

JUNHO DE 2025

**PLANO DE PREVENÇÃO
DE RISCOS DE
CORRUPÇÃO E
INFRAÇÕES CONEXAS
2025-28**

PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2025-28

FICHA TÉCNICA

Título

Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Coordenação

Responsável pelo Cumprimento Normativo, Dra. Ana Simas

Edição

Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Redação

Serviço de Auditoria Interna e Compliance

Versão

4

Data da Versão

01/06/2025

© Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

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

www.hdes.pt

LISTA DE ABREVIATURAS

CA - Conselho de Administração

EDSOAP - Estatuto do Pessoal Dirigente dos Serviços e Organismos da Administração Pública

HDES - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

LGTFP - Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

PPRCIC - Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas

RGPCIC - Regime Geral de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas

RGPD - Regime Geral de Proteção de Dados

ÍNDICE

Prefácio.....	7
1. Caracterização do HDES.....	8
2. Enquadramento Conceptual.....	11
3. Enquadramento Metodológico.....	16
4. Matriz de Risco do HDES.....	19
5. Plano de Ação para Implementação do PPRCIC.....	20
6. Monitorização, avaliação e atualização do PPRCIC-HDES.....	24
Conclusão.....	28

PREFÁCIO

O presente Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) do Hospital do Divino Espírito Santo, E.P.E.R. (HDES) visa identificar, prevenir e mitigar situações suscetíveis de originar práticas de corrupção ou outras infrações conexas, assegurando a integridade e a legalidade no desempenho das suas funções.

A elaboração deste plano está alinhada com o Regime Geral da Prevenção da Corrupção (Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro) e com os deveres de ética e conduta decorrentes da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas e demais legislação laboral em vigor, além das normas que regulam a atividade hospitalar.

O HDES reconhece a importância de implementar mecanismos preventivos robustos, que garantam a confiança dos cidadãos e das entidades parceiras no setor público da saúde, promovendo boas práticas de gestão, prevenção de riscos e melhoria contínua.

A prevenção e deteção precoce de comportamentos desviantes permitem ao HDES atuar de forma pró-ativa, minimizando riscos e assegurando a legalidade, transparência e qualidade nos serviços prestados à população.

CARACTERIZAÇÃO DO HDES

1.1 MISSÃO

A missão do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES) consiste, conforme plasmado no seu Regulamento Interno, em atender, na área dos cuidados diferenciados de saúde, a população das ilhas de São Miguel e de Santa Maria e, nas especialidades regionais, a população de toda a Região, efetuando os diagnósticos, os tratamentos e a reabilitação dos doentes, assim como apoiando e articulando a sua atividade com os cuidados primários de saúde, com os hospitais da Região e com os hospitais centrais do Serviço Nacional de Saúde. Assim, os objetivos gerais do HDES são:

- **Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo útil;**
- **Eficácia e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;**
- **Melhoria contínua da qualidade;**
- **Cumprimento do plano de orientação estratégica plurianual e do plano anual de atividades;**

Compete ainda ao HDES facultar aos seus colaboradores:

- **Formação contínua e atualização profissional, nomeadamente, através do cumprimento dos programas de acolhimento e integração na Instituição e nos serviços, assim como de outros programas de formação que satisfaçam os requisitos do HDES e dos seus vários grupos profissionais;**
- **Canais de comunicação, orientações e procedimentos, que regulem as relações de trabalho;**
- **Materiais e equipamentos, para permitir que os seus colaboradores exerçam as suas funções no Hospital;**
- **Igualdade de oportunidades;**

- **Acesso a um serviço de saúde ocupacional confidencial**

1.2 NATUREZA E REGIME JURÍDICO

O Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, com o Número de Identificação Fiscal 512 103 097, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial da Região Autónoma dos Açores e do artigo 8.º - F do Estatuto do Serviço Regional de Saúde está organizado como entidade pública empresarial regional. Resulta do Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro, na redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 22/2015/A, de 18 setembro.

É uma unidade de saúde caracterizada, fundamentalmente, por uma elevada diferenciação clínica e com uma dimensão média em termos de lotação.

