



CHMT

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO DE JO, E.P.E.

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

Incluindo Riscos de Corrupção
e Infrações Conexas

Acompanhamento da situação de 2015 e
apresentação de controlos e medidas para 2016

Revisão 3 | janeiro de 2016

ÍNDICE

1.1	INTRODUÇÃO.....	3
1.2	VISÃO, MISSÃO E VALORES	4
1.3	ORGANIZAÇÃO.....	5
1.4	ENQUADRAMENTO	7
1.5	DEFINIÇÃO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS.....	9
1.6	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO.....	12
1.7	ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO	14
1.8	MATRIZES DE RISCO	15
1.8.1	MATRIZ DE RISCO – AMBIENTE DE CONTROLO	16
1.8.2	MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA	18
1.8.3	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS.....	20
1.8.4	MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS	23
1.8.5	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO / ÁREA ASSISTENCIAL	25
1.8.6	MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO	27
1.8.7	MATRIZ DE RISCO – SERVIÇO FINANCEIRO	28
1.8.8	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÓNIO.....	31
1.8.9	MATRIZ DE RISCO – TRANSPORTE DE DOENTES	32

1.1 INTRODUÇÃO

O Centro Hospitalar do Médio Tejo integra as Unidades Hospitalares de Abrantes, de Tomar e de Torres Novas.

O Médio Tejo tem vindo a ser objeto de um complexo processo de reengenharia hospitalar desde 1996, o qual passou pela constituição do Grupo Hospitalar em 1999, transformado em Centro Hospitalar segundo o modelo público tradicional em 2001, evoluindo em finais de 2002 para Sociedade Anónima, de capitais exclusivamente públicos, criado pelo Decreto-Lei n.º 301/2002 de 11 de dezembro, e passando a Entidade Pública Empresarial a 31 de dezembro de 2005, com o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro.

A população da área de influência do Médio Tejo ascende a 233.463 habitantes (Censos INE, 2011), dispersa por uma área geográfica de 2.783 km².



1.2 VISÃO, MISSÃO E VALORES

Visão

Pretendemos ser um Hospital de referência na prestação de cuidados de saúde, com especialidades diferenciadas, apostando no desenvolvimento de serviços eficientes e inovadores com uma gestão adequada aos recursos, sempre com o objetivo de atingir a satisfação dos seus utentes/clientes.

Missão

Prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis assumindo-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as suas três Unidades Hospitalares.

Valores

No desenvolvimento sustentado da sua atividade, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. tem como base os seguintes valores essenciais:

- **QUALIDADE**, procurando obter os melhores resultados e níveis de serviço na prestação de cuidados, tendo como base a satisfação das necessidades da comunidade, assumindo o princípio da melhoria contínua e promovendo a cooperação entre os diferentes Serviços;
- **ÉTICA e INTEGRIDADE**, orientando as ações tomadas segundo os mais nobres princípios de conduta nas relações;
- **RESPEITO PELOS DIREITOS INDIVIDUAIS**, assumindo o compromisso de salvaguardar a dignidade de cada indivíduo nas relações decorrentes da sua operacionalidade;
- **COMPETÊNCIA e INOVAÇÃO**, promovendo o desenvolvimento da Instituição e a implementação de novas soluções que permitam assegurar a prestação dos melhores cuidados de saúde.

Assim, pretende revitalizar a sua dinâmica, centrando a atividade nas necessidades do cidadão e na melhoria dos cuidados prestados.

1.3 ORGANIZAÇÃO

Apresenta-se, de seguida, o organograma do CHMT, sendo a composição do Conselho de Administração a seguinte:

