



Hospital
de **Braga** EPE

**Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão
(incluindo os de corrupção e infrações conexas)**

2023

Serviço de Auditoria Interna
Agosto 2024

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. Introdução.....	3
2. Caracterização do Hospital de Braga, EPE	3
3. Metodologia	5
4. O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão do HB.....	5
5. Resultados	8
6. Conclusões e Recomendações.....	12
7. Reporte.....	14

SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde;

CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção;

EPE – Entidade Pública Empresarial;

HB – Hospital de Braga, EPE;

MENAC – Mecanismo Nacional Anticorrupção;

PPRG – Plano de prevenção de Riscos de Gestão (incluindo os de corrupção e infrações conexas);

SAI – Serviço de Auditoria interna;

SGC – Serviço de Gestão de Compras;

SPCG – Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;

SGH – Serviço de Gestão Hoteleira;

SGL – Serviço de Gestão Logística;

SGRH – Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

ULS – Unidade Local de Saúde;

ULSB – Unidade Local de Saúde de Braga, EPE

1. INTRODUÇÃO

A gestão de riscos é muito importante na gestão estratégica de uma organização pois é através deste processo que se analisam os riscos inerentes à sua atividade.

Na sua atividade diária, o Hospital de Braga (HB) está exposto a diversos riscos de diferentes naturezas: clínicos, não clínicos e organizacionais ou de gestão.

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (PPRG) contempla os riscos de natureza organizacional ou de gestão e constitui um dos instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O presente documento visa dar cumprimento ao previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como pelo PPRG do HB e, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial do HB.

2. CARATERIZAÇÃO DO HOSPITAL DE BRAGA, EPE

O HB, criado através do Decreto-Lei n.º 75/2019 de 30 de maio, foi responsável por desenvolver todas as tarefas adjacentes à transição da gestão do estabelecimento hospitalar, da esfera privada para a esfera pública até ao dia 31 de agosto de 2019 e assegurar a gestão pública do estabelecimento hospitalar a partir de 1 de setembro de 2019.

O HB é uma instituição com personalidade coletiva de direito público com natureza pública empresarial, regendo-se pelo Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado e por outras normas especiais decorrentes do seu objeto social.

De acordo com a Portaria nº 82/2014, de 10 de abril, o HB é classificado como uma instituição hospitalar de Grupo II e a sua área de influência corresponde aos distritos de Braga e de Viana do Castelo, servindo como hospital de primeira linha para os concelhos de Braga, Amares, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como hospital de segunda linha para a área remanescente. Assim, o HB serve uma área direta de cerca de 274.769 utentes e abrange, globalmente, uma área de cerca de 1.100.000 habitantes.

O HB funciona numa estrutura arquitetónica moderna e dispõe de 705 camas destinadas a internamento, 13 salas de bloco operatório, 8 salas de bloco de partos, bloco periférico de obstetrícia com 1 sala, 132 gabinetes de consulta externa, instalações para realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de apoio a todas as especialidades clínicas e 1 heliporto.

Na área da investigação, o HB integra o Centro Clínico Académico, que tem por objeto social o desenvolvimento da investigação clínica, enquadrada num ambiente de prestação de cuidados de saúde e a promoção e produção de conhecimento no sentido de tornar os cuidados clínicos mais efetivos, melhorando a qualidade e eficiência assistencial.

A gestão do HB desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à atividade, encontrando-se suportada, entre outros, nos seguintes documentos:

- ✓ Estatutos dos hospitais EPE;
- ✓ Regulamento Interno;
- ✓ Organograma;
- ✓ Contrato-Programa;
- ✓ Código de Conduta e Ética;
- ✓ Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho;
- ✓ Procedimentos Internos e Instrumentos de prevenção de fraude - Plano de Prevenção de Riscos de Gestão e o Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

Missão e Visão

O HB tem como **missão** prestar cuidados de saúde de excelência, através de uma prática caracterizada pela qualidade, competência, rigor, eficiência e diferenciação, fortalecendo o princípio da humanização e envolvimento com a comunidade e promovendo, simultaneamente, a valorização pessoal e técnica dos seus profissionais. Paralelamente, incentiva o ensino pré e pós-graduado e fomenta a investigação, em estreita colaboração com instituições universitárias, nas várias vertentes das ciências da saúde. A **visão** do HB é ser uma referência na prestação de cuidados de saúde em Portugal, assente nas melhores práticas clínicas e na inovação, promovendo o desenvolvimento sustentado, a par de uma relação de excelência com os seus utentes, familiares e profissionais.

