



PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS, de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES  
CONEXAS

---

2013

## ÍNDICE

1. Introdução .....	3
2. Caracterização do Hospital.....	4
2.1 Área de Influência .....	4
2.2 Missão .....	6
2.3 Valores .....	6
2.4 Identificação do Órgão de Gestão .....	6
2.5 Caracterização do Ambiente Interno do Hospital .....	7
2.6 Estrutura Organizacional.....	8
3. Enquadramento .....	9
4. Identificação dos Riscos .....	10
4.1 Conceito de Risco e de Gestão de Risco .....	10
4.2 Áreas de Risco.....	10
4.3 Gestão e Controlo do Risco.....	11
5. Planos de Prevenção de Riscos .....	12
5.1 Matriz de Risco - Recursos Humanos .....	12
5.2 Matriz de Risco - Serviços Financeiros .....	13
5.3 Matriz de Risco – Logística .....	14
5.4 Matriz de Risco - Produção.....	15
5.5 Matriz de Risco – Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão.....	16
5.6 Matriz de Risco Direcção de Gestão e Tecnologias da Informação .....	16
6. Acompanhamento, Avaliação e Actualização do Plano .....	17
6.1 Análise da situação existente.....	17
6.2 Identificação das medidas não implementadas .....	18
6.3 Identificação de novos riscos para elaboração da matriz de risco do ano seguinte ....	18

## 1. Introdução

Na sequência da Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 01 de Julho de 2009, emitida pelo Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), cujo prazo foi prorrogado pela Recomendação nº1/2010, publicada em Diário da República, 2ª série, nº 71, de 13 de Abril de 2010, sobre “Planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas”, a qual estabelece que “Os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza, devem, (...) elaborar planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas (...)”, vem o Conselho de Administração do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (HFF), apresentar o seu Plano para o ano de 2013, no âmbito do qual se identificam os possíveis riscos e/ou eventos por áreas/Serviços, reportando, através de escala própria, o nível de impacte e grau de probabilidade de ocorrência e apresentando medidas preventivas.

A elaboração deste Plano constitui um esforço inicial no sentido de cumprir a recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, pelo que a sua implementação e divulgação, será feita com a maior brevidade, através dos meios ao dispor da Instituição.

Assim, e de acordo com as recomendações, o presente Plano tem por objectivos:

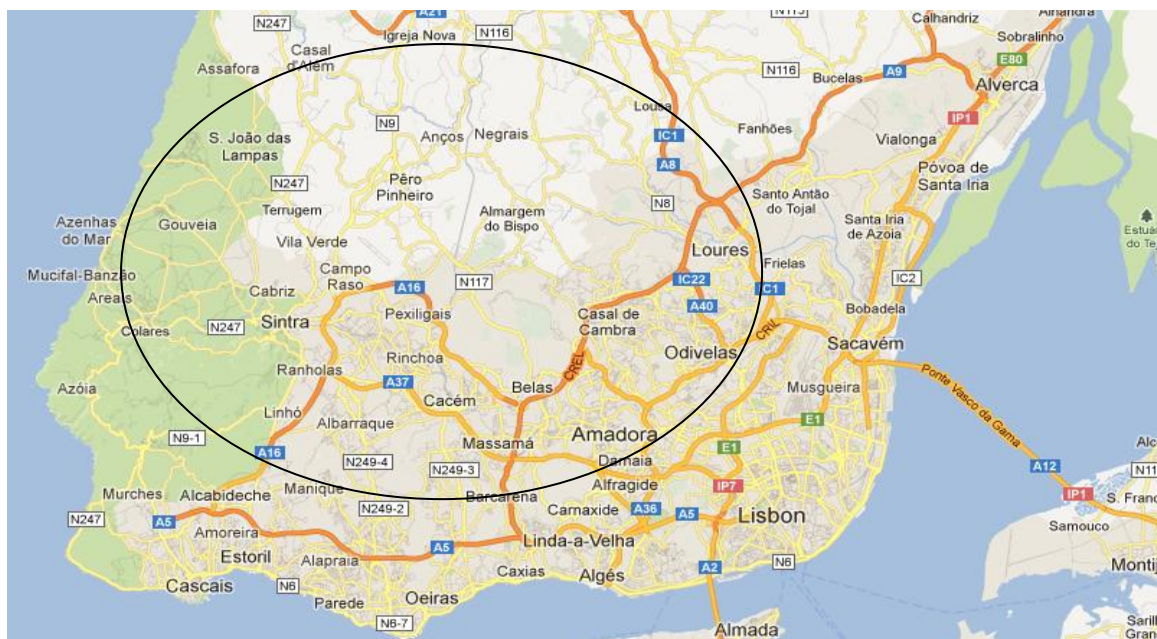
- Identificar as situações potenciadoras de riscos de corrupção e infracções conexas;
- Estabelecer as medidas preventivas e correctivas, que permitam reduzir esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;
- Definir um sistema de controlo e monitorização das medidas implementadas e respectivos efeitos.

Criando, deste modo, uma oportunidade para melhorar a qualidade dos mecanismos de controlo interno, o presente Plano será tanto mais eficaz, quanto maior for o envolvimento dos profissionais do Hospital na sua aplicação.

## 2. Caracterização do Hospital

### 2.1 Área de Influência

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., foi criado por Decreto-Lei, em Outubro de 2008, que definiu o seu novo estatuto jurídico, de entidade público-empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um Hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra.



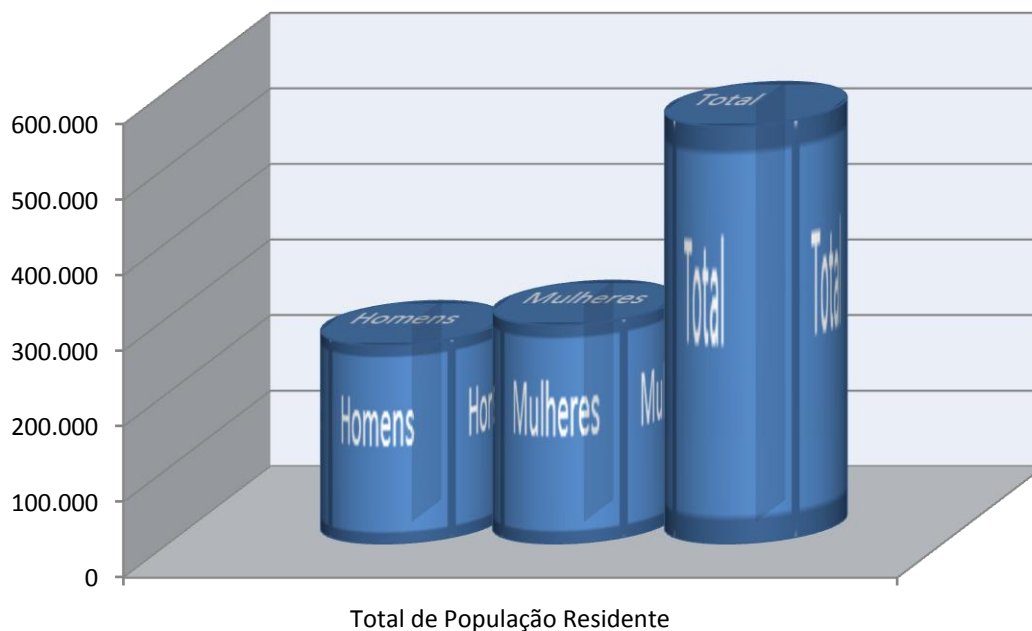
A população da área de influência do Hospital é de 552.972 habitantes (INE, 2011). A área de referência do Hospital inclui 2 concelhos do distrito da Grande Lisboa, estando distribuída da seguinte forma: Sintra – 68,33% e Amadora – 31,67%.