O seu modelo organizativo é definido através de um regulamento interno, baseado numa lógica de gestão em cascata, liderada pelo Conselho de Administração, procurando prestar cuidados em saúde diferenciados, centrados no doente, com qualidade e segurança, recorrendo a profissionais de elevada competência técnica e humana.

1.3 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

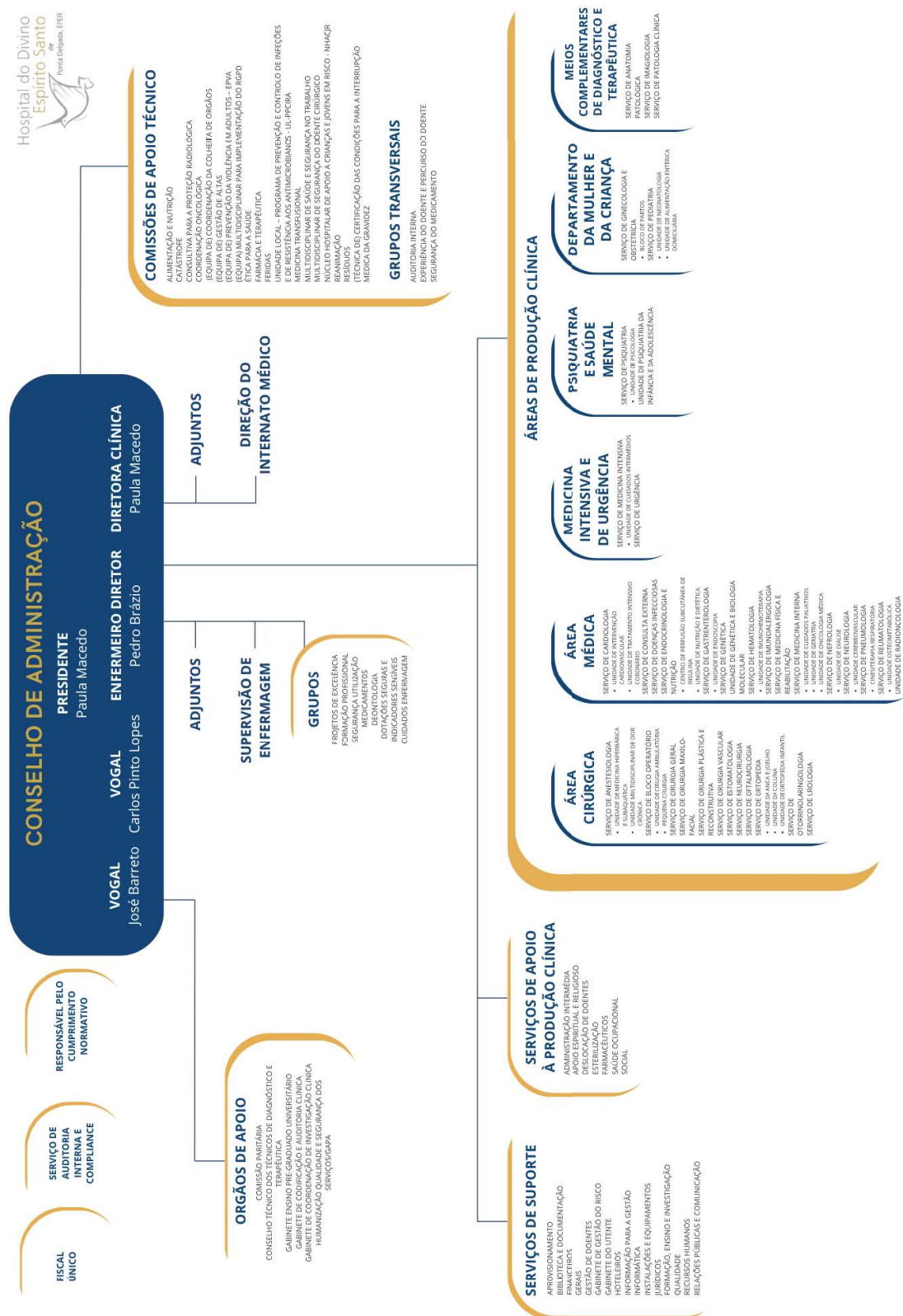
De acordo com o artigo 5.º dos seus estatutos, aprovados como Anexo II ao Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro – Altera o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS) que permite a transformação dos hospitais regionais em entidades públicas empresariais, aprovando o respetivo regime jurídico e estatutos -, o HDESPD tem como órgãos sociais o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo.