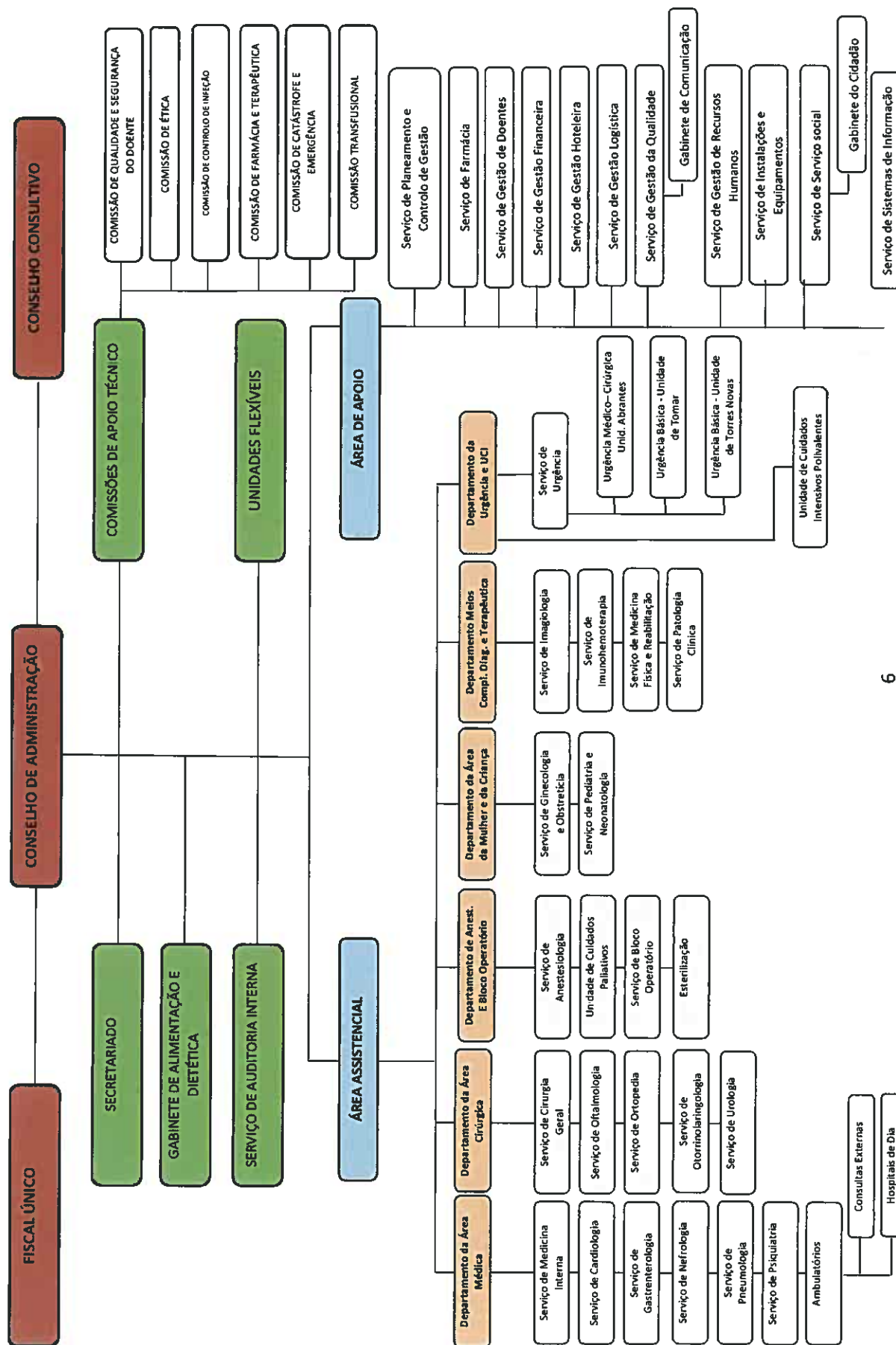
Dr. Carlos Manuel Pereira Andrade Costa – Presidente do Conselho de Administração

Dr. Bruno Miguel dos Santos Ferreira – Vogal Executivo

Dr. Carlos Alberto Coelho Gil – Vogal Executivo

Dr.^a Cristina Maria Castro Gonçalves Marques – Diretora Clínica

Enf.^o Nelson Paulino da Silva – Enfermeiro Diretor



1.4 ENQUADRAMENTO

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão que se apresenta, é elaborado no início de 2016 e apresenta um ponto de situação do controlo de riscos de gestão de 2015, bem como um conjunto de propostas de controlos e medidas a considerar em 2016.

A penúltima revisão do plano foi elaborada em fevereiro de 2014, e apresentou o balanço da realização dos controlos e medidas propostos para 2013 e propôs um conjunto de ações para 2014.

No início de 2015, o CHMT não elaborou a revisão do plano, não tendo definido os controlos a considerar durante o ano.

No início de 2016, é elaborada a revisão 2 do Plano, apresentando o resultado da avaliação das medidas previstas para 2014.

A presente revisão do Plano, a revisão 3, apresenta uma avaliação da situação de 2015, tendo por referência os controlos previstos para 2014. No mesmo documento são apresentados os controlos e medidas previstos para 2016.

O plano de prevenção de riscos de gestão constitui um instrumento para a gestão do risco como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas actividades operacionais e instrumentais. Inspirado na metodologia COSO e na norma de gestão de riscos da Ferma, pretende desenhar e implementar de uma forma simples e eficaz um modelo de gestão de riscos de gestão, dando especial enfoque aos riscos de corrupção e infrações conexas.

