – Reputação e Imagem, pela Patologia Clínica, Obstétrica/Ginecologia e Bloco de Partos e Imagiologia;
- RG 4 – Conformidade, pela Radioterapia.

C. RESUMO

No computo geral, num total de 58 Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, constata-se que 80% dos riscos são avaliados como sendo “Fracos” (705 riscos), 13% como sendo “Moderados” (118 riscos), 4% como sendo “Elevados” (38 riscos) e 2% riscos que já não se aplicavam aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção (17 riscos).

Quadro 4 – Avaliação dos Riscos Potenciais do CHBM

Riscos	Avaliação RISCOS									
	Fraco		Moderado		Elevado		N/A		Total	
	Plano 2022	2023	Plano 2022	2023	Plano 2022	2023	Plano 2022	2023	Plano 2022	2023
RG 1 – Não segregação de funções	13	12	0	0	0	1	0	0	13	13
RG 2 - Autorizações e responsabilidade	19	19	1	1	0	0	0	0	20	20
RG 3 - Financiamento	2	1	1	2	1	1	0	0	4	4
RG 4 - Conformidade	43	44	14	12	1	2	0	0	58	58
RG 5 - Segurança da Informação	44	47	10	6	0	1	0	0	54	54
RG 6 - Desenvolvimento e manutenção dos Sistemas de Informação	2	1	1	2	0	0	0	0	3	3
RG 7 - Ambiental	27	31	11	9	2	0	0	0	40	40
RG 8 - Gestão do Conhecimento	41	39	14	14	3	5	0	0	58	58
RG 9 - Reputação e imagem	32	32	8	7	2	3	0	0	42	42
RG 10 - Capacidade instalada	16	12	17	18	11	14	0	0	44	44
RG 11 - Segurança física e das instalações	3	2	1	2	0	0	0	0	4	4
RG 12 - Segurança de pessoas	25	27	15	14	4	3	0	0	44	44
RG 13 - Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta	47	47	11	11	0	0	0	0	58	58
RG 14 - Gestão de recursos	34	39	19	11	4	7	0	0	57	57
RC 1 - Imparcialidade	52	54	5	3	0	0	0	0	57	57
RC 2 - Faturação indevida	11	11	1	1	0	0	0	0	12	12
RC 3 - Apropriação indevida de ativos	45	44	3	4	0	0	0	0	48	48
RC 4 - Suborno	55	56	2	1	0	0	0	0	57	57
RC 5 - Demonstrações financeiras fraudulentas	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2
CI 1 – Acumulação de funções incompatíveis	51	53	2	0	0	0	0	11	53	64
CI 2 - Acompanhamento da gestão de contratos	51	40	1	0	0	1	0	0	52	41
CI 3 - Uso abusivo de posição	56	58	2	0	0	0	0	6	58	64
CI 4 - Relação dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	40	34	0	0	0	0	0	0	40	34
N.º TOTAL RISCOS	711	705	139	118	28	38	0	17	878	878
%	81%	80%	16%	13%	3%	4%	0%	2%		

Pela análise deste quadro constata-se os riscos de nível moderado e elevado são na sua maioria Riscos de Gestão, com 98 riscos moderados e 37 riscos elevados (11% e 4% do total dos riscos

identificados no Plano, respetivamente), seguindo-se os Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, com 9 riscos moderados (cerca de 1% do total dos riscos identificados no Plano) e por fim os Riscos de Conflitos de Interesse, com 1 risco elevado.

Quadro 5 – Resumo Riscos Potenciais CHBM

		Serviços de Apoio		Serviços Assistenciais		Total		Variação
		Plano 2022	Monitorização 2022	Plano 2022	Monitorização 2022	Plano 2022	Monitorização 2022	
N.º Riscos Identificados		305	305	573	573	878	878	0
Nível do Risco	Elevado	2	8	26	21	28	29	1
	Moderado	55	52	84	74	139	126	-13
	Fraco	248	241	463	465	711	706	-5
	N/A	0	4	0	13	0	17	17
Quantificação dos Riscos	Elevado	1%	3%	5%	4%	3%	3%	
	Moderado	18%	17%	15%	13%	16%	14%	
	Fraco	81%	79%	81%	81%	81%	80%	
	N/A	0%	1%	0%	2%	0%	2%	

Como se constata da análise ao Quadro 5, somente 4% do total dos riscos do CHBM são avaliados como “Elevados” (38 riscos) e os riscos avaliados como “Moderados” representam 13% (118 riscos).