Os elementos que compõem o CA foram nomeados através da **Resolução do Conselho do Governo n.º 159-A/2024 de 31 de outubro de 2024**, com início de funções a 1 de novembro de 2024, sendo este órgão constituído por quatro elementos, respetivamente:

- **Maria Paula Raposo Fonseca Macedo Paz Ferreira, como Presidente e Diretora Clínica;**
- **Pedro Rodriguez Novais Brázio, como Enfermeiro-Diretor;**
- **José Barreto Vasques de Carvalho, como Vogal;**

- **Carlos Ferreira Pinto Lopes, como Vogal.**

1.4 ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO



CAPÍTULO 2

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 RISCO

“A combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas consequências.”¹

Esta definição deve ser lida à luz de dois elementos essenciais:

1. **Probabilidade** – a oportunidade de determinado evento ocorrer, com base em fatores como o histórico da instituição, vulnerabilidade dos procedimentos, controlo interno existente ou inexistente, entre outros.
2. **Impacto** – a gravidade das consequências caso o risco se concretize, afetando a confiança dos utentes, o erário público, a qualidade dos serviços de saúde, ou a legalidade e ética da atuação dos profissionais e gestores.

Assim, a análise e gestão dos riscos de corrupção num hospital deve identificar, avaliar e mitigar essas possibilidades, atuando preventivamente sobre os pontos vulneráveis dos processos administrativos, clínicos e financeiros.

2.2 GESTÃO DO RISCO

O QUE É A GESTÃO DE RISCO?

A gestão de riscos é um processo sistemático e contínuo, integrado na governança e liderança a todos os níveis da organização, considerando influências internas, externas, comportamentais e culturais e que preconiza a identificação, análise, avaliação, tratamento, monitorização e revisão dos riscos, devendo integrar todas as atividades organizacionais.

¹ O Mecanismo Nacional Anticorrupção adota, no seu Guia n.º 1/2023, a definição de risco conforme proposta pela Federation of European Risk Management Associations (FERMA).

PORQUÊ GERIR RISCOS?

O principal objetivo da gestão de riscos é proteger e fortalecer a organização, transformando incertezas em oportunidades e garantindo decisões mais seguras e eficazes.

Ademais, protege a organização e gera valor em várias dimensões. Concretamente, permite:

- Promover um crescimento sustentável, com base em processos estruturados e controlados;
- Melhorar a tomada de decisões e ajudar a definir prioridades com mais segurança;
- Usar os recursos de forma mais eficiente;
- Reduzir incertezas e instabilidade nos resultados;
- Proteger os ativos e reforçar a imagem e reputação da organização;
- Valorizar o conhecimento e as competências das equipas;
- Aumentar a eficiência e a eficácia operacional.

PRINCÍPIOS DA GESTÃO DE RISCO

Uma boa gestão de risco deve:

- Ser contínua e acompanhar a estratégia da organização.
- Analisar riscos passados, presentes e, sobretudo, futuros.
- Estar integrada na cultura da organização, com liderança ativa da direção.
- Traduzir a estratégia em ações concretas, com responsabilidades bem definidas.

COMO FUNCIONA O PROCESSO?

1. **Definir o contexto** – Clarificar objetivos, critérios e limites da análise.
2. **Identificar os riscos** – Mapear eventos que possam afetar a organização.