Pode entender-se o conceito de risco como um evento, situação ou circunstância futura com probabilidade de ocorrência, que, caso ocorra, poderá comprometer a realização dos objectivos do CHMT.

A gestão de risco é o processo através do qual as organizações analisam, metodicamente, os riscos inerentes às respetivas actividades, com o objectivo de

atingirem uma vantagem sustentada em cada actividade individual e no conjunto de todas as actividades¹.

A gestão de riscos deve ser um processo contínuo e em constante desenvolvimento aplicado à estratégia da organização e à sua implementação. Deve ser parte integrante da cultura da organização com a definição de uma política eficaz e de um programa de ação liderado pela gestão de topo.

A gestão de riscos é cada vez mais identificada como respeitando a aspectos positivos e negativos do risco. Por exemplo, relativamente à segurança do doente, e dado que as consequências são quase sempre negativas, a gestão de riscos centra-se na prevenção ou mitigação do dano.

Cada plano / matriz de gestão de risco tem em atenção os objetivos estratégicos, operacionais, de reporte e de conformidade resultantes do processo de planeamento do Centro Hospitalar, devendo também considerar os riscos de actividade, incluindo os de corrupção e infrações conexas, bem como as medidas de prevenção da ocorrência de fenómenos dessa natureza.

¹ in Ferma – Norma de Gestão de Riscos

1.5 DEFINIÇÃO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS²

Genericamente fala-se em corrupção quando uma pessoa, que ocupa uma posição dominante, aceita receber uma vantagem indevida em troca da prestação de um serviço.

Constitui uma situação de corrupção a atribuição de vantagem indevida, ou mesmo a promessa desta, para a assunção de determinado comportamento, lícito ou ilícito, pela ação ou omissão de determinada prática, a qual é realizada com uma compensação, ou a promessa de uma qualquer compensação para o próprio ou para terceiros.

A corrupção pode ser ativa ou passiva dependendo se a ação ou omissão for praticada pela pessoa que corrompe ou pela pessoa que se deixa corromper.

Por exemplo, quando alguém entrega dinheiro em troca de um favor, pratica um crime de corrupção ativa. Quando alguém recebe dinheiro para cumprir ou omitir certos atos, pratica o crime de corrupção passiva.

Fala-se de corrupção pública ativa quando uma pessoa diretamente ou através de outra pessoa, para si ou para outra pessoa, faz uma oferta, promessa ou propõe um benefício de qualquer natureza, a um funcionário público para que este cumpra ou se abstenha de cumprir um determinado ato.

Fala-se de corrupção pública passiva quando um funcionário público pede, aceita ou recebe, diretamente ou através de outra pessoa, para si ou para outra pessoa, oferta, promessa ou benefício de qualquer natureza para cumprir ou se abster de cumprir um determinado ato.

A corrupção será para ato lícito se o ato ou omissão não for contrário aos deveres de quem é corrompido, caso haja violação desses deveres, então trata-se de corrupção para ato ilícito.

² <http://www.dgpi.mi.pt/sections/informacao-e-eventos/prevenir-e-combater-a/anexos/definicao-de-corrupcao/>

O elemento determinante no crime de corrupção é o elo de ligação entre aquilo que é prometido ou entregue e o objetivo que se pretende alcançar, a saber a adoção de um determinado comportamento. Existe corrupção, mesmo que o ato (ou a sua ausência), seja ou não legítimo no quadro das funções desempenhadas pelo interessado, não se tenha realizado. Da mesma forma existe corrupção qualquer que seja a natureza ou o valor do benefício.

O ato unilateral de oferecer, dar, solicitar ou receber uma vantagem, é suficiente para existir corrupção. O acordo entre as partes constitui uma circunstância agravante do crime.

Existe um conjunto de infrações que se consideram conexas à corrupção pelo facto de se revelarem prejudiciais ao bom funcionamento das instituições, designadamente; o tráfico de influências, suborno, o peculato, a participação económica em negócio, a concussão, o abuso de poder e a violação do dever de sigilo. Todos estes crimes têm em comum o facto de permitirem a obtenção de uma vantagem ou compensação ilícitas.

A boa gestão do conflito de interesses, nomeadamente na sua prevenção, torna-se importante como garante da isenção e rigor das decisões tomadas no âmbito de funções públicas, ou da sua perceção por terceiros.

Sumariamente, descrevem-se os vários conceitos associados ao fenómeno da corrupção e infrações conexas:

Abuso de poder – ato ou efeito de impor a vontade de um sobre a de outro, tendo por base o exercício do poder ou a violação dos deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa.