A população da área de influência do HFF, desde 2011, cresceu 2,47%, sendo que este crescimento deve-se ao Concelho de Sintra que cresceu 3,87%, mais 14.086 habitantes, enquanto que, no Concelho da Amadora se verificou um ligeiro decréscimo de 0,42% que corresponde a 736 habitantes.

A actividade do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., desenvolve-se de acordo com a política de saúde definida pelos programas dos Governos Constitucionais, concretizada através do cumprimento dos objectivos nacionais e regionais, definidos pelo Ministério da Saúde.

Neste âmbito, o Hospital, enquanto instituição pública, prestadora de cuidados de saúde, acompanha as reformas profundas do Serviço Nacional de Saúde, que pretendem criar as condições necessárias à execução das metas previstas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, garantindo, no seu contexto organizacional, os instrumentos necessários e adequados à prestação de cuidados centrados nas necessidades do cidadão, uma maior humanização do funcionamento dos seus serviços e a gestão responsável e criteriosa dos recursos disponíveis.

Local de residência	População residente por Local de residência e Sexo (2011)		
	Homens	Mulheres	Total
<b>Sintra</b>	<b>180.705</b>	<b>197.130</b>	<b>377.835</b>
Aigualva-Cacém	X	x	x
Algueirão-Mem Martins	31.600	34.650	66.250
Almargem do Bispo	4.401	4.582	8.983
Belas	12.691	13.396	26.087
Colares	3.623	4.005	7.628
Montelavar	1.740	1.819	3.559
Queluz	12.178	14.070	26.248
Rio de Mouro	22.567	24.744	47.311
Sintra (Santa Maria e São Miguel)	4.410	4.954	9.364
São João das Lampas	5.600	5.792	11.392
Sintra (São Martinho)	2.972	3.254	6.226
Sintra (São Pedro de Penaferrim)	7.024	6.977	14.001
Terrugem	2.502	2.611	5.113
Pêro Pinheiro	2.083	2.163	4.246
Casal de Cambra	6.168	6.533	12.701
Massamá	13.374	14.738	28.112
Monte Abraão	9.798	11.011	20.809
Aigualva	17.015	18.809	35.824
Cacém	10.112	11.177	21.289
Mira-Sintra	2.522	2.758	5.280
São Marcos	8.325	9.087	17.412
<b>Amadora</b>	<b>82.342</b>	<b>92.794</b>	<b>175.136</b>
Alfragide	4.708	5.196	9.904
Brandoa	8.535	9.270	17.805
Buraca	7.599	8.482	16.081
Damaia	9.734	11.160	20.894
Falagueira	6.820	7.711	14.531
Mina	8.445	9.532	17.977
Reboleira	6.558	7.786	14.344
Venteira	8.534	10.005	18.539
Alfornelos	4.880	5.559	10.439
São Brás	12.625	13.638	26.263
Venda Nova	3.904	4.455	8.359
<b>Total de População Residente</b>	<b>263.047</b>	<b>289.924</b>	<b>552.971</b>



## 2.2 Missão

O Hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo da vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os seus recursos humanos e materiais em obediência aos princípios da qualidade, de efectividade e de eficiência. Faz também parte da sua missão a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

## 2.3 Valores

A actividade desenvolvida pelos colaboradores do Hospital rege-se por procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e actuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos doentes e suas famílias, numa perspectiva de defesa do direito à protecção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais.

Fazem igualmente parte dos valores institucionais, a honestidade e rectidão na relação com terceiros, sejam doentes, fornecedores ou entidades técnicas e oficiais, obrigando-se todos os colaboradores do Hospital a pautarem o seu comportamento pelas normas de ética e deontologia aplicáveis.

Assim, são valores fundamentais, expressos no Código de Ética do Hospital:

- Defesa da Vida e da Dignidade Humanas;
- Serviço Público;
- Imparcialidade e Isenção;
- Responsabilidade;
- Profissionalismo;
- Integridade e Honestidade;
- Sigilo Profissional;
- Relações Interpessoais;
- Património;
- Ambiente e Sustentabilidade;
- O Hospital e a Comunidade;
- Relações Externas.

## 2.4 Identificação do Órgão de Gestão

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., é dirigido por um Conselho de Administração ao qual compete garantir o cumprimento dos objectivos estabelecidos pelo Governo, bem como o exercício de todos os poderes de gestão e é constituído pelos seguintes elementos:

<i>Presidente</i>	Dr. Luís Marques
<i>Vogal</i>	Dra. Helena Martins Alves
<i>Vogal</i>	Dr. Luís Gouveia
<i>Director Clínico</i>	Dr. Nuno Alves
<i>Enfermeiro Director</i>	Enfermeiro João Vieira

## 2.5 Caracterização do Ambiente Interno do Hospital

O Conselho de Administração do HFF, coloca o primado da gestão do risco, na segurança do doente e na qualidade dos serviços prestados.

No âmbito do processo de Acreditação pelo CHKS, são monitorizados os seguintes processos:

- Identificação correcta dos doentes;
- Prevenção e controlo das quedas;
- Prevenção e tratamento de feridas e úlceras de pressão;
- Higienização das mãos;
- Melhoria da segurança da medicação;
- Prevenção de lesões músculo-esqueléticas;
- Melhoria da comunicação.

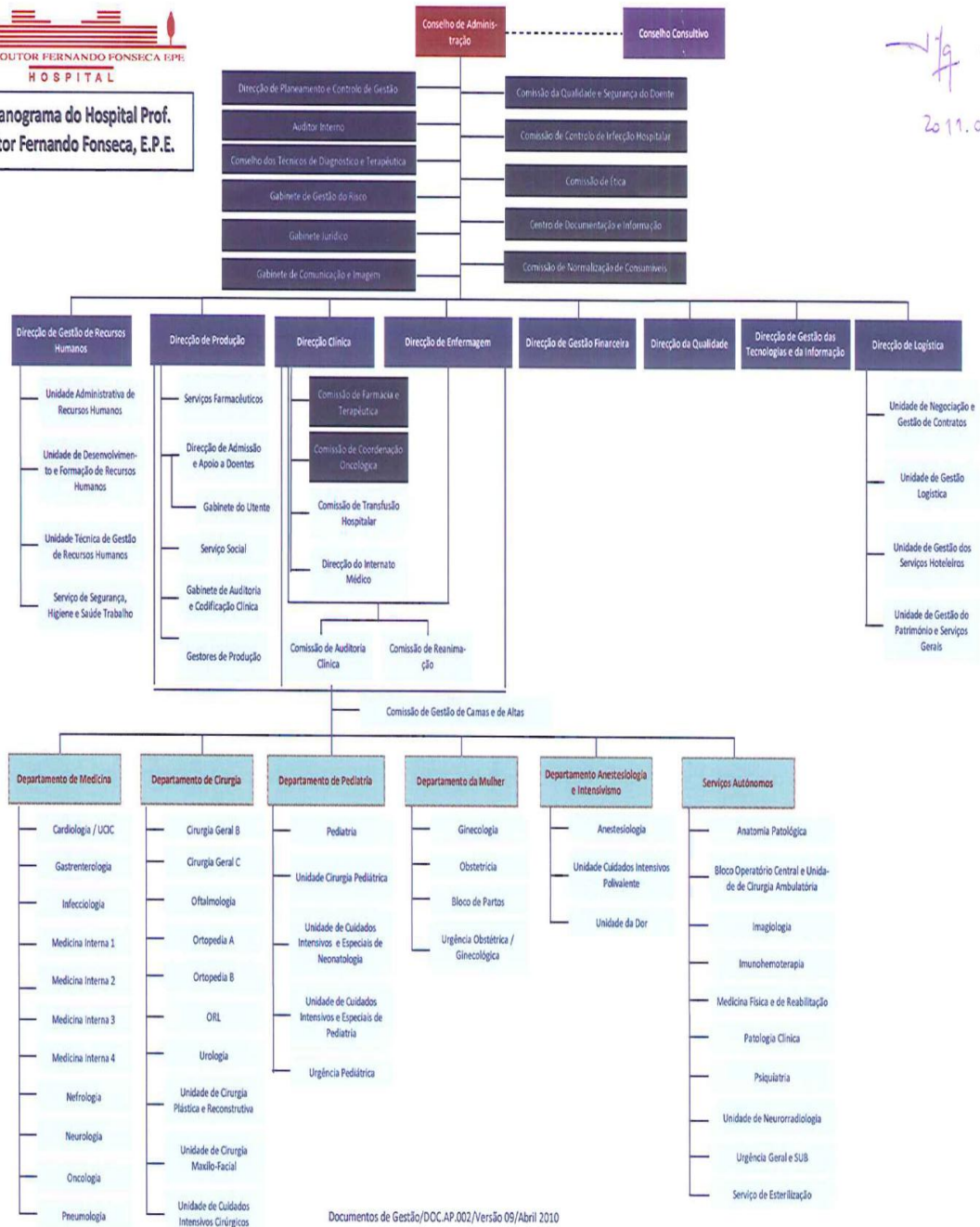
A gestão do Hospital desenvolve-se no enquadramento legislativo e normativo aplicável à sua actividade, encontrando-se suportada entre outros pelos seguintes documentos:

- Regulamento Interno;
- Código de Ética;
- Organograma;
- Plano Estratégico;
- Normas Internas (Acreditação pelo CHKS e ISO 9001;2008);
- Manuais.

## 2.6 Estrutura Organizacional



Organograma do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.



19 5493  
2011.07.29

PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS, de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES CONEXAS



### 3. Enquadramento

Para uma maior consciencialização de todos os colaboradores da Instituição, é importante ter presente os conceitos de corrupção e infracções conexas, os quais, sumariamente, se passam a descrever:

- Entende-se por **corrupção**, a vantagem indevida, ou mesmo a mera promessa desta, para a assunção de determinado comportamento, lícito ou ilícito, pela acção ou omissão de determinada prática, a qual é realizada com uma compensação, ou a promessa de uma qualquer compensação para o próprio ou para terceiro;
- Por **infracções conexas**, entendem-se outros crimes lesivos do bom funcionamento da Instituição, cuja finalidade comum será a obtenção de uma vantagem indevida, quer para si ou para terceiro, podendo configurar nomeadamente as figuras do abuso de poder, concussão, participação económica em negócio, o suborno, o tráfico de influências e o peculato. A configuração destes crimes e a sua tipificação encontram-se descritos na lei penal em vigor, em Portugal;
- Entende-se por **abuso de poder** o comportamento do funcionário que abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa;
- Entende-se por **concussão** a conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima;
- A **participação económica em negócio** pode ser definido como o comportamento do funcionário que, com intenção de obter, para si ou para terceiro, participação económica ilícita, lesar em negócio jurídico os interesses patrimoniais que, no todo ou em parte, lhe cumpre, em razão da sua função, administrar, fiscalizar, defender ou realizar;
- O acto de **suborno** é praticado por quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em processo judicial, ou a prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos;
- Entende-se por **tráfico de influência** o comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública;
- O **peculato** é a conduta do funcionário que ilegitimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções.

Configura-se como comum quer à corrupção quer às infracções conexas, o princípio, segundo o qual não devem existir quaisquer vantagens indevidas ou mesmo a mera promessa destas para o assumir de um determinado comportamento, seja ele lícito ou ilícito, ou por qualquer acção ou omissão.

É igualmente necessária a sensibilização, através de acções de formação quer para os trabalhadores existentes, quer para os novos admitidos, sobre a prevenção da corrupção e outros crimes conexas, de modo a garantir e a efectivar o rigoroso cumprimento ético dos deveres de todos, num quadro de constante transparência e autodiagnóstico consciente das acções empreendidas.

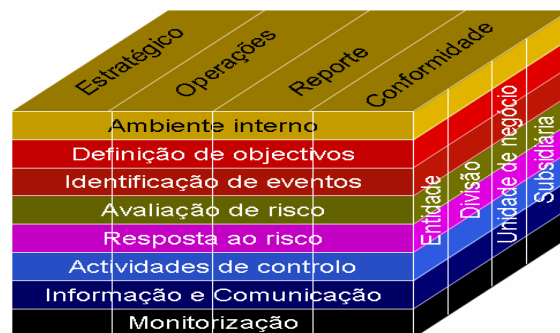
## 4. Identificação dos Riscos

### 4.1 Conceito de Risco e de Gestão de Risco

O Hospital definiu a Gestão de Risco na sua Estratégia como sendo “a cultura, processo e estrutura dirigida à gestão efectiva das potenciais oportunidades e das ocorrências relacionadas”.

Pode-se definir risco como o evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência que, caso ocorra, poderá comprometer a realização dos objectivos da Organização. Os eventos podem ser classificados como oportunidades (com impacte positivo) ou riscos (com impacte negativo).

A gestão do risco é o processo através do qual as organizações analisam, metodicamente, os riscos inerentes às respectivas actividades, com o objectivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada actividade individual e no conjunto de todas as actividades. Gerir o risco implica, pois, a elaboração de programas adaptados aos projectos e actividades principais ou ao nível de funções e departamentos, dependendo do projecto ou da natureza funcional da actividade.



A elaboração de planos de gestão de riscos, a par da existência de manuais de procedimentos, das actividades de controlo e da divulgação da informação relevante sobre os vários tipos de risco e respectivas medidas de minimização, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas, constituem alguns dos factores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infracções conexas em particular.

Cada plano de gestão de riscos tem em atenção os objectivos estratégicos e operacionais estabelecidos nos Planos trienais e anuais, sendo certo que também estes planos, no momento da sua concepção, têm em consideração os riscos da actividade, incluindo os de corrupção e infracções conexas, e as medidas de prevenção da ocorrência de fenómenos dessa natureza.

Por tudo o que foi dito, o presente Plano de prevenção de Riscos de Gestão, integrado na Política do Risco Geral, inclui os riscos de corrupção e infracções conexas, constituindo um novo instrumento fundamental como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas actividades.

Este Plano obedece aos princípios da integridade institucional, da disciplina, da responsabilidade e da transparência de actos e de decisões, inerentes à optimização dos recursos próprios da governação ética e da gestão por objectivos.

### 4.2 Áreas de Risco

São vários os factores que levam a que o desenvolvimento de uma actividade esteja sujeito a maior ou menor risco. De entre vários factores, destacam-se os seguintes:

- Qualidade da gestão;
- Integridade;
- Qualidade do sistema de controlo interno;
- Motivação do pessoal.

Os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e infracções conexas, configuram factos que envolvem potenciais desvios no desenvolvimento da actividade, gerando impactos nos seus resultados.

A Gestão do Risco identifica e previne, atempadamente, as áreas e factos com eventual impacte negativo na Organização, através de uma metodologia assente em fases e etapas interactivas.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., identifica as seguintes áreas com probabilidade de Risco:

- Recursos Humanos;
- Gestão Financeira:
  - Compras e Gestão de Contas a Pagar;
  - Tesouraria;
  - Contabilidade e Reporte;
- Produção;
- Facturação e Gestão de Clientes;
- Serviço de Logística;
  - Gestão de Existências;
  - Imobilizado;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Taxas moderadoras – Isenções.