3. **Analisar o risco** – Avaliar a probabilidade de ocorrência e o impacto.
4. **Avaliar e priorizar** – Classificar os riscos e decidir como agir.
5. **Tratar o risco** – Escolher uma ou mais estratégias: evitar, reduzir, partilhar, aceitar ou até explorar.
6. **Comunicar e consultar** – Envolver as partes interessadas e garantir que todos compreendem os riscos e as ações.
7. **Monitorizar e rever** – Acompanhar a eficácia das medidas, rever o plano regularmente e ajustar conforme necessário.

COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO

Todo o processo deve ser bem documentado e comunicado, para garantir transparência e apoiar a tomada de decisões informadas.

2.3 CORRUPÇÃO

De uma forma geral, fala-se em corrupção quando uma pessoa, no cumprimento das suas funções, recebe ou aceita receber uma vantagem a que não tem direito em troca da prestação de um serviço.

O Código Penal sistematiza as diversas formas de corrupção em:

- Recebimento indevido de vantagem (artigo 372º do Código Penal);
- Corrupção passiva para acto ilícito (artigo 373º, n.º 1 do Código Penal);
- Corrupção passiva para acto lícito (artigo 373º, n.º 2 do Código Penal);
- Corrupção activa (artigo 374º do Código Penal).

2.4 INFRACÇÕES CONEXAS

A par dos crimes de corrupção, existem ainda outros crimes com relevo na actividade da Administração Pública e que podem colocar em causa o regular e normal exercício de funções públicas, designadamente:

- O tráfico de influência (artigo 335º do Código Penal);
- O peculato (artigo 375º do Código Penal);
- O peculato de uso (artigo 376º do Código Penal);
- A participação económica em negócio (artigo 377º do Código Penal);
- A concussão (artigo 379º do Código Penal);
- O abuso de poder (artigo 382º do Código Penal);
- A violação de segredo por funcionário (artigo 383º do Código Penal);
- O abandono de funções (artigo 385º do Código Penal).

Dada a natureza das funções exercidas pelas instituições públicas e por todos os que exercem funções públicas existe também um conjunto de deveres específicos que tem de ser salvaguardado, designadamente:

- Um conjunto de requisitos e obrigações que visam garantir a imparcialidade de quem exerce funções públicas em matéria de:

- Incompatibilidades e impedimentos (artigo 19º e 20º da LGTFP, artigo 16º e 17º do EPDSOAP);
- Acumulação com outras funções públicas (artigo 21º da LGTFP, artigo 23º da LGTFP, artigo 16º do EPDSOAP);
- Acumulação com funções privadas (artigo 22º da LGTFP, artigo 23º da LGTFP, artigo 16º do EPDSOAP);

- Proibições específicas (artigo 24º da LGTFP)
- Um conjunto de deveres gerais do empregador público e do trabalhador (artigo 70º da LGTFP);
- Um conjunto de deveres do empregador público (artigo 71º da LGTFP);
- Um conjunto de garantias do trabalhador que deverão ser salvaguardadas (artigo 72º da LGTFP);
- Um conjunto de deveres do trabalhador (artigo 73º da LGTFP).

2.5 CONFLITO DE INTERESSES

Estamos perante uma situação de conflito de interesses sempre que algum decisor ou participante num processo de decisão se encontra numa posição que, vista de forma objetiva, é suscetível de comprometer a sua independência e de causar no seu juízo influência de interesses distintos dos interesses da instituição, sejam esses interesses patrimoniais ou não, próprios ou alheios.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A definição da matriz de risco e a elaboração do plano de implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) do Hospital do Divino Espírito Santo, E.P.E.R. (HDES) foram desenvolvidas de acordo com o quadro legal e orientador aplicável à integridade pública, nomeadamente:

- **Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro**, que aprovou o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC);
- **Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro**, na atual redação que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e o estabeleceu como entidade supervisora do cumprimento do RGPC, alterado e republicado pelo **Decreto-Lei n.º 70/2025, de 29 de abril**, que reforça o regime aplicável aos programas de cumprimento normativo nas entidades públicas;
- **Guia MENAC n.º 1/2023 – setembro**, que orienta a estruturação e operacionalização dos PPRCIC.