Valores e Princípios

Na gestão das suas atividades, o HB defende os seguintes valores: Respeito; Desenvolvimento humano; Competência; Responsabilidade; Paixão; Compromisso e Inovação.

Os **princípios** do HB são:

- Respeito pela dignidade humana e orientação com foco no utente;
- Talento, formação, multidisciplinaridade e trabalho em equipa;
- Cultura de gestão e prática assistencial centradas em elevados padrões éticos;
- Promoção da saúde na sociedade e envolvimento na comunidade;
- Fomentar práticas de sustentabilidade, nomeadamente ambiental;
- Eficiência no uso dos recursos e probidade na conduta.

Órgãos Sociais

De acordo com o Estatuto do SNS, são órgãos sociais do HB: o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

3. METODOLOGIA

A elaboração do presente documento enquadra-se na fase de monitorização e controlo do PPRG e corresponde ao relatório de avaliação anual.

O trabalho realizado, na presente ação, compreendeu as seguintes fases:

1. Realização do exercício de auto-avaliação da implementação das medidas preventivas previstas nas matrizes de gestão de risco, sendo este exercício realizado pelos responsáveis de cada uma das matrizes de gestão de risco;
2. Realização de reuniões com os referidos responsáveis, para análise das auto-avaliações recebidas e recolha das evidências consideradas adequadas;
3. Emissão do Relatório de Execução do PPRG 2023.

Importa aqui referir que a entrada em funcionamento da ULS de Braga, EPE (ULSB), em janeiro de 2024, exigiu, por parte dos serviços responsáveis pelas matrizes de gestão de risco, uma forte dedicação à redefinição de circuitos e processos, a par da necessidade de garantir o funcionamento operacional das suas atividades diárias. Esta realidade, e a gestão de prioridades a que obrigou, condicionou a elaboração do presente relatório até ao final do mês de abril.

4. O PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO DO HB

O PPRG é um instrumento de gestão utilizado na identificação, avaliação, monitorização e prevenção dos riscos de gestão que afetam os objetivos operacionais e estratégicos do HB e é parte integrante do seu Sistema de Controlo Interno.

O PPRG visa:

- Identificar situações potenciadoras de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas;

- Estabelecer as medidas preventivas que permitam reduzir esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;
- Definir um sistema de controlo e monitorização das medidas implementadas e respetivos efeitos.

Na elaboração do PPRG foi tida em consideração a metodologia de gestão de risco recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) no manual “Metodologia de Gestão de Risco” (2007) e a “Norma de Gestão de Riscos” (2003) da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA).

Áreas de Risco

As preocupações com o risco, traduzem-se na identificação de áreas suscetíveis de gerarem situações violadoras de princípios, disposições legais e práticas de bom governo, nomeadamente na prossecução do interesse público e na atuação com transparência, imparcialidade e boa fé.

Considerando a atividade do HB, as recomendações do CPC e o conhecimento sobre a Organização detido pelos membros do Conselho de Administração, foram estabelecidas como áreas mais suscetíveis de gerarem fatores potenciais riscos, as seguintes:

- Conselho de Administração/Pessoal Dirigente
- Gestão de Compras;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Gestão de Existências;
- Gestão Hoteleira;
- Planeamento e Controlo de Gestão;
- Gestão de Conflitos de Interesses.

Para cada uma das áreas identificadas foram construídas Matrizes de Gestão de Risco.