De realçar que, da avaliação efetuada aquando da elaboração do Plano de Riscos de 2022 para a avaliação efetuada no final de 2023, o número de riscos avaliados como “Fraco” diminuiu (- 6), o número de riscos avaliados como “Moderado” diminuiu (- 21), o número de riscos avaliados como “Elevado” aumentou (+ 10) e foram considerados 17 riscos como não aplicáveis aos Serviços.

Desta forma, identificou-se como relevantes e com necessidade de maior acompanhamento e definição de ações, os seguintes riscos moderados e elevados, dos diferentes Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, a saber:

- **Nos Serviços Assistenciais:**
 - O risco relacionado com a *Capacidade instalada* foi o risco mais vezes considerado com nível elevado, por 13 Serviços, e moderado por 13 serviços;
 - O risco da *Gestão de Recursos*, foi considerado elevado por 7 Serviços e moderado por 7 Serviços;
 - O risco da *Gestão do Conhecimento*, foi considerado elevado por 3 Serviço e moderado por 11 Serviços;
 - O risco *Segurança de pessoas*, foi considerado elevado por 2 Serviços e moderado por 13 Serviços;

- O risco de *Reputação e Imagem* foi considerado elevado por 3 Serviços e moderado por 5 Serviços;
- O risco de *Conformidade*, foi considerado elevado por 1 Serviço e moderado por 4 Serviços;
- O risco *Ambiental*, foi considerado moderado por 8 Serviços;
- O risco *Segurança da Informação*, foi considerado moderado por 5 Serviços;
- O risco *Manuais de procedimentos, boas práticas e código de conduta*, foi considerado moderado por 3 Serviços;
- O risco de *Apropriação indevida de activos*, foi considerado moderado por 2 Serviços;
- O risco de *Imparcialidade* apenas foi considerado moderado por 1 serviço.

3. Monitorização das Medidas Minimizadoras do Risco

A CAPC procedeu à monitorização das medidas propostas por todos os serviços do CHBM, tendo recorrido à análise das matrizes enviadas pelos serviços, nomeadamente ao estado de concretização das medidas de prevenção ou mitigação dos riscos.

A. SERVIÇOS, UNIDADES, GABINETES E CARGOS DE DIREÇÃO DE APOIO

Relativamente aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção de Apoio, num total de 22, constata-se que 92% das medidas minimizadoras do risco foram implementadas (816 medidas), 4% das medidas minimizadoras do risco se encontram em curso (36 medidas), 1% das medidas minimizadoras não foram implementadas (9 medidas) e 2% das medidas respeitavam a risco que já não se aplicam aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção (16 medidas).

Quadro 6 – Resumo da Execução da Medidas Propostas - Serviços de Apoio

Serviços	Plano 2022	2022							
	Total Medidas a Implementar	Medidas para Mitigação do Risco							
		Implementada	%	Não Implementada	%	Em Curso	%	N/A	%
Conselho Administração	52	52	100%	0	0%	0%	0%	0	0%
Academia Formação	37	35	95%	0	0%	2	5%	0	0%
Aprovisionamento	43	41	95%	0	0%	0	0%	2	5%
Arquivo Clínico	30	20	67%	0	0%	10	33%	0	0%
Auditoria Interna	30	30	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Codificação e Auditoria Clínica	32	29	91%	0	0%	2	6%	1	3%
Comunicação e Imagem	29	29	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Esterilização	32	31	97%	0	0%	1	3%	0	0%
Financeiros	46	46	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestão de Doentes	45	39	87%	0	0%	6	13%	0	0%
Gestão Hoteleira	47	47	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gestão de Qualidade	37	34	92%	0	0%	3	8%	0	0%
Gestão de Risco	36	27	75%	0	9%	0	0%	0	0%
Instalações e Equipamentos	46	45	98%	0	0%	1	2%	0	0%
Jurídico	38	38	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Nutrição e Alimentação	43	43	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Planeamento e Controlo	35	34	97%	0	0%	0	0%	1	3%
Recursos Humanos	43	41	95%	0	0%	0	0%	2	5%
Segurança Saúde Ocupacional	39	34	87%	0	0%	1	3%	4	10%
Serviço Social	43	37	86%	0	0%	0	0%	6	14%
Sistemas de Informação	61	47	77%	9	15%	5	8%	0	0%
Transportes	42	42	100%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	886	821	93%	9	1%	31	3%	16	2%