Com base neste enquadramento, o HDES seguiu uma **abordagem metodológica estruturada e participativa**, assente em princípios de proporcionalidade, especificidade institucional, transparência e melhoria contínua.

3.1 LEVANTAMENTO DE PROCESSOS E ÁREAS SENSÍVEIS

Iniciou-se o processo com a **identificação e caracterização dos processos operacionais e áreas funcionais com maior exposição a riscos**, tendo em conta critérios como a frequência de decisões discricionárias, a gestão de recursos financeiros e materiais, e o relacionamento com terceiros (prestadores, utentes, parceiros).

3.2 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

Foram identificados riscos específicos de corrupção e infrações conexas, associados a cada processo crítico. Esta etapa teve por base:

- O conhecimento interno dos serviços e dos seus responsáveis;
- Casuística relevante do setor da saúde;
- Os riscos-tipo indicados pelo Guia do MENAC e por recomendações anteriores do CPC;
- Princípios do Decreto-Lei n.º 70/2025, que reforça a importância de mecanismos preventivos e de cultura ética nas entidades públicas.

3.3 AVALIAÇÃO DOS RISCOS

A avaliação seguiu os critérios previstos no **Guia n.º 1/2023 do MENAC**, considerando:

- A **probabilidade** de ocorrência (baixa, média ou alta);
- O **impacto** em caso de concretização (reduzido, moderado ou elevado), abrangendo consequências legais, reputacionais, financeiras e operacionais.

3.3.1 CRITÉRIOS UTILIZADOS

Na matriz de risco desenvolvida para o Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), foi aplicada uma **escala qualitativa de avaliação de riscos** baseada na combinação destes dois critérios:

Probabilidade de Ocorrência

- **Alta** – O risco é provável de ocorrer com frequência, dada a natureza da atividade ou o histórico institucional.
- **Média** – O risco pode ocorrer ocasionalmente.
- **Baixa** – O risco é improvável, mas não impossível.

Impacto Potencial

- **Elevado** – Pode comprometer gravemente a missão, reputação, legalidade ou recursos do hospital.
- **Moderado** – Tem efeitos relevantes mas contornáveis, com impacto limitado.
- **Reduzido** – Consequências mínimas e facilmente reversíveis.

Da combinação destes dois critérios resultou o **nível de risco** (baixo, moderado, significativo ou crítico), expresso na matriz de risco.

Probabilidade / Impacto		Reduzido	Moderado	Elevado
	Baixa	Baixo	Moderado	Moderado
	Média	Moderado	Moderado	Significativo
	Alta	Moderado	Significativo	Crítico

Interpretação dos Níveis de Risco

- **Crítico** – Requer ação imediata; risco inaceitável sem controlo reforçado.
- **Significativo** – Deve ser mitigado com prioridade.
- **Moderado** – Necessita de monitorização e controlo adequado.
- **Baixo** – Aceitável; pode ser monitorizado rotineiramente.

3.4 DEFINIÇÃO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO

A cada risco identificado corresponde uma ou mais medidas de prevenção ou controlo, que podem incluir:

- Reforço dos procedimentos internos e da documentação;
- Controlo hierárquico e rotação de funções;
- Segregação de tarefas e digitalização de processos;
- Formação ética e sensibilização.

Estas medidas foram definidas em conformidade com o artigo 6.º do **Decreto-Lei n.º 70/2025**, que determina a necessidade de adequar os controlos aos riscos efetivos identificados.

3.5 PARTICIPAÇÃO E VALIDAÇÃO INSTITUCIONAL

O trabalho de análise contou com o **envolvimento dos dirigentes intermédios** e das unidades funcionais relevantes, assegurando o conhecimento direto dos processos. A versão final da matriz e do plano de ação foi **validada pelo Conselho de Administração**, conforme exigido pelo RGPC, garantindo o comprometimento institucional com a sua execução.

3.6 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Com base na matriz de risco, foi elaborado um plano de ação que define:

- As ações preventivas e corretivas a implementar;
- Os serviços responsáveis pela sua execução;
- Os prazos de implementação;
- Os **indicadores de desempenho e de eficácia**, conforme orientações do MENAC e requisitos do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, republicado pelo **Decreto-Lei n.º 70/2025, de 29 de abril**.

Este plano será objeto de monitorização contínua, de revisão anual e de comunicação à entidade supervisora, em conformidade com o quadro legal em vigor.

MATRIZ DE RISCO DO HDES

A matriz de risco apresentada a seguir resulta da identificação e análise dos principais riscos de corrupção e infrações conexas associados às atividades desenvolvidas no Hospital do Divino Espírito Santo. Este instrumento visa apoiar a gestão na tomada de decisões informadas, permitindo priorizar ações preventivas e de mitigação. Cada risco foi avaliado com base na sua probabilidade de ocorrência e impacto potencial, sendo propostas medidas de controlo adequadas para reduzir a exposição da instituição a situações de vulnerabilidade e promover uma cultura de integridade em todos os níveis organizacionais.

Área/Serviço	Risco Identificado	Probabilidade	Impacto	Nível de Risco	Medidas de Controlo
Contratação Pública / Aprovisionamento	Ajuste direto sem fundamentação ou favorecimento	Alta	Elevado	Crítico	Transparência nos critérios, júris rotativos
Recursos Humanos	Recrutamento baseado em favoritismo	Média	Elevado	Significativo	Concursos com júris externos e registo documental
Prescrição de Medicamentos / Farmácia	Prescrição influenciada por interesses externos	Baixa	Elevado	Moderado	Auditorias clínicas e formação ética
Gestão de Utentes / Atendimento	Tratamento desigual de utentes	Média	Moderado	Moderado	Registos automáticos e auditoria de processos
Comissões Técnicas / Protocolos	Favorecimento em pareceres ou protocolos	Baixa	Elevado	Moderado	Deliberações com ata e revisão jurídica
Relações Públicas e Comunicação	Uso indevido de informação institucional	Baixa	Moderado	Baixo	Validação de conteúdos e código de conduta
Gestão de Equipamentos / Informática	Manipulação de processos de aquisição tecnológica	Média	Elevado	Significativo	Segregação de funções e pareceres técnicos

Tabela 1 - Matriz de Risco do Hospital do Divino Espírito Santo, 01/06/2025

PLANO DE AÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS (PPRCIC)

HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA

A eficácia de qualquer plano de prevenção depende não apenas da sua conceção técnica, mas sobretudo da sua capacidade de ser concretizado na prática. Assim, a implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) do Hospital do Divino Espírito Santo, E.P.E.R. (HDES) assenta numa abordagem faseada, realista e alinhada com a estrutura organizativa da instituição.

Este capítulo apresenta o modelo de implementação adotado, que define as ações prioritárias, os responsáveis pela sua execução, os prazos, os recursos necessários e os mecanismos de monitorização e avaliação. O objetivo é garantir que o PPR seja um instrumento vivo, operacional e eficaz, promovendo uma cultura de integridade, transparência e responsabilidade transversal a toda a organização.

A implementação segue as orientações previstas no **Regime Geral de Prevenção da Corrupção (Lei n.º 93/2021)**, no **Decreto-Lei n.º 109-E/2021**, no **Decreto-Lei n.º 70/2025**, bem como no **Guia n.º 1/2023 do MENAC**, respeitando os princípios de proporcionalidade, adequação e melhoria contínua.