Relativamente aos riscos associados ao processo de gestão de conflitos de interesses, por ser uma área transversal às restantes áreas, a avaliação do risco e a definição de medidas preventivas foram incluídas em cada uma das matrizes, nomeadamente para assegurar o cumprimento das recomendações do CPC nesta matéria.

Além das áreas acima identificadas, foi ainda elaborada a Matriz de Gestão de Risco do Serviço de Auditoria Interna.

Avaliação de Risco

A elaboração das Matrizes de Gestão de Risco pressupõe o seguinte exercício por parte dos diretores de serviço:

- identificação dos fatores potenciais de risco suscetíveis de afetarem a concretização dos objetivos e passíveis de gerarem a prática de atos de incumprimento;
- classificação dos fatores identificados, atribuída apenas em termos qualitativos, quanto à sua sensibilidade ao risco, ou seja, probabilidade de ocorrência e de impacto esperado.

Para o efeito foram adotados os seguintes critérios:

- Quanto à **probabilidade de ocorrência**

Alta	A situação de risco identificada tem elevada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Média	A situação de risco identificada tem moderada possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.
Baixa	A situação de risco identificada tem reduzida possibilidade de ocorrer ao longo de 1 ano.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

- Quanto ao **impacto esperado**

Alto	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto significativo sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro significativo para o HB; Violação grave dos princípios associados ao interesse público, lesando a credibilidade do HB e do próprio Estado.
Médio	A situação de risco identificada tem potencial para causar: Impacto sobre a atividade operacional do HB; Prejuízo financeiro para o HB.
Baixo	A situação de risco identificada não tem potencial para causar danos relevantes ao nível da imagem e atividade operacional do HB, nem para provocar prejuízos financeiros.

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

O efeito conjugado das duas variáveis dá origem à seguinte matriz:

Matriz de Risco		Probabilidade de Ocorrência		
		Alta	Média	Baixa
Impacto Esperado	Alta	Alta	Alta	Média
	Média	Alta	Média	Baixa
	Baixa	Média	Baixa	Baixa

Adaptado da Norma de Gestão de Riscos da Federação das Associações Europeias de Gestão de Risco (FERMA)

Considera-se prioritário o desenvolvimento das ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma alta sensibilidade ao risco (vermelho).

Num segundo nível de prioridade devem ser consideradas as ações preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores que apresentam uma média sensibilidade ao risco (amarelo).

O PPRG tem subjacente uma monitorização periódica através da elaboração de relatórios anuais sobre a sua execução. Esta monitorização tem como objetivo avaliar o nível de implementação das medidas de mitigação, apontando eventuais deficiências, aperfeiçoando a deteção de novos riscos ou recomendando a adoção e implementação de novos procedimentos, bem como a melhoria dos já existentes.

A execução do PPRG está sujeita a controlo efetuado nos seguintes termos:

- Elaboração, no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco alto;
- Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas e a previsão da conclusão da sua implementação.

O PPRG é revisto a cada três anos ou sempre que ocorram alterações nas atribuições ou na estrutura orgânica do HB e que justifique uma revisão dos fatores potenciais de risco, da sua classificação ou das medidas preventivas.

5. RESULTADOS

O PPRG apresenta 7 matrizes de gestão de risco que identificam, no total, 70 fatores potenciais de risco e 97 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos respetivos fatores potenciais de risco.

A análise dos exercícios de auto-avaliação realizado pelos responsáveis das matrizes de gestão de risco permite concluir que cerca de 44% das medidas preventivas foram consideradas implementadas, cerca de 45% das medidas foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 10% das medidas foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Comparativamente com os resultados de 2022 verifica-se uma ligeira evolução positiva quanto às medidas preventivas consideradas implementadas (44% em 2023, face a 41% em 2022). Relativamente às medidas não implementadas, não se verifica qualquer evolução.