De notar que o único Serviço que tem medidas não implementadas é o Serviço de Sistemas de informação, com 5 medidas não implementadas, bem como com 9 medidas em curso. As medidas em questão necessitam que o CHBM invista na aquisição de serviços e/ou equipamentos. Por se tratar de uma área em que possui 2 riscos “elevados” e 4 riscos “moderados”, será de envidar esforços para que as medidas minimizadoras sejam implementadas, com a rapidez possível, de forma a reduzir o nível dos riscos identificados neste serviço.

B. SERVIÇOS, UNIDADES, GABINETES E CARGOS DE DIREÇÃO ASSISTENCIAIS

Relativamente aos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção Assistenciais, num total de 36 Serviços, constata-se que 93% das medidas minimizadoras do risco foram implementadas (1.466 medidas), 3% das medidas minimizadoras do risco se encontram em curso (47 medidas) e somente 1% das medidas minimizadoras não foram implementadas (9 medidas).

Quadro 7 – Resumo da Execução da Medidas Propostas - Serviços Assistenciais

Serviços	Plano 2022	2022							
	Total Medidas a Implementar	Medidas para Mitigação do Risco							
		Implementada	%	Não Implementada	%	Em Curso	%	N/A	%
Anatomia Patológica	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Anestesiologia	44	41	93%	2	5%	1	2%	0	0%
Bloco Operatório	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Cardiologia	44	40	91%	0	0%	4	9%	0	0%
CRAC	44	43	98%	0	0%	1	2%	0	0%
Cirurgia Ambulatório	44	38	86%	0	0%	0	0%	6	14%
Cirurgia Geral	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Cirurgia Plástica	44	31	70%	0	0%	4	9%	9	20%
Consulta Externa	44	42	95%	0	0%	0	0%	2	5%
Cuidados Intensivos	44	40	91%	0	0%	4	9%	0	0%
Cuidados Paliativos	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
DMEM	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Farmacêuticos	48	48	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Gastroenterologia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Ginecologia/Obstetrícia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Imagiologia	44	34	77%	2	5%	6	14%	2	5%
Imunohemoterapia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Infeciologia	41	38	93%	0	0%	3	7%	0	0%
Medicina Física Reabilitação	44	37	84%	4	9%	3	7%	0	0%
Medicina Interna	44	40	91%	0	0%	0	0%	4	9%
Neurologia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Oftalmologia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Oncologia	44	43	98%	0	0%	0	0%	1	2%
Ortopedia	44	42	95%	0	0%	0	0%	2	5%
Otorrinolaringologia	44	40	91%	0	0%	0	0%	4	9%
Patologia Clínica	44	31	70%	0	0%	13	30%	0	0%
Pediatria	44	41	93%	1	2%	2	5%	0	0%
Pneumologia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Psicologia	42	34	81%	0	0%	2	5%	6	14%
Psiquiatria	44	35	80%	0	0%	0	0%	9	20%
Radioterapia	44	42	95%	0	0%	2	5%	0	0%
Senologia	44	38	86%	0	0%	0	0%	6	14%
ULPPCIRA	34	32	94%	0	0%	2	6%	0	0%
Urgência Básica	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Urgência Geral	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
Urologia	44	44	100%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	1.573	1.466	93%	9	1%	47	3%	51	3%

Pela análise do Quadro 7 constata-se que as medidas que não foram implementadas são referentes a somente 4 dos Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção Assistenciais (11% do total), a saber:

- Anestesiologia – as medidas não implementadas necessitam de investimento por parte do CHBM, nomeadamente na aquisição de aplicações informáticas;
- Imagiologia – as medidas não implementadas necessitam de investimento por parte do CHBM, nomeadamente na melhoria dos recursos informáticos e das instalações do serviço;
- Medicina Física e de Reabilitação – devido às obras nas instalações do serviço, durante o 2º semestre de 2022, algumas das medidas preconizadas não puderam ser implementadas, o que se espera vir a conseguir no ano de 2023;

- Pediatria – com a obra de requalificação da Urgência Pediátrica, que deverá ocorrer durante o ano de 2023, espera-se implementar a medida em questão.