### 4.3 Gestão e Controlo do Risco

Identificadas as áreas, cabe determinar quais as medidas a colocar em prática dentro do nosso Hospital, de modo a evitar, prevenir, aceitar ou transferir os riscos.

A Gestão do Risco pressupõe uma análise e actuação em várias etapas:

- *Identificação e definição do risco* - Nesta fase reconhecem-se os factos cuja probabilidade, gravidade da ocorrência e consequente gravidade de consequência, configurem riscos de gestão, incluindo riscos de corrupção e de natureza similar;
- *Análise do risco* - O risco classifica-se segundo critérios de probabilidade e de gravidade de ocorrência. Devem ser estabelecidos conjuntos de medidas e acções, distribuídos por tipos de risco, consoante as consequências sejam estratégicas, operacionais, reporte ou de conformidade;

Matriz de Risco

Impacte	Catastrófico	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco muito Elevado	Risco Extermo	Risco Extermo
	Severo	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco Elevado	Risco muito Elevado	Risco Extermo
	Moderado	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco Elevado	Risco muito Elevado
	Menor	Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Elevado	Risco Elevado
	Insignificante	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado
		Raro	Improvavel	Possível	Provável	Frequente
		Probabilidade de ocorrência				

Risco Baixo	1 a 3
Risco Moderado	4 a 6
Risco Elevado	8 a 12
Risco muito Elevado	15 a 16
Risco Extremo	20 a 25

**A Avaliação de Risco = Consequência X Frequência**

## 5. Planos de Prevenção de Riscos

Identificados os riscos, cabe determinar quais as medidas a colocar em prática no HFF, de modo a evitar, prevenir, aceitar ou transferir os mesmos.

Os quadros seguintes, apresentam os Planos de Prevenção de Riscos das áreas identificadas com probabilidade de risco e as medidas adoptadas pelo Hospital na respectiva prevenção, e contempladas nas Normas, Regulamentos e Manuais de Controlo Interno.

### 5.1 Matriz de Risco - Recursos Humanos

Direcção: Direcção de Gestão de Recursos Humanos

Unidade: UARH / UTGRH / UDFRH

Missão/Objectivos: Gestão e administração dos recursos humanos do Hospital, de acordo com as políticas definidas pelo Conselho de Administração e em articulação com as Direcções de Produção, financeira, Clínica e de Enfermagem, bem como com os directores de departamentos e de serviços.

Data: 11-02-2013

MATRIZ DE RISCO

	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO			Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização		
				PROB. OCORR	IMPACTE	GRAU DE RISCO	Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar						
DRH	Prevenir a ocorrência de conflitos de interesses	C/O	Ocorrência de conflitos de interesses	Possível	Severo	Elevado	a) Evidência no clausulado dos contratos de trabalho das obrigações dos profissionais, remetendo para o AE em vigor no HFF e código do trabalho, as consequências do incumprimento das referidas obrigações;	a) Contratos de trabalho e de prestação de serviços; b) Código de Ética do HFF, EPE.			Preventivo e Diretivo	DRH	N.º de contratos de trabalho não conformes		
							b) Relevância, no Código de Ética do HFF, do desempenho e aptidão para as funções dos profissionais, referenciando procedimento sancionatório em caso de não observância.								
							Declaração sob compromisso de honra que as funções acumuladas não são legalmente incompatíveis com as funções públicas, no âmbito do Internato Médico, nem provocam nenhum prejuízo para o interesse público.						Requerimento para autorização de acumulação com outras funções por médicos internos.	Alargar o âmbito de aplicação do requerimento para autorização de acumulação com outras funções (até agora utilizado para Médicos Internos), a todos os pedidos de acumulação de funções.	1-Mar-2013
							Subscrição, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesses.	31-Dez-2013	CA/DRH						
UARH	Evitar o favorecimento no processamento de dinheiros	C/O	Obtenção de favorecimento para o processamento de dinheiros de forma indevida.	Raro	Severo	Moderado	a) Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho dos mesmos; b) Validação dos termos contratuais estabelecidos; c) Verificação da otenção de despacho autorizador prévio ao processamento de remunerações variáveis; d) Verificações aleatórias pela coordenação da UARH.		Procedimento específico.	28-Fev-2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Rosa Ribeiro Pedro Laranjeira	Nº de não conformidades		
	Evitar o favorecimento na elaboração e/ou confirmação de documentos, solicitados pelos profissionais, que possa resultar no fornecimento de informação falsa.	C/O	Favorecimento para obtenção de documentação oficial da DRH com dados falsos.	Raro	Severo	Moderado	a) Monitorização hierárquica dos dados reportados; b) Acompanhamento dos documentos com o processo individual do respectivo colaborador; c) Cumprimento de regras orientadoras quanto à informação a constar nos documentos solicitados.	Minutas a considerar para a elaboração de declarações e confronto informação do processo individual.	Procedimento específico.	28-Fev-2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Rosa Ribeiro Pedro Laranjeira	Nº de não conformidades		
	Garantir que o registo de assiduidades não é alterado, no âmbito da DRH, com vista ao favorecimento de terceiros	C/O	Obtenção de favorecimento para alteração de dados da assiduidade.	Raro	Severo	Moderado	a) Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho dos mesmos; b) Verificação mensal de registos na ferramenta de gestão de horários do HFF; c) Verificações aleatórias pela coordenação da UARH.	Documento relativo a "Regras Referentes à duração e organização do tempo de trabalho e controlo de acessos às instalações físicas no Hospital Prof. DR. Fernando da Fonseca, E.P.E."	a) Implementação transversal ao HFF do registo biométrico; b) Aplicação das regras definidas pelo CA em matéria de assiduidade, pontualidade e controlo de acessos às instalações do HFF.	a) 01/03/2013 b) 31/12/2013	Preventivo e Diretivo	DRH - Rosa Ribeiro Pedro Laranjeira	Nº de não conformidades		
UDFRH	Garantir que o processo de recrutamento é transparente e com critérios objectivos e definidos	C/O	Favorecimento de candidato	Raro	Moderado	Baixo	Obrigatoriedade de definição de critérios objectivos para o processo de recrutamento e seleção.								
			Corrupção passiva para acto ilícito	Raro	Moderado	Baixo	Equipa de recrutamento composta por elemento da DRH e elemento da área a recrutar	Procedimento específico				Preventivo e Diretivo	DRH - Rosa Ribeiro Sofia Oliveira	Número de reclamações	
			Tráfico de influência	Raro	Moderado	Baixo									
			Parcialidade na nomeação de jurís de concursos	Raro	Moderado	Baixo	Nomeação de jurís diferenciados para os diferentes concursos	Regulamentos de concursos.							

## 5.2 Matriz de Risco - Serviços Financeiros

**Direcção:** DIRECÇÃO FINANCEIRA

A Direcção de Gestão Financeira constitui uma estrutura de gestão directamente dependente do Conselho de Administração.

**Missão:** Tem por função apoiar o Conselho de Administração na formulação de políticas de gestão financeira, executar os planos financeiros e de tesouraria aprovados e produzir a informação de natureza orçamental financeira e contabilística do Hospital, designadamente os documentos de prestação de contas obrigatórios e demais informação de suporte à elaboração e controlo da execução de orçamentos globais e sectoriais.

**Objetivos:** Compete ainda à Direcção de Gestão Financeira, o controlo das movimentações efectuadas nos registos contabilísticos, a verificação da informação orçamental, financeira e fiscal e a manutenção do arquivo da documentação contabilística e a prestação de contas ao acionista Estado através da tutela sectorial da saúde - ACSSE e ARSLVT - e da tutela sectorial das finanças - DGTf.