Branqueamento de capitais – processo de transformação dos proveitos de atividades ilícitas em capitais reutilizáveis legalmente, com vista a dissimular a sua origem ilícita.

Conflito de interesses – situação em que a entidade decisora poderá relacionar-se com assuntos em que estejam em causa interesses particulares pessoais ou de terceiros, com eventual prejuízo na isenção e rigor das suas decisões, bem como na sua perceção por terceiros.

Concussão – ato de exigir para si ou para outrem dinheiro ou vantagem em razão da função exercida direta ou indiretamente.

Participação económica em negócio – abuso dos poderes conferidos pela titularidade de um cargo ou exercício de uma função, com a finalidade lucrativa para o próprio ou para terceiro, ao invés de atuar como zelador do interesse público que lhe esteja confiado.

Peculato – apropriação ou desvio de valores ou bens móveis de que o funcionário tem posse em razão do cargo/função que exerce. Apropriação indevida de bens públicos.

Suborno - ato de induzir a pessoa à prática de certo ato, oferecendo-lhe dinheiro ou outros benefícios ilícitos, em proveito próprio.

Tráfico de influências – aproveitamento do exercício de determinada função ou das relações com pessoas em posição de autoridade, para obter favores ou benefícios para terceiros.

Violação do dever de sigilo – incumprimento dos deveres de confidencialidade e sigilo profissional por parte de quem exerce determinado cargo ou função. Utilização de informação privilegiada no sentido de obter vantagens ilícitas

1.6 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

O desenho de uma matriz de risco deverá iniciar-se com a identificação dos principais objectivos da área avaliada. Estes objectivos deverão ser classificados nas seguintes tipologias:

- Estratégicos (E) – objectivos de alto nível, alinhados com o cumprimento da missão da organização;
- Operacionais (O) – utilização eficaz e eficiente dos recursos da entidade;
- Reporte (R) – fiabilidade da informação;
- Conformidade (C) – aderência com legislação e regulamentos aplicáveis.

Associado a cada objectivo, devem ser identificados os eventos mais susceptíveis de terem associados níveis de risco para o cumprimento dos objectivos identificados.

O nível de risco resulta da avaliação conjunta da probabilidade de ocorrência do evento e da gravidade de ocorrência do mesmo.

Probabilidade de Ocorrência	Baixa - 1	Média - 2	Alta - 3
Fatores de Graduação	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento com o controlo existente para o tratar	Possibilidade de ocorrência mas com hipóteses de obviar o evento através de decisões e ações adicionais	Forte possibilidade de ocorrência e escassez de hipóteses de obviar o evento mesmo com decisões e ações adicionais essenciais
Gravidade de Ocorrência	Baixa - 1	Média - 2	Alta - 3
Fatores de Graduação	Dano na otimização do desempenho organizacional, exigindo a recalendarização das atividades ou projetos	Perda na gestão das operações, requerendo a redistribuição de recursos em tempo e em custos	Prejuízo na imagem e reputação de integridade institucional, bem como na eficácia e desempenho da sua missão.

O risco é classificado como elevado, moderado ou fraco, sendo geralmente atribuída, respetivamente, a cor vermelha, amarela e verde de acordo com a seguinte matriz:

Medidas	Aceitar	Transferir	Evitar
Graus	Prevenir	Prevenir	Transferir
Probabilidade			
Gravidade	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Fraco	Fraco	Moderado

1.7 ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO

O presente plano é um instrumento de gestão dinâmico, devendo a sua execução ser anualmente avaliada e o seu conteúdo atualizado.

A implementação e definição de processos de gestão de risco é da responsabilidade do Conselho de Administração, devendo ser mantidos de forma adequada e eficiente ao longo do tempo.

Ao Conselho de Administração compete a responsabilidade de fazer a gestão do plano, bem como garantir a sua aprovação e envio do plano e respetivos relatórios de acompanhamento ao Conselho de Prevenção da Corrupção.

Os diretores de departamento e de serviço assumem a responsabilidade de executar o plano na parte respetiva. Devem, também, identificar e avaliar potenciais riscos, bem como indicar e implementar as medidas de controlo interno mitigadoras do risco identificado.

A identificação dos tipos de controlos e sua extensão para mitigar os riscos deve ser precedida de um raciocínio de análise custo-benefício, com o objectivo de não empreender mais recursos do que os necessários para manter os riscos a um nível considerado aceitável (risco inerente).

