



Hospital
de **Braga** EPE

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

2022

Serviço de Auditoria Interna
Abril 2023

ÍNDICE DE CONTEÚDO

1. Introdução.....	3
2. Caraterização 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.....	13

SIGLAS

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.

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 no PPRG do HB e, após a sua aprovação pelo Conselho de Administração, será comunicado aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, ao Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) 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 pelos Estatutos dos Hospitais EPE, aprovados 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 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 os Estatutos dos Hospitais EPE, 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 2022.

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 pressupôs 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 42% das medidas preventivas foram consideradas implementadas, cerca de 47% 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).

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%	17	89,5%	1	5,3%
Gestão de Recursos Humanos	14	29	6	20,7%	12	41,4%	11	37,9%
Planeamento e Controlo de Gestão	6	9	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Total	70	97	10	10,3%	46	47,4%	41	42,3%

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).

É agora necessário garantir a 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).

O serviço deverá 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.

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 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).

O serviço deverá 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 5% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (1 medida), cerca de 90% (17 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.

Importa referir que o ano de 2022 foi, para o SGC, um ano de mudança e reestruturação. O Conselho de Administração promoveu, no 4º trimestre de 2022, uma alteração na organização do SGC, dividindo-o em 3 grandes áreas de atuação – Aquisição de Material de Consumo Clínico, Aquisição de Serviços e de Equipamentos e Aquisição de Medicamentos – atribuindo a responsabilidade por cada área a um coordenador. A par desta reorganização do SGC, o Conselho de Administração promoveu uma intensificação da preparação da equipa pelo incentivo à formação e desencadeou os procedimentos necessários para o seu reforço (através da abertura de um concurso para recrutamento para a categoria de técnico superior).

Pelo exposto, é expectável que o ano de 2023 seja um ano de consolidação da equipa do SGC, bem como dos procedimentos de trabalho instituídos, o que se perspetiva que facilite o desenvolvimento de ações que visem a conclusão da implementação de diversas medidas preventivas.

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 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 38% das medidas preventivas foram consideradas implementadas (11 medidas), cerca de 41% (12 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).

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

O serviço deverá 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).

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 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 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.

Dos resultados apresentados conclui-se que os responsáveis das matrizes de gestão de risco desenvolveram ações com vista a implementar as medidas preventivas que visam minimizar os efeitos dos fatores potenciais de risco e que as mesmas apresentam taxas de implementação bastante positivas considerando que a aprovação do plano ocorreu em fevereiro de 2022.

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;
- ✓ Promover o funcionamento da Comissão de Monitorização do PPRG;
- ✓ Assegurar, até final de 2023, uma revisão ao PPRG que permita uma maior abrangência de áreas de atividade e reflita a reavaliação do risco efetuada no âmbito da presente ação.

7. REPORTE

Nos termos do previsto nos estatutos dos hospitais EPE, aprovados 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, ao CPC 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.

Braga, 26 de abril de 2023

A Auditora Interna

Ana Couto