Importa ainda referir que, os serviços responsáveis pelas matrizes de gestão de risco foram, ao longo de 2023, envolvidos no processo de preparação da transição para o modelo ULS, que veio a concretizar-se em janeiro de 2024. Assim, a necessidade de dedicação ao processo de transição condicionou a evolução da implementação das medidas preventivas ao longo de 2023.

Matrizes de Gestão de Risco	Nº fatores potenciais de risco	Nº Medidas preventivas	Avaliação da implementação das medidas preventivas					
			Não Implementada		Parcialmente Implementada		Implementada	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conselho de Administração e Pessoal Dirigente	7	5	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
Auditoria Interna	6	7	1	14,3%	1	14,3%	5	71,4%
Gestão de Existências	10	14	0	0,0%	6	42,9%	8	57,1%
Gestão Hoteleira	13	14	1	7,1%	3	21,4%	10	71,4%
Gestão de Compras	14	19	1	5,3%	16	84,2%	2	10,5%
Gestão de Recursos Humanos	14	29	6	20,7%	11	37,9%	12	41,4%
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Total	70	97	10	10,3%	44	45,4%	43	44,3%

Seguidamente é apresentada, para cada uma das matrizes de gestão de risco, uma perspetiva da evolução da implementação das medidas preventivas identificadas.

Conselho de Administração e Pessoal Dirigente

O Conselho de Administração identificou, nesta matriz de gestão de risco, 7 fatores potenciais de risco e 5 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que todas as medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), mantendo a avaliação obtida em 2022.

Assim, deverá ser dada continuidade à promoção da consolidação dos resultados obtidos.

Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 7 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (5 medidas), cerca de 14% (1 medida) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 14% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos no ano de 2022, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Existências

O Serviço de Gestão Logística (SGL) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 10 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de existências e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 57% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (8 medidas), cerca de 43% (6 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e que não existem medidas preventivas para as quais ainda não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação. Estes resultados são coincidentes com os obtidos no ano de 2022, não se verificando qualquer evolução.

É ainda de referir que o SGL propõe, na sua reavaliação do risco, alteração do grau de risco de um fator potencial de risco, no sentido de o aumentar. Esta reavaliação será tida em consideração na próxima revisão do plano.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Hoteleira

O Serviço de Gestão Hoteleira (SGH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 13 fatores potenciais de risco associados à sua atividade e 14 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 71% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (10 medidas), cerca de 21% (3 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 7% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos no ano de 2022, não se verificando qualquer evolução.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Compras

O Serviço de Gestão de Compras (SGC) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 14 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de compras e 19 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 11% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (2 medidas), cerca de 84% (16 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 5% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação), sendo de esclarecer que a implementação desta medida é da responsabilidade do Serviço de Gestão Financeira. Estes resultados apresentam uma ligeira evolução positiva quanto às medidas preventivas implementadas (11% em 2023, face a 5% em 2022).

Importa referir que o ano de 2022 foi, para o SGC, um ano de mudança e reestruturação que produziu efeitos ainda em 2023. De facto, fruto da reestruturação ocorrida no 4º trimestre de 2022 a equipa do SGC foi reforçada/alterada ao longo de 2023 o que exigiu o respetivo processo de integração e formação desses elementos.

É ainda de referir que o SGC propõe, na sua reavaliação do risco, diversas alterações no grau de risco, todas elas no sentido de o aumentar. Esta reavaliação será tida em consideração na próxima revisão do plano.

O serviço deverá continuar desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Gestão de Recursos Humanos

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 14 fatores potenciais de risco associados ao processo de gestão de recursos humanos e 29 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 41% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (12 medidas), cerca de 38% (11 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 21% (6 medidas) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados apresentam uma ligeira evolução positiva quanto às medidas preventivas implementadas (41% em 2023, face a 38% em 2022).