Eixo de Atuação	Ação	Responsável	Indicador de Monitorização	Prazo
1. Governança e Compromisso Institucional	Aprovar formalmente o PPR em Conselho de Administração	Conselho de Administração	Deliberação aprovada	Mês 1
	Designar o responsável pelo acompanhamento do PPR	Conselho de Administração	Nomeação formal publicada	Mês 1
	Integrar o PPR no portal interno do hospital e divulgar aos colaboradores	Relações Públicas / Comunicação	Nº de acessos ou visualizações do PPR	Mês 2
2. Mapeamento e Avaliação de Riscos	Atualizar matriz de risco com todos os serviços e unidades operacionais	Serviço de Auditoria Interna e Compliance	Nº de áreas avaliadas; nº de riscos identificados	Mês 2-3
	Validar matriz com Direções de Serviço	Direção Clínica e Direções Técnicas	Nº de contributos integrados	Mês 3
3. Prevenção e Controlo Interno	Rever procedimentos nas áreas de risco (ex.: contratação, RH, compras)	Serviços Jurídicos, Recursos Humanos, Aprovisionamento	Nº de procedimentos revistos; nº de novas instruções implementadas	Mês 3-5
	Implementar medidas de controlo interno (dupla validação, rotação, etc.)	Serviços Operacionais / Gestão	Nº de medidas implementadas	Mês 5-6
4. Capacitação e Formação	Formar dirigentes e quadros técnicos sobre riscos de corrupção	Formação / Auditoria Interna e Compliance	Nº de ações formativas; taxa de participação	Mês 4-6
	Realizar campanha de sensibilização sobre ética e conduta	Comunicação / Recursos Humanos	Nº de materiais divulgados; envolvimento dos colaboradores	Mês 5-6
5. Monitorização e Melhoria Contínua	Criar sistema de registo de incidentes e denúncias	Serviço de Auditoria Interna e Compliance / Informática / DPO	Plataforma criada; nº de registos/denúncias tratadas	Mês 6
	Avaliar eficácia do plano com base nos indicadores	Serviço de Auditoria Interna e Compliance	Relatório de avaliação anual	Final do Ano 1
	Atualizar o PPR anualmente	Conselho de Administração / Serviço de Auditoria Interna e Compliance	Nova versão publicada	Anualmente

Plano de Ação para Implementação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas do HDES, 01/06/2025

5.1 FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Com o objetivo de assegurar a concretização efetiva do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC), o Hospital do Divino Espírito Santo definiu uma estrutura de acompanhamento e execução do plano, atribuindo responsabilidades claras a diferentes unidades e intervenientes institucionais.

A tabela seguinte identifica os responsáveis diretos pela implementação das várias medidas previstas no plano, bem como as respetivas funções no âmbito da prevenção, monitorização e resposta a situações de risco. Esta definição de responsabilidades visa garantir a articulação entre os diferentes níveis hierárquicos, promover a responsabilização e facilitar o acompanha-

-mento sistemático do cumprimento das ações estabelecidas.

Entidade/Responsável	Funções e Responsabilidades
Conselho de Administração	- Aprovar o PPR e garantir a sua divulgação institucional; - Determinar a sua aplicação obrigatória; - Validar propostas de correção e atualização apresentadas; - Aprovar o relatório anual de execução do PPR.
Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN)	- Coordenar a implementação do PPR; - Assegurar a articulação com os serviços e com o Conselho de Administração; - Promover a revisão da arquitetura e dos critérios de gestão de risco; - Receber comunicações de risco e adotar medidas corretivas dentro da sua competência.
Serviço de Auditoria Interna e Compliance	- Acompanhar a execução das medidas do PPR e elaborar relatórios de progresso e avaliação anual; - Realizar auditorias internas aos processos de controlo e prevenção; - Analisar dados de monitorização e avaliar a eficácia das medidas implementadas; - Formular propostas de revisão do PPR para aprovação superior; - Assegurar a imparcialidade, confidencialidade e rastreabilidade dos processos de gestão de risco.
Responsáveis de Serviço/Área	- Garantir a execução do PPR na sua unidade funcional; - Identificar, registar e comunicar situações de risco relevante ao RCN; - Monitorizar a eficácia das medidas de controlo na sua área; - Propor melhorias ao PPR com base na experiência operacional; - Colaborar nos exercícios de revisão e atualização do plano.
Serviços Jurídicos	- Acompanhar e informar sobre alterações legislativas relevantes; - Apoiar a interpretação jurídica do plano e das medidas propostas; - Assessorar o tratamento de denúncias e processos relacionados com infrações; - Identificar funções e situações de risco acrescido do ponto de vista legal; - Emitir pareceres sobre enquadramento normativo e medidas preventivas.
Colaboradores	- Cumprir e aplicar as medidas do PPR na sua atividade diária; - Comunicar ao superior hierárquico situações de risco ou melhorias possíveis; - Apoiar os responsáveis de serviço na monitorização das medidas; - Contribuir com sugestões para a melhoria contínua do plano.

MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO PPRCIC-HDES

A eficácia monitorização e avaliação sistemática da execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPRCIC) são fundamentais para assegurar a sua eficácia, relevância e alinhamento com a realidade operacional e normativa da instituição.

Conforme previsto no **artigo 10.º da Lei n.º 93/2021** e reforçado pelo **Decreto-Lei n.º 70/2025**, o PPRCIC deve ser entendido como um instrumento dinâmico, sujeito a acompanhamento contínuo e melhoria progressiva.

5.1 OBJETIVOS DA MONITORIZAÇÃO

A monitorização tem como principais objetivos:

- Acompanhar a implementação das medidas previstas no plano;
- Verificar o grau de cumprimento das responsabilidades atribuídas;
- Detetar desvios, fragilidades ou riscos emergentes;
- Promover a melhoria contínua do sistema de prevenção da corrupção.

5.2 MECANISMOS E FONTES DE INFORMAÇÃO

O processo de monitorização baseia-se em diferentes mecanismos, que incluem:

- Relatórios de execução e autoavaliação elaborados pelos responsáveis de serviço;
- Dados operacionais e indicadores definidos no plano de ação;
- Auditorias internas realizadas pelo Serviço de Auditoria Interna e Compliance;

- Inquéritos internos, reuniões de acompanhamento e relatórios temáticos;
- Informação proveniente de sistemas de denúncia, reclamações e auditorias externas.

5.3 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA

A **avaliação da eficácia** do PPRCIC será realizada anualmente e basear-se-á nos seguintes critérios:

- Grau de execução das medidas preventivas;
- Redução de ocorrências de risco ou infrações conexas;
- Grau de participação dos serviços na implementação do plano;
- Adequação das medidas face à evolução da estrutura e da legislação;
- Nível de sensibilização e adesão dos colaboradores à cultura de integridade.

O **Serviço de Auditoria Interna e Compliance**, em articulação com o **Responsável pelo Cumprimento Normativo**, é responsável pela consolidação dos dados, elaboração do **Relatório Anual de Avaliação** e formulação de propostas de melhoria.

5.4 ATUALIZAÇÃO DO PLANO

Com base nos resultados da avaliação anual, o plano será atualizado sempre que se verifique:

- A alteração significativa na estrutura organizacional ou nos processos;
- A entrada em vigor de nova legislação com impacto no conteúdo do plano;
- A identificação de novos riscos ou a ocorrência de incidentes relevantes;
- A revisão de medidas que se demonstrem ineficazes ou inadequadas.

As propostas de atualização são submetidas à apreciação do **Responsável pelo Cumprimento Normativo**, validadas pelo **Serviço de Auditoria Interna e Compliance** e posteriormente aprovadas pelo **Conselho de Administração**.

5.5 COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do processo de monitorização e avaliação devem ser comunicados de forma clara e acessível:

- Ao **Conselho de Administração**, para efeitos de tomada de decisão;
- Às **unidades orgânicas**, para assegurar a mobilização institucional;
- Ao **MENAC**, através do envio do relatório anual, conforme exigido pelo artigo 13.º do RGPC.

A comunicação interna deve ainda incluir ações de devolução dos resultados e reforço das boas práticas, promovendo uma cultura de transparência e responsabilidade.

CONCLUSÃO

Com a aprovação e execução do presente Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, o Hospital do Divino Espírito Santo reforça o seu compromisso com a ética institucional, a boa governança e a confiança pública.

Espera-se que este plano seja um instrumento vivo, sujeito a monitorização permanente e revisão periódica, permitindo uma melhoria contínua dos mecanismos de controlo e prevenção e consolidando uma cultura organizacional de integridade em todos os níveis hierárquicos desta instituição.