O Serviço de Auditoria Interna auxilia os serviços a desenharem a sua matriz de risco, identificando os eventos e riscos prováveis, classificando o grau de risco de acordo com a metodologia propostas e colaborando na definição de medidas e controlos tendentes a minimizar os riscos.

O Serviço de Auditoria Interna elabora anualmente o relatório de execução de Plano de Prevenção de Riscos de Gestão em articulação com os diretores de departamento e de serviço.

É desejável que este processo de avaliação de riscos de gestão integre, a médio prazo, o processo de identificação e tratamento para mitigação dos riscos clínicos e não clínicos que neste plano não são abordados.

1.8 MATRIZES DE RISCO

Na presente revisão do Plano de Gestão de Riscos, incluindo corrupção e infrações conexas, são avaliadas as seguintes vertentes:

- Ambiente de Controlo
- Contratação Pública
- Gestão de Stocks
- Recursos Humanos
- Gestão da Produção / Área Assistencial
- Planeamento e Controlo de Gestão
- Gestão do Património
- Serviço Financeiro
- Transporte de Doentes

Nas próximas revisões do plano serão incluídas as matrizes de risco das áreas que entretanto forem objecto de análise de risco junto do Serviço de Auditoria Interna.

1.8.1 MATRIZ DE RISCO – AMBIENTE DE CONTROLO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Medidas propostas	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
1	Integridade e Ética	E, C	possibilidade de existirem ações que prejudiquem a cultura de ética e integridade que se pretende para o CHMT e seus colaboradores	2	2	Mod	Código de Ética Canal de comunicação de irregularidades	elaborado, aprovado e divulgado o regulamento da Comissão de Ética (RG.ETI.001 de 15/06/2015). Nomeado presidente e vice-presidente (CI 3 de 3/03/2015)	elaborado, aprovado e publicado o Código de Ética do CHMT revisão do regulamento de comunicação de irregularidades criação e implementação de canal de comunicação de irregularidades	CA Aud. Interna Com. Ética Serviços Profissionais
2	controlo interno eficaz e eficiente	E, C, O	sistema de controlo interno fraco, com normas muito dispersas e desatualizadas suporte tecnológico desadequado reduzindo o nível de controlo	2	2	Mod	formalização das normas e procedimentos existentes; integração no SGQ automatização de processos e controlos	formalização de procedimentos administrativos sem grande desenvolvimento. Melhorados alguns procedimentos de recursos humanos e da Logística (p.e., compras). Introduzidas melhorias para melhorar o controlo nas aplicações de TR para MCDT, transportes	formalização das normas e procedimentos existentes; aprovação e integração no SGQ automatização de processos e controlos	todos os serviços

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Medidas propostas	Situação 2015	Controles / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Oc.	Impacto	Grau de Risco				
3	Prevenir ocorrências de conflitos de interesses *	E, C	ocorrência de conflitos de interesse (risco identificado na grelha de Recursos Humanos)	2	2	Mod	propor ao CA um código de Ética para o CHMT	elaborado, aprovado e divulgado o regulamento da Comissão de Ética (RG.ETI.001 de 15/06/2015). Nomeado presidente e vice-presidente (CI 3 de 3/03/2015)	elaborar, aprovar e divulgar o código de ética/conduita	CA Serviços Profissionais
							garantir o requerimento de autorização para acumulação de funções/compromissos de honra e de que as mesmas não colidam sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação.	Procedimento anual de comunicação formal do CA a todos os colaboradores a alertar para a obrigatoriedade de comunicação de situações de acumulação de funções ou outros impedimentos / incompatibilidades (CN 13 de 28/04/2015 e CI 8 de 15/07/2015). Gestores de processo alertam os profissionais em acumulação aquando da aproximação do término da validação da autorização de acumulação.	Garantir os mecanismos de comunicação de necessidade de declaração por parte dos profissionais de situações de acumulações de funções e outros impedimentos e incompatibilidades	
							subscrição por todos os colaboradores de declarações de inexistência de conflitos de interesse relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções, nomeadamente quando participem na escolha para aquisição de medicamentos / dispositivos médicos	Membros do júri de processos de aquisições de medicamentos e dispositivos médicos renovam anualmente as declarações de inexistência de conflitos de interesses. Identificado que podem existir declarações em falta nos casos de membros do júri não pertencentes ao Serviço de Logística.	Garantir a entrega de declarações de inexistência de conflitos de interesses nos processos de aquisição de medicamentos / disp. Médicos, aplicável tanto aos profissionais do serviço de Logística, como a profissionais de outros serviços	
							declarações relativas a patrocínios no exercício das funções **	Não foi controlado.	Garantir que os patrocínios dos eventos que ocorram no CHMT são devidamente declarados no site do Infarmed	

1.8.2 MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA

* Como não foram efetuados formalizados controlos para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controlos e medidas propostos para 2014.