É ainda de referir que o SGRH propõe, na sua reavaliação do risco, alterações no grau de risco de três fatores potenciais de risco, no sentido de o aumentar. Esta reavaliação será tida em consideração na próxima revisão do plano.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

Planeamento e Controlo de Gestão

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão (SPCG) identificou, na sua matriz de gestão de risco, 6 fatores potenciais de risco associados ao processo de planeamento e controlo de gestão e 9 medidas preventivas que visam minimizar os efeitos da sua ocorrência.

Da análise ao exercício de auto-avaliação realizada no âmbito da presente ação, conclui-se que cerca de 11% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (1 medidas), cerca de 78% (7 medidas) foram consideradas parcialmente implementadas e cerca de 11% (1 medida) foram consideradas não implementadas (não foram desenvolvidas ações com vista a assegurar a sua implementação). Estes resultados são coincidentes com os obtidos no ano de 2022, não se verificando qualquer evolução.

É ainda de referir que o SPCG propõe, na sua reavaliação do risco, alterações no grau de risco de um fator potencial de risco, no sentido de o reduzir, considerando as medidas adotadas. Esta reavaliação será tida em consideração na próxima revisão do plano.

O serviço deverá continuar a desenvolver a sua atividade com vista a consolidar os resultados obtidos e promover as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas que se encontram parcialmente implementadas e por implementar, dando prioridade aos fatores que apresentam maior sensibilidade ao risco.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Tal como referido no PPRG, o HB desenvolveu e implementou instrumentos de gestão que auxiliam a detetar, avaliar e mitigar o risco de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses, nomeadamente:

- ✓ O Regulamento Interno;
- ✓ O Código de Conduta e Ética;
- ✓ A existência de um Serviço de Auditoria Interna;
- ✓ A acreditação pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;

- ✓ A certificação pela norma ISO 9001:2013 dos Serviços de Anatomia Patológica, Esterilização, Farmácia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Patologia Clínica e Limpeza pela CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems;
- ✓ Certificação Ambiental (ISO 14001) e da Segurança e Saúde no Trabalho (ISO 45001) pela entidade acreditadora APCER - Associação Portuguesa de Certificação;
- ✓ Regulamentos dos serviços, políticas, manuais de procedimentos, instruções de trabalho e procedimentos internos;
- ✓ O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão;
- ✓ Regulamento do Sistema de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações.

O efeito conjugado do funcionamento dos instrumentos de gestão acima referidos contribui para a diminuição da ocorrência de riscos de gestão, corrupção, infrações conexas e conflitos de interesses.

O HB dispõe de um modelo de gestão de risco cuja adaptação à realidade EPE está em curso e que exige, por força da sua singularidade organizacional enquanto EPE, um envolvimento de Auditoria Interna mais abrangente que o recomendado.

Não obstante as exigências do ano de 2023, quanto à garantia de desenvolvimento das ações necessárias à criação da ULSB, os responsáveis das matrizes de gestão de risco conseguiram assegurar a consolidação dos resultados obtidos em 2022 e, em alguns casos verificou-se uma evolução positiva quanto à implementação das medidas preventivas.

Os serviços devem manter o seu empenho na conclusão da implementação das medidas ainda em curso e assegurar a consolidação dos resultados obtidos.

Assim, e face ao referido ao longo do presente documento, apresentam-se as seguintes recomendações:

- ✓ Continuar a desenvolver as ações necessárias à conclusão da implementação das medidas preventivas;
- ✓ Assegurar a consolidação dos resultados obtidos;
- ✓ Realizar ações de formação que promovam a divulgação do PPRG e da sua metodologia junto dos colaboradores e dirigentes;
- ✓ Assegurar, até final de 2024, uma revisão ao PPRG que permita uma maior abrangência de áreas de atividade, traduza a realidade do funcionamento em modelo ULS e reflita a reavaliação do risco efetuada no âmbito da presente ação.

7. REPORTE

Nos termos do previsto no estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, bem como no PPRG do HB, o presente relatório de execução será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo e ao MENAC e divulgado, através da sua publicitação na intranet e na página oficial do HB, no prazo de 10 dias após a sua aprovação pelo Conselho de Administração.