C. RESUMO

No computo geral, num total de 58 Serviços, Unidades, Gabinetes e Cargos de Direção, constata-se que, das 2.459 medidas minimizadoras de risco identificadas no Plano, somente 18 não se encontram implementadas e 87 encontram-se em curso.

Quadro 8 – Monitorização da Implementação da Medidas

Medidas		Serviços	Serviços de Apoio	Serviços Assistenciais	N.º Total
N.º Medidas Identificadas			886	1.573	2.459
Status	Implementada		821	1.466	2.287
	Em Curso		40	47	87
	Não Implementada		9	9	18
	Não Aplicável		16	51	67
Taxa de	Implementadas		93%	93%	93%
	Em Curso		5%	3%	4%
	Não Implementadas		1%	1%	1%
	Não Aplicável		2%	3%	3%

Numa abordagem geral, o valor resumo das medidas propostas para prevenção ou mitigação dos riscos apresentam os seguintes resultados:

- Implementadas – 93%
- Em curso – 4%
- Não implementadas – 1%
- Não aplicadas – 3%

VI. Autoavaliação da Política de Gestão de Conflitos de Interesses

Na sua recomendação, de 8 de janeiro de 2020, o CPC recomendou que todas as entidades do Sector Público procedessem regularmente a uma autoavaliação da respetiva política de gestão de conflito de interesses através da resposta sequencial às seguintes questões:

- Considera que gere adequadamente as situações de conflitos de interesses?
- Dispõe de políticas e procedimentos adequados para gerir as situações de conflito de interesses?
- Está a aplicar devida e efetivamente as políticas e procedimentos de gestão de conflito de interesses?

Da autoavaliação realizada, os Serviços do CHBM consideram que:

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

R: Sim.

- Dispõe de políticas e procedimentos adequados para gerir as situações de conflito de interesses?

R: Sim, nomeadamente a existência do Código de Conduta Ética, Manual de Contratação Pública, segregação de funções e declarações de conflitos de interesses e incompatibilidades.

- Está a aplicar devida e efetivamente as políticas e procedimentos de gestão de conflito de interesses?

R: Sim, os profissionais dos Serviços do CHBM conhecem as políticas e procedimentos de gestão de conflitos de interesses e sabem do dever de cumprimento.

VII. Conclusões e Recomendações

1. Conclusões

A implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas para o período em análise foi bem-sucedida, havendo participação de todos os serviços do CHBM. A mencionada participação no PPRCIC denota a preocupação do Órgão de Gestão e Diretores/Coordenadores de serviços em melhorarem o sistema de controlo interno da instituição.

Conclui-se que as medidas adotadas para prevenção e/ou mitigação do risco foram eficazes e o PPRCIC é um instrumento de grande utilidade no melhoramento da gestão do risco na instituição e de grande utilidade na tomada de decisão, planeamento e execução de atividades.

2. Recomendações

Face ao exposto no presente relatório e conclusões obtidas, o CAPC coloca à consideração do Conselho de Administração a adoção das seguintes recomendações:

- ✓ A aprovação do presente relatório nos termos da Recomendação n.º 1/2009 do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), publicada em DR, 2ª série, n.º 140 de 22 de julho, e do artigo 5º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e enviar cópia do mesmo ao MENAC e órgãos de tutela e superintendência e controlo;
- ✓ Divulgar o presente relatório junto de todos os serviços da entidade, sensibilizando os diretores/coordenadores para a aplicação das medidas de mitigação e/ou prevenção de riscos identificadas, que ainda se encontrem em curso ou por implementar;
- ✓ Sensibilizar a Academia de Formação para a necessidade de incluir no Plano Anual de Formação ações de reflexão e formação relativas ao Risco de Corrupção e Infrações Conexas;
- ✓ Publicar o presente relatório no Portal interno e externo e na área dos instrumentos de gestão da entidade, no Portal do SNS (versão não confidencial);
- ✓ Sensibilizar os diretores/coordenadores dos serviços para a importância da gestão do risco no plano de gestão do sistema de controlo interno, bem como da implementação de todas as medidas propostas para prevenção ou mitigação do risco.;
- ✓ Elaborar o Plano de Riscos da ULSAR, abarcando todas as áreas organizacionais da instituição e tomando em consideração as diretrizes emanadas pelo Mecanismo Anticorrupção (MENAC).