Código	Objetivo	Tipo	Estratégia/Risco	Análise de Risco		Causas/Riscos/EFJE	Situação 2013	Resposta da Gestão/Plano de Ação	Responsável
				Índice	Gravidade				
1	Existência de sistema estruturado de planeamento das aquisições	E	Aquisição de bens ou serviços não ocorrem de necessidades efetivas / reais.	1	Mod	Elaboração do orçamento de compras em função do planeamento de aquisições.	Foi melhorado o modelo de planeamento de compras, tendo sido apresentado plano anual de compras valorizado e entregue ao Serv. Financeiro e CA com as listas de concursos planeados. No entanto, ainda não foi possível integrar a elaboração do plano anual de compras no processo global de orçamentação/planeamento.	Desenvolver plano anual de compras para 2016 (plano de atividades e orçamento do CH e serviços). Procurar integrar o planeamento de compras nos processos de planeamento e orçamentação das atividades.	CA Logística Serv. Financeiro PCG
			Falhas no levantamento das necessidades de aquisição levam a repetição de procedimento ao longo do tempo com o mesmo fornecedor, podendo incorrer em fracionamento da despesa.	3	Mod	Integração do orçamento de compras nas peças orçamentais.	Objetivo contínuo. O Serv. Logística procura garantir a existência de fundamentação em todos os processos de aquisição.	garantir a adequada fundamentação das necessidades nos processos de compra	Serviços requisitantes Logística
			Escolha inadequada do tipo de procedimento em função do valor do contrato.	1	Mod.	Cumprimento rigoroso das regras do CCP. Concluir o regulamento interno.	revisão o procedimento de compras PR.GRL.014.06 integrando na descrição do procedimento as fases importantes de autorização de despesa e as peças do procedimento, bem como os vários tipos de procedimentos que podem ser desenhovidos e quando, no âmbito do CCP	garantir planeamento atempado das aquisições e escolha adequada do tipo de procedimento	Logística
2	Os processos de compras são efetuados em conformidade com a regulamentação aplicável.	C	Desrespeito pelas várias fases dos procedimentos aquisitivos	1	Mod.	Implementar um sistema de controlo de montantes totais adjudicados em ajustes diretos por fornecedor	manutenção da base de dados "numerador" procurando integrar todos os processos de aquisição, incluindo AD. Controlo efetuado através da CPC.	manutenção da base de dados "numerador" procurando integrar todos os processos de aquisição, incluindo AD. Controlo efetuado através da CPC.	Logística
			Impugnação de procedimentos por parte dos concorrentes e entidades licitadoras e/ou nulidade do procedimento por inobservância de preceitos legais	1	Mod.	Manutenção de base de dados com informação relevante a nível de prazo e nível de execução sobre as aquisições anteriores e em curso. Facilita o acompanhamento das várias fases dos procedimentos de aquisição.	Objetivo contínuo que o SGL tenta prosseguir: garantir que a entrega de todos os artigos ou serviços é precedida de NE emitida pelo Aproveitamento e/ou está em conformidade com os procedimentos aprovados.	Mantém-se o objetivo definido: garantir que a entrega de todos os artigos ou serviços é precedida de NE emitida pelo Aproveitamento e/ou está em conformidade com os procedimentos aprovados.	Logística
							Foi melhorado o ficheiro do numerador, passando a integrar as várias áreas de aquisição: serviços; obras / equipamentos; bens e farmácia. O ficheiro permite acompanhar o nº procedimentos por área de aquisição: AD (RG, simplificados, AQ); CP; CLPQ; protocolos; central compras MS; cont. acuída. Foi iniciado junto da equipa na manutenção dos dados atualizados. Não registados alguns ADS, mas que podem ser controlados na CPC.	Mantém-se objetivo: manutenção do Numerador atualizado para permitir o controlo dos vários procedimentos em curso, dos valores por tipo de procedimento e por área de aquisição.	Logística
						melhoria dos conhecimentos de CCP dos colaboradores do serviço	Acompanhamento de apoio técnico aos colaboradores do serviço, tanto por parte do Gabinete Jurídico, como por parte do jurista integrado no serviço	Mantém-se o objetivo definido: melhoria dos conhecimentos de CCP dos colaboradores do serviço. Atendendo à capitalização de experiência do CCP em 2016, foi solicitada formação para toda a equipa do serviço. A equipa de juristas do CHMT mantém o apoio jurídico ao desenvolvimento dos procedimentos.	Logística