**Data:** 25-01-2013

MATRIZ DE RISCO

	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO	Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização		
				PROB. OCORR.	IMPACTE	GRAU DE RISCO							
							Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
Compras e Contas a Pagar	A informação sobre fornecedores (Denominação, NIF, NIB, Prazo Pg, etc.) é registada correctamente e é mantida de forma adequada.	O, F	Dados mestre de fornecedores desactualizados e/ou incorrectos.	3	2	Mod.	A competência de alteração e manutenção de dados mestre em sistema está atribuída a um número restrito de colaboradores.  Análise periódica aos dados mestre inseridos em sistema e verificação da documentação suporte.			P	FA+EN	Reclamações de fornecedores	
	As compras são relevadas contabilisticamente nas contas respectivas de credores.	O, F	As facturas não são entregues atempadamente na contabilidade.	2	1	Baixo	As facturas são conferidas em sistema com as Notas de Encomenda, sendo registadas em conta própria todas as que apresentam divergência e solicitado ao serviço de Logística/Farmácia a respectiva justificação/rectificação.	Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos (Contas a Pagar)	N/A	N/A	P, D, C	FA+EN	Reclamações de fornecedores
			Notas de encomenda emitidas com preços e/ou quantidades erradas.	2	2	Mod.							
			Aquisições efectuadas directamente pelos serviços sem Nota de Encomenda.	2	2	Mod.							
	As contas de fornecedores são correctamente geridas e periodicamente circularizadas.	O, F	Incumprimento dos procedimentos instituídos.	1	1	Baixo	Periodicamente as contas são circularizadas com os fornecedores.			P, D	FA+EN	Mínimo de 2 circularizações/ano	
	Todas as facturas são seleccionadas para pagamento e este é feito de acordo com a política de pagamento instituída.	O, F	As facturas não são entregues atempadamente na contabilidade.	2	1	Baixo	A política de pagamentos instituída define patamares de pagamento por escalão de fornecedor, todos os saldos em dívida são considerados sendo restringida pelas disponibilidades de tesouraria.				P, D, C	CM	Reclamações de fornecedores
Insuficiência de tesouraria.			5	5	Extremo								
É produzida informação de gestão de dívidas e PMP, correcta e atempadamente.	O, F	Parametriação SAP efectuada externamente.	1	1	Baixo	Previsão antecipada das necessidades de informação sobre dívida a fornecedores, análise comparativa entre períodos e circularização frequente de saldos.				P, D, C	FA+EN	Incumprimento do reporte à DGTf	
		As facturas não são entregues atempadamente na contabilidade.	2	1	Baixo								
Facturação e Gestão de Clientes	Todos os valores recebidos são relevados correctamente nas contas dos clientes.	O, F	Dados mestre dos utentes (EFR, morada, identificação) desactualizados ou incorrectos.	3	1	Baixo	No contacto com clientes na tesouraria e na facturação, verificar a actualização dos dados mestre.	Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos (Contas a Receber)	N/A	N/A	P, D, C	CM+FA	Reclamações de clientes / Uteses
			Anulação indevida de recibos.	3	2	Mod.	Apresentação na tesouraria dos originais dos recibos anulados com indicação obrigatória do motivo da anulação						
			Reconciliação bancária e com Metacase mal efectuada.	1	1	Baixo	Validação por terceiros da reconciliação bancária.						
Tesouraria	Todos os movimentos de tesouraria (aplicações, pagamentos, cobranças, empréstimos, especiação de juros) são devidamente autorizados, registados e contabilizados.	O, F	Não atendimento dos requisitos legais e/ou regulamentares.	1	1	Baixo	Análise periódica aos movimentos inseridos em sistema e verificação da documentação suporte por terceiros.	Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos (Tesouraria)	N/A	N/A	P, D, C	CM+FA	Erros detectados
			Restrições de transação em SAP inapropriadas	1	1	Baixo							
Contabilidade e Reporte	As contas, centros de custo, classificações, repartições e outros dados mestre são registadas correctamente e mantidas correctas e actualizadas.	O, F	Dados mestre das contas e centros de custo desactualizado e/ou incorrecto.	2	1	Baixo	A competência de alteração e manutenção de dados mestre em sistema atribuída a um número restrito de colaboradores.	Manual de Procedimentos Administrativos e Contabilísticos (Contabilidade Geral)	N/A	N/A	P, D, C	FA	Erros detectados
	Todos os eventos e transações são reflectidos correctamente nos registos contabilísticos.	O, F	Entrada de facturas no Hospital em locais diferentes da contabilidade.	2	1	Baixo	Proibir a recepção de facturas de fornecedores em áreas diferentes da contabilidade.						
			Deconhecimento da área financeira de custos e/ou proveitos já onorados mas ainda não facturados.	2	3	Mod.							
	Os impostos são calculados e reflectidos correctamente nos registos contabilísticos.	F, C	Não recepção da documentação suporte.	2	2	Mod.	Validação por terceiros (Deloitte).						
	As demonstrações financeiras reflectem, por valores correctos, a totalidade das operações e a posição financeira da entidade.	F, C	Não recepção da documentação suporte.	2	2	Mod.	Validação por terceiros (Deloitte).						
As demonstrações financeiras e declarações fiscais são preparadas de acordo com os princípios contabilísticos estabelecidos e a regulamentação aplicável.	F, C	Alteração constante dos normativos regulamentares.	2	2	Mod.	Validação por terceiros (Deloitte).							

PLANO de PREVENÇÃO de RISCOS, de CORRUPÇÃO e INFRACÇÕES CONEXAS

### 5.3 Matriz de Risco – Logística

Direcção: Logística

Unidade: UNGC, UGL e UGPSG

Missão/Objectivos: DA.0207/EDL/ Versão 02/21-10-2011

Data: 30-01-2013

#### MATRIZ DE RISCO

	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO	Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização		
				PROB. OCORR	IMPACTE	GRAU DE RISCO							
							Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
Unidades de Negociação e Gestão de Contratos	Os processos da Direcção de Logística são efectuados em conformidade com a regulamentação aplicável, nomeadamente, a legislação sobre as compras públicas.	C	Não atendimento dos requisitos legais e/ou regulamentares.	2	2	4	Segregação da função compras, autonomizando a função da adjudicação com particular incidência na avaliação e cumprimento do respeito pela regulamentação aplicável.	DA.0224_E_UNGC PR.0520 D DL		Preventivo	Nº de procedimentos identificados que não cumprem os requisitos legais		
	Novos fornecedores e/ou produtos a preços muito reduzidos mas não incluídos no "Catálogo" ACS	O	Novos fornecedores e/ou produtos a preços muito reduzidos mas não incluídos no "Catálogo" ACS	2	1	2	Pedido de autorização junto da Tutela sectorial da saúde.		Criar Procedimento de envio de report sobre aquisições fora do Catálogo	1-Jul-2013	Diretivo	Hernani Duarte	Nº de compras sem pedido de autorização à tutela
	As negociações com os fornecedores e a formalização da encomenda é executada apenas pelas estruturas autorizadas e tecnicamente habilitadas.	O	Negociação e encomenda a fornecedores efectuada directamente pelos consumidores.	2	2	4	As entradas de produtos e mercadorias nos armazéns e no sistema informático de compras, tem que estar suportados com uma Nota de Encomenda emitida por quem detenha a respectiva competência delegada.	PR.0520 D DL PR.0560 E UGL PR.0561 T UGL PR.0554 T UGL		Preventivo	Nº de aquisições regularizadas fora do estabelecido na norma de Procedimento		
	A informação sobre os artigos de Existências é registada e mantida correctamente.	O-F	Saídas de bens de armazém sem o registo em sistema.	1	1	1	Contagens físicas periódicas com análise dos desvios verificados.	PR.0551 E UGL		Corretivo	% de desvios resultado do inventário aleatório de artigos"		
Unidade de Gestão e Logística	As existências de classe A, por valor e quantidades, são periodicamente inventariadas de modo a assegurar a sua existência e a correcção dos respectivos registos.	O	Não atendimento das regras existentes.	1	4	4	Implementação de regra de reporte trimestral de relatório de contagem física (para os principais produtos) e contagem integral no final do ano.	PR.0551 E UGL	Contagem física da Classe A por trimestre	1-Jul-2013	Corretivo	Pedro Louro	% de artigos com desvio
Unidade de Gestão Património e Serviços Gerais	Promover que todos os movimentos de imobilizado (aquisição, abate, transferência, ajustamento) são devidamente autorizados.	C	Não atendimento dos requisitos legais e/ou regulamentares.	1	4	4	Efectuar testes de conformidade ao cumprimento das regras de procedimentos administrativos e contabilísticos em vigor.		Criar procedimento com regras para gestão de imobilizado	1-Jul-2013	Preventivo	Filipe Fonseca	nº de não conformidades detectadas
Unidades de Negociação e Gestão de Contratos	Inexistência de conflitos de interesses nos procedimentos.	C	Favorecimento	1	4	4			Criar formulários de conflito de interesses	1-Jul-2013	Preventivo	Hernani Duarte	nº de procedimentos identificados que não cumprem os requisitos de declaração de conflito de interesses

## 5.4 Matriz de Risco - Produção

**Direção:** Direção de Produção

**Unidade:**

**Missão/Obj:** Garantir a coordenação da gestão da actividade produtiva de acordo com os objectivos estratégicos definidos pela organização, identificando e promovendo a melhoria da qualidade e eficiência da operação com vista a maximizar os resultados de exploração.

**Data:** Jan-13

### MATRIZ DE RISCO

N.º	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO			Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
				PROB. OCORR	IMPACTE	GRAU DE RISCO	Medidas Implementadas						
							Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
1	Manter a informação sobre utentes (Endereço, EFR, Regime de Taxa Mod., etc) correcta e actualizada.	O/C	1-Dados mestre de utentes desactualizados e/ou incorrectos; 2-Impossibilidade de facturação com impacto em proveitos.	Possível	Moderado	Risco Elevado	1-Implementação de procedimento que incentiva equipa administrativa a actualizar o cadastro dos utentes; 2-Realização de auditoria aos dados com periodicidade mensal; 3-Correção das anomalias identificadas.	Procedimento	Revisão de procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	Nº de não conformidades
2	Garantir que todos os actos clínicos passíveis de classificação como GDH de Ambulatório são correctamente registados, codificados em GDH (nas situações aplicáveis) e atempadamente.	O/C	1- Impacto nos proveitos do Hospital por impossibilidade de facturação; 2- Incumprimento dos deveres de registo da actividade; 3- Atraso na facturação da actividade.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Obrigatoriedade de prescrição electrónica de Medicamentos e MCDT's associada aos episódios registados nas situações já implementadas; 2- Análise mensal dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada e respectiva justificação dos desvios; 3- Análise mensal dos desvios para a necessidade de registo de todos os actos; 3- Correção atempada das não conformidades detectadas; 4- Cumprimento da norma de registo dos MCDT's.	Procedimento	Revisão de procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	Nº de não conformidades
3	Garantir que a informação de gestão permita o acompanhamento do desempenho e a tomada de decisões.	O/C	1-Aplicações informáticas de produção e de contabilidade e integração entre elas com fragilidades; 2-Impossibilidade ou dificuldade na obtenção de informação de qualidade e atempada.	Possível	Severo	Risco Elevado	1-Análise mensal dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada e respectiva justificação dos desvios; 2-Reporte de erros identificados e implementação de procedimentos.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
4	Garantir que os recursos são utilizados de modo a maximizar a eficácia e a eficiência das operações.	O/C	1-Recursos humanos não alocados a áreas de actividade de forma eficiente; 2- Instalações e equipamentos utilizados aquém da sua capacidade; 3- Recurso a actividade complementar e actividades externas com custos acrescidos.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Implementação de protocolos clínicos e/ou terapêuticos; 2- Análise benchmarking; 3- Revisão mensal da gestão de horários; 4- Identificar taxa de utilização das instalações e equipamentos.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
5	Garantir que os exames realizados no exterior em quantidade e valor estão em linha com o orçamentado.	O/C	1-Favorecimento ilícito de fornecedores; 2- Aumento de custos na rubrica exames externos; 3- Incumprimento orçamental.	Possível	Moderado	Risco Elevado	1-Autorização prévia pela Direcção de Produção; 2- Conferência de factura com termo de responsabilidade; 3- Validação do preço contratualizado; 4- Monitorização mensal pelo CA e reunião para análise dos desvios e acções para controlo.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
6	Garantir a utilização da Capacidade instalada nos MCDT's	O/C	3- Recurso excessivo a MCDT's no exterior. 2- Utilização ineficiente de instalações e equipamentos 3- Custos acrescidos com a aquisição de exames no exterior.	Possível	Moderado	Risco Elevado	1- Monitorização semanal da actividade; 2- Validação mensal dos agendamentos de exames.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
7	Assegurar que as agendas médicas das consultas são organizadas de forma eficaz e eficiente, para garantir uma adequada acessibilidade e alinhamento com o contrato programa.	O/C	1- Degradação dos níveis de acessibilidade 2- Utilização ineficiente dos recursos médicos. 3- Incumprimentos dos objectivos institucionais previstos no Contrato programa.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Monitorização semanal do agendamento de consultas em função da capacidade ; 2- Ajustamento periódico mensal das agendas à distribuição da carga horária pela actividade da Consulta externa.	Procedimento	Revisão de procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
8	Limitar efeitos externos sobre o Hospital de forma a garantir que a produção realizada está em linha com o contrato programa em vigor.	O/C	1- Circunstâncias externas anormais e inesperadas (ex: greves e infiltração); 2- Substituição atempada dos recursos humanos; 3- Limitações na utilização de equipamentos e instalações.	Provável	Severo	Risco Elevado	1- Elaboração de procedimento em articulação com a Direcção de Logística com vista à limitação e resolução dos riscos; 2- Articulação com DRH nos processos de substituição de recursos humanos médicos; 3- Reuniões com serviços e departamento para garantir resposta adequada em caso de verificação de evento.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
9	Assegurar que a cobrança de Taxas Moderadoras é efectuada no momento da efectivação do acto médico e é tentada de forma eficiente junto do utente.	O/C	1- Aumento do nível de taxas moderadoras por cobrar; 2- Dificuldade acrescida da cobrança em momento posterior; 3- Redução de proveitos do Hospital.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Intervenção das chefias administrativas na sensibilização e controlo da actividade dos administrativos; 2- Análise da relação por administrativo da facturação/cobrança; 3- Inclusão de objectivo com respectivo indicador e meta com vista a avaliação do desempenho. Individual.	Procedimento	Revisão de procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
10	Garantir que as horas atribuídas em cada actividade por médico (ETC), promove uma eficiência dos Recursos Humanos, para cumprimento do Contrato Programa.	O/C	1- Degradação dos níveis de eficiência ao nível da efectividade dos recursos humanos; 2- Incumprimentos dos objectivos institucionais previstos no Contrato programa.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Monitorização semanal da produção; 2- Reporte de informação semanal aos Directores de Serviço; 3- Revisão mensal da Gestão de Horários.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
11	Garantir que os acidentes de trabalho internos são registados no momento da admissão das várias linhas de actividade e os profissionais formalizam a respectiva participação à seguradora.	O/C	1- Facturação pela Seguradora 2- Impacto ao nível dos proveitos; 3- Aumento dos custos.	Possível	Menor	Risco Moderado	1- Auditoria à qualidade dos dados. 2- Periodicidade mensal.	Procedimento	Revisão de procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
12	Garantir que os protocolos terapêuticos e clínicos são devidamente respeitados, nomeadamente na prescrição de Medicamentos e MCDT's.	O/C	1- Recurso excessivo a MCDT's. 2- Acréscimo de custos nos exames externos. 3- Aumento da lista de espera de utentes. 4- Acréscimo de custos com medicamentos	Possível	Moderado	Risco Elevado	1- Difusão de informação por serviço e médico prescriptor; 2- Actualização e implementação efectiva dos protocolos; 3- Utilização do SOARIAN para reforço da divulgação e obrigatoriedade dos Protocolos; 4- Aumento de protocolos aprovados em vigor.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
13	Assegurar que o transporte de doentes respeita os critérios de eficiência, eficácia e a regulamentação aplicável.	O/C	1- Incumprimento da legislação aplicável. 2- Risco para os doentes transportados considerando a possibilidade de inadequação do transporte. 3- Utilização ineficiente das ambulâncias do protocolo. 4- Responsabilização financeira do Hospital.	Possível	Menor	Risco Moderado	1- Monitorização semanal da actividade; 2- Monitorização mensal pelo CA e reunião para análise dos desvios e acções para controlo; 3- Cadernos de encargos para contratualização de transporte de doentes em ambulância específica necessidade de certificação pelo INEM.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
14	Garantir que o recurso a anulação de taxas moderador está limitado a determinado número de colaboradores.	O/C	1- Dificuldade de controlar anulações. 2- Falta de uniformidade nas anulações. 3- Favorecimento de situações ilícitas e redução dos proveitos do Hospital.	Possível	Moderado	Risco Elevado	1- Competência de alteração e manutenção de dados mestre em sistema atribuída a um número restrito de colaboradores. 2- Implementar a análise periódica aos dados mestre inseridos em sistema e verificar a documentação suporte arquivada nas pastas individuais.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir
15	Garantir que em caso de falência de sistema de informação electrónico do Hospital que a actividade é mantida.	O/C	1- Redução significativa da produção hospitalar; 2- Risco clínico para os doentes; 3- Taxas moderadoras por cobrar; 4- Dificuldade acrescida da cobrança da produção realizada.	Possível	Severo	Risco Elevado	1- Elaboração de procedimento em articulação com a DGTI; 2- Articulação e reuniões com os serviços para garantir resposta adequada em caso de verificação de evento.	Procedimento	Elaborar Procedimento	Abr-13	Controlo Preventivo e correctivo	Direcção de Produção	A definir

## 5.5 Matriz de Risco – Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão

**Direcção:** Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão

**Missão/Objectivos:** A Direcção de Planeamento e Controlo de Gestão tem como missão a definição do planeamento estratégico e operacional do Hospital e o controlo da sua execução, competindo-lhe coordenar o processo de elaboração dos planos de actividades, anuais ou plurianuais, dos orçamentos e planos de acção, globais ou sectoriais, ou outros instrumentos de gestão previsional e garantir o acompanhamento da sua execução numa óptica de controlo de gestão.

**Data:** Março 2013

### MATRIZ DE RISCO

	OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO			Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
				PROB. OCORR	IMPACTE	GRAU DE RISCO	Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
Envio de Informação para o Exterior	Cumprir os prazos instituídos de reporte de informação	Operacional e Financeiro	Não cumprimentos dos prazos de envio dos Mapas SICA e Relatório do SEAS	Improvel	Severo	Risco Elevado	- Segregar Funções - Dois elementos da equipa garantem a mesma tarefa	N.A.	N.A.	N.A.	Controlo Preventivo	DPCG	Nº de report fora de prazo

## 5.6 Matriz de Risco Direcção de Gestão e Tecnologias da Informação

DGTI

*Prestação de Serviços com medidas de Eficácia, Eficiência e Qualidade, com maior orientação para o suporte às actividades do colaborador nomeadamente a quem presta cuidados directos ao doente. Promover a introdução de meios para acelerar os processos de negócio, assegurando a melhor harmonia entre sistemas & tecnologias e os colaboradores retirando assim o melhor partido do meio.*

**Missão/Objectivos:**

**Data:** 28-01-2013

OBJECTIVO	Categoria de Objectivos	EVENTO / RISCO	RISCO INERENTE			RESPOSTA AO RISCO			Medidas a implementar até MM/AAAA	Tipo de Controlo	Responsável	Indicadores de Monitorização
			PROB. OCORR	IMPACTE	GRAU DE RISCO	Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
Requisito ISO 27001/17799/BS7799			1-5	1-5	1-25	Medidas Implementadas	Documentos	Medidas a Implementar				
CIRCUNSCREVER RISCOS RELACIONADOS COM ACESSO LÓGICO DE TERCEIROS	Operacional	- Risco de acesso de terceiros (empresas de manutenção, ex. colaboradores do HFF, outros, etc...) através de ligações remotas à informação da Organização e aos recursos de processamento da informação dos processos de negócio.	1	4	4	Foi estabelecido um protocolo de ligação com as empresas fornecedoras de serviços de manutenção que utilizam a rede de informação da saúde para efeitos de ligação remota; Está estabelecido um modelo e assinatura de acordos de confidencialidade com as empresas que terão acesso a informações do hospital.	Documento protocolo RIS (modelo externo); Documento NDA por classificar na Qualidade	Implementação de sistema de Gestão de Identidades que permitirá de forma automatizada o descartar de credenciais de acessos.	27/2013	Preventivo	RG	Por identificar
CIRCUNSCREVER RISCOS RELACIONADOS COM ACESSO FÍSICO DE TERCEIROS	Operacional	- Risco de acesso de terceiros fisicamente às instalações do HFF, podendo ter acesso a recursos críticos ou a informação sensível que possa estar disponível.	1	4	4	O ceme do processamento da informação do HFF é o Centro de Dados. Já existem controlos dos acessos físico e lógico implementados tal como cartão magnetico e código de entrada.	Documentos de suporte controlados	Os controlos implementados devem ser revistos semestralmente. Algumas formas de acesso estão identificadas, entretanto será realizada a classificação das razões para o acesso.	27/2013	Preventivo	RG	Por identificar
RESPONDER AOS INCIDENTES DE INDISPONIBILIDADE DE SISTEMAS	Operacional/Fina nceiros	- Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total.	4	2	8	• Durante o horário laboral está implementado um circuito de Helpdesk que serve a primeira linha de resposta também a incidentes; • Fora do período horário existe uma equipa de prevenção 24x7 com uma equipa mais especializada para responder no menor espaço de tempo; • A DGTI assegura inclusive com os principais fornecedores o suporte de terceira linha para serviços extra caso seja necessário especialização adicional.	Documentos de suporte controlados	Elaboração do plano estratégico para mitigar os riscos com base na ISO 27002 onde se prevê a identificação dos riscos associados aos bens activos, respetivas vulnerabilidades com impacto para o negócio.	27/2013	Correctivo	RG	Por identificar
DESENVOLVER PLANO DE DISASTER RECOVER	Operacional/Fina nceiros	- Paragem total dos sistemas em sequência de um evento de catástrofe	2	5	10	• A salvaguarda de backups de dados em local físico apropriado afastado do Centro de Dados está assegurada, tal como a avaliação da qualidade dos backups a partir de procedimento específico; • As equipas técnicas especializadas para exercício de reposição de sistemas estão operacionalizadas tal como o suporte dos fornecedores externos capazes	Documentos de suporte controlados	• Identificar o âmbito de um plano de recuperação de desastres para passivos e ativos;	27/2013	Correctivo	RG	Por identificar
DESENVOLVER PLANO DE CONTINUIDADE DE NEGÓCIO	Operacional/Fina nceiros	- Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos processos de negócios, tal como a indisponibilidade dos sistemas, ligeira, parcial ou total.	3	4	12			Desenvolvimento de plano de contingência para a garantia da continuidade de negócios, em caso de falha de sistemas de informação.	27/2013	Preventivo	HFF	Por identificar



## 6. Acompanhamento, Avaliação e Actualização do Plano

O presente Plano é um instrumento de gestão dinâmico e como tal, deve ser periodicamente acompanhado na sua execução e actualizado, sempre que se identifiquem novos factores de risco.

O acompanhamento da execução do Plano deve ser efectuado trimestralmente, pelas áreas identificadas, compreendendo as seguintes actividades:

- Verificação das medidas implementadas;
- Identificação dos motivos de eventuais atrasos face ao previsto;
- Verificação do efeito obtido com as medidas implementadas, medindo a alteração provocada na probabilidade de ocorrência e no impacto esperado;
- Avaliação do Risco Residual (quando adequado), à data do acompanhamento;
- Recomendação de medidas correctivas, quando adequado;
- Identificação e classificação de novos factores de risco sugeridos após a elaboração do Plano inicial;
- Definição de medidas a adoptar para prevenir e minimizar esses novos riscos;
- Emissão de Relatório de Acompanhamento a enviar ao Auditor Interno e à Gestão de Risco.

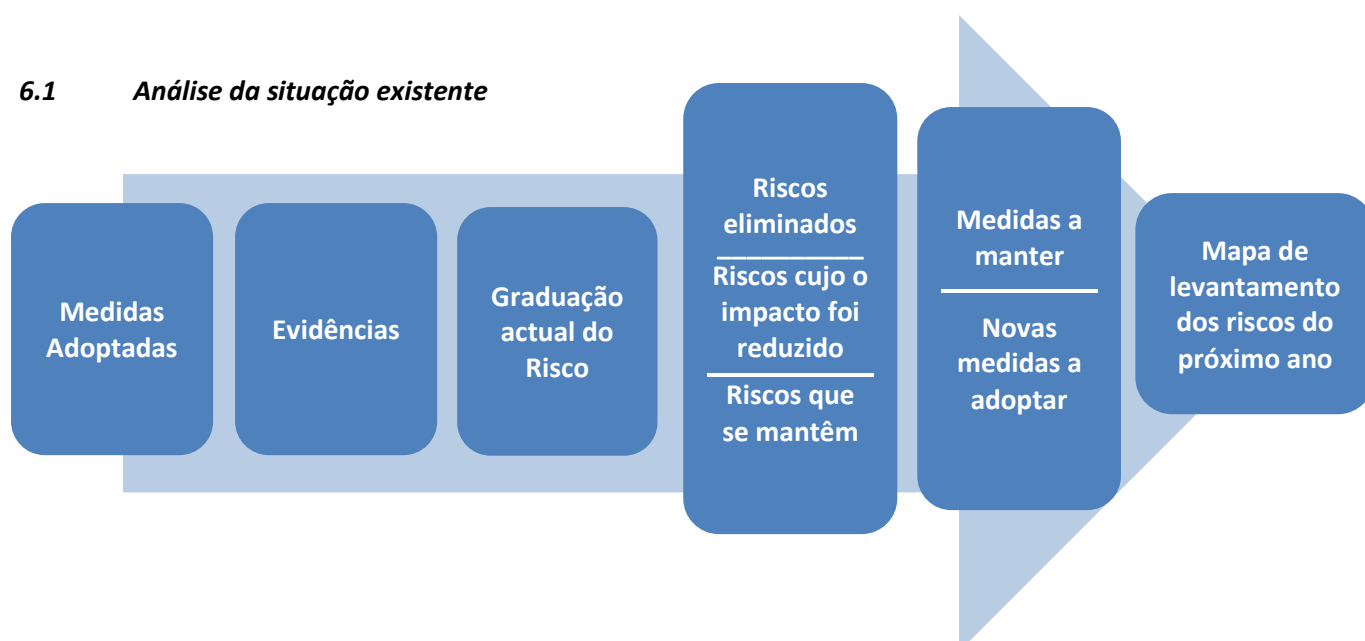
Após recepção dos relatórios trimestrais, o Auditor Interno e a Gestão Risco deverão efectuar um Relatório único.

Independentemente da periodicidade das revisões, validações e actualizações, sempre que surjam riscos elevados que importe prevenir, os dirigentes e demais responsáveis dos Serviços devem informar o Conselho de Administração, para que este, atendendo aos objectivos estratégicos do Hospital, possa promover a adequação dos processos da organização, de forma a uma eficiente gestão do risco.

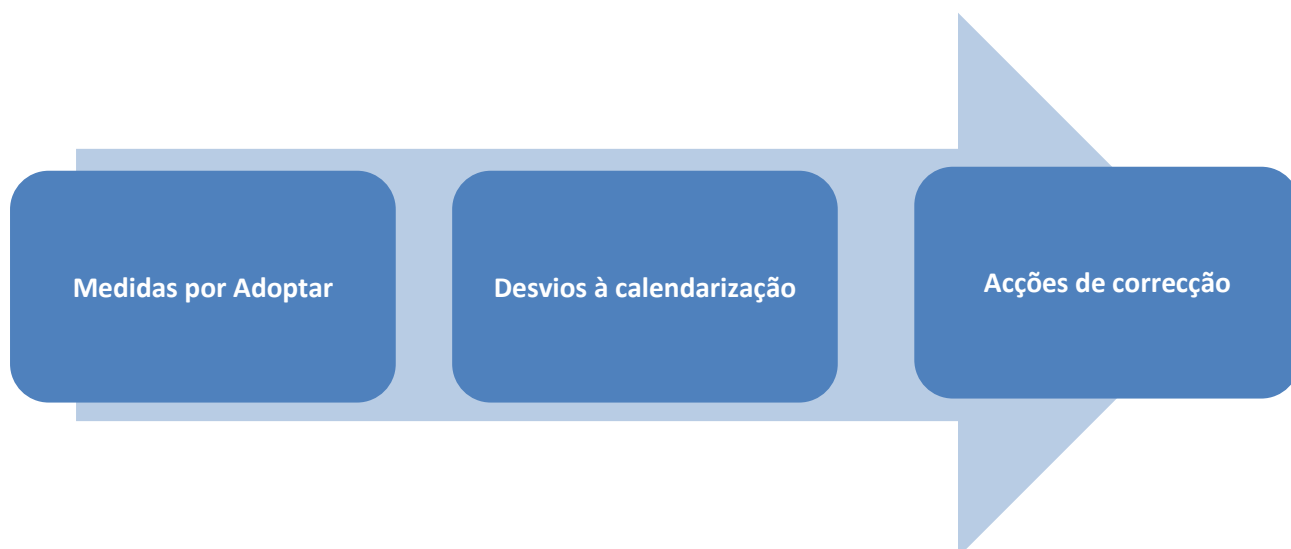
Para cumprimento das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), deve ser emitido um Relatório Anual de Acompanhamento, a remeter ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo, Ministério das Finanças, Ministério da Saúde e ACSS.

Assim, no final do ano, cada área deverá elaborar o relatório anual onde deverá constar:

### 6.1 *Análise da situação existente*



## 6.2 Identificação das medidas não implementadas



## 6.3 Identificação de novos riscos para elaboração da matriz de risco do ano seguinte