Código	Descrição	Tipo	Impactos / Riscos	Atividade / Indicador		Critérios / Indicadores 2022*	Situação 2025	Exemplos / Medidas 2025	Impactos / Medidas 2025	Responsável
				Qualidade / Quantidade	Gravidade / Risco					
3	Inexistência de conflito de interesses	C		2	2	Mod.	verificação da existência de declaração de inexistência de conflitos de interesse de todos os intervenientes no processo de aquisição.	Nos processos que envolvem, o SGL procura garantir que são apresentados todos os documentos de habilitação, fazendo inexistências evitando do atraso da sua apresentação	Garantir a inexistência de impedimentos previstos na lei, nomeadamente, através da confirmação dos documentos de habilitação entregues	Logística
4	Garantir que todas as aquisições estão devidamente provisionadas	O, C	Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços	1	3	Elev	Garantir a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todos os processos de compras	Colaboradores do SGL entregaram declarações de inexistência de incompatibilidades enquanto membros de JPI	Garantir a entrega de declaração de inexistência de conflitos de interesses nos processos de aquisição de medicamentos / disp. Médicos, aplicável tanto aos profissionais do serviço de Logística, como a profissionais de outros serviços	Logística
5	Garantir mecanismos concorrenciais na formação dos contratos	E, O, C	limitar a concorrência e favorecer determinados fornecedores	1	2	Mod.	adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação fundamentar objetivamente a escolha do AD	O CHMT procura adotar o concurso público como procedimento regra. O CHMT adere a vários acordos quadro, para além daqueles a que está vinculado. A fundamentação da escolha do tipo de procedimento fica aquiluada junto do processo. O CHMT tem procurado enviar convite a mais do que uma entidade nos casos de procedimento por AD (situação difícilmente ultrapassável nos fornecedores exclusivos, ou na compra de algum equipamento, por questões de compatibilidade entre equipamentos e sistemas e manutendões)	Mantém-se os objetivos contínuos de controlo: adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação fundamentar objetivamente a escolha do AD, nomeadamente quando tem por base critérios materiais garantir que no AD o convite a apenas uma entidade é objetivamente justificado	Serv. Financeiro Logística CA
6	Garantir o controlo da execução de contratos		deficiente controlo de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	2	3	Elev	verificação de mecanismos de monitorização dos requisitos do contrato	verificam-se situações de indefinição de responsável pelo acompanhamento da execução dos contratos, ausência de obrigatoriedade de elaborar relatórios sobre a execução, definição de penalidades contratuais, ausência ou deficiente mecanismo para monitorizar o cumprimento do contrato	adequada definição de requisitos a controlar nos contratos	CA Logística Serviços/equipas responsáveis pelo acompanhamento da execução dos contratos
									auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	

1.8.3 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS

* Como não foram definidos formalizados controlos para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controlos e medidas propostos para 2014. O Serviço de Gestão Logística é referido com Logística e referido com a Armazém Avançada.

Código	Categoria	Tipo	Evento / Risco	Prob. Oc.	Prob. Imp.	Grav. de Risco	Controlos / Medidas 2014 *	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
1	Otimizar os níveis de stock	E, O	excesso de recursos investido em stock	1	3	Mod.	manter o controlo dos valores em stock, reverendo periodicamente os níveis definidos	Na sequência dos inventários anuais e dos concursos anuais identificaram-se artigos que foram ser revistos por não serem usados, por sofrido alterações de características de embalagens, deixarem de ser usados ou serem substituídos. Procedeu-se à alteração do mestre de artigos; à revisão da composição do stock de Aav, com revisão dos níveis mínimos e pontos de reposição, e, revisão posterior de pontos de encomenda. Durante o ano foram revistos os níveis de reposição, pontos de encomenda e mestre de artigos sempre que se justificou.	Implementar armazém avançado nos três pólos do Sêr. Instalações e Equipamentos (1.ª fase: centralização dos armazéns em Abrantes; 2.ª fase: revisão dos artigos, definição de stocks; 3.ª fase: descentralização para AAV nos 3 pólos dos SIE)	Logística, Armazém, Equipa de implementação armazém avançado
							revisão dos pontos de reposição dos artigos nos Aav	Promoveu-se a transferência de artigos entre AAV.	garantir a política de transferência/empréstimos entre AAV	
							revisão dos pontos de encomenda na sequência da revisão dos pontos de reposição			
							conclusão da implementação dos Aav			
			existência de produtos obsoletos	2	2	Mod.	implementar uma política regular de abates	Política regular de abates. Criação de armazém virtual de artigos obsoletos / fora de prazo e definição de local físico de armazenamento destes artigos em local separado. Periodicamente agregam-se os produtos, relata-se ao CA e pede-se autorização para abate; comunica-se à contabilidade e às finanças e retira-se de stock.	Segregação de material obsoleto para abater ao longo do ano, isolando-o e controlando a sua não utilização.	Logística, Armazém, Serviços
							garantir o controlo de prazos de validade	Alguns fornecedores recolhem artigo e substituem quando o prazo se aproxima, desde que devidamente informados.	Processo de abate anual de acordo com a lei em vigor.	
			existência de produtos fora da validade	2	2	Mod.		Aquando da realização de inventário anual, a equipa de contagem da farmácia recolheu os prazos de validade de todos os medicamentos cuja validade termina até mar/17. A informação será carregada em ficheiro por lote para mais facilmente controlarem os artigos a aproximarem a validade ou fora de prazo		

Código	Objetivo	Tipo	Evidência / Base	Avaliação de Risco			Entusiasmo / Medição 2016 *	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Descr.	Impacto	Gravidade				
2	A valorização das quantidades em existências correspondem às constantes nos registos contabilísticos	R, C	distorções materiais das demonstrações financeiras	1	3	Baixo	Validar mensalmente a integração dos ficheiros da aplicação de gestão de materiais no SICC. Ao longo dos anos o CHMT tem procurado insatir junto da empresa fornecedora da aplicação a adaptação da aplicação de forma a integrar as NC e rapéis na valorização das existências.	Garantida a reconciliação mensal de valor de existências entre o SICC e a CPC. A valorização das NC / rapel é contabilizada no SICC e não na CPC, não afetando os valores das existências nem dos consumos por serviços. Divergência de regularização de existências entre aplicações CPC/SICC justificada pelo hiato de tempo entre o registo de regularização na CPC, a ratificação da Autorização pelo CA e o registo na contabilidade.	Validar mensalmente a integração dos ficheiros da aplicação de gestão de materiais no SICC	Logística S. Financeiro
							garantir que a cada movimento físico no armazém está associado o correspondente registo na aplicação de gestão de materiais	O SGI procura garantir que não existindo vendas/entradas de artigos no armazém central sem o devido registo. Verificadas insuficiências de comunicação entre PDA dos Aav e CPC, dificultando a transmissão de dados e a correta atualização dos movimentos e stock dos AAV	Garantir que a cada movimento físico no armazém está associado o correspondente registo na aplicação de gestão de materiais Acompanhamento dos problemas de comunicação de dados entre os PDA e a CPC para atualização correta das movimentações de stock nos AAV	Resp. Armazém
3	Optimização do layout dos armazéns e da arrumação dos espaços e artigos	E, O	instalações de armazenagem inadequadas falta de condições de segurança dos artigos armazenados	2	3	Elev.	Manutenção das portas de acesso aos armazéns fechadas e controladas. Garantir que a equipa da Farmácia mantém fechada à chave a sala de dispensa de medicação em ambulatório.	os armazéns centrais gerais e da Farmácia procuram garantir que as portas de acesso se mantêm fechadas para facilitar o controlo de acessos. A Farmácia tem particular atenção à zona de cedência de medicação na Unidade Abrantes, localizada junto ao acesso ao armazém. Sensibilizar os serviços assistenciais para a necessidade de controlar o acesso aos seus AAV e procurar manter as portas fechadas.	manutenção das portas de acesso aos armazéns fechadas e controladas controlo de acessos aos armazéns avançados	Logística e Farmácia
							será realizado investimento de beneficiação do espaço para garantir uma melhor arrumação, circulação e manuseamento e segurança dos artigos arrumados	A equipa do armazém procura ter os artigos arrumados para otimizar o espaço. Existe projeto para ampliação do armazém geral, mas ainda não houve condições financeiras para avançar com a obra. O projeto prevê criação de armazém de esterilizados. Como solução de arrumação recorre-se ao espaço aberto da antiga cozinha (desativada), de fácil acesso. Arrumam-se aqui artigos em embalagens de grande volume, procurando manter as paletes fechadas para mais facilmente controlar	Optimizar a arrumação dos artigos nos armazéns centrais procurando minimizar os artigos que são deslocados para o espaço da antiga cozinha	Logística e Farmácia

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação do Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Gravidade Risco				
4	Optimização do circuito de distribuição de artigos pelos serviços	E, O	rotura de stocks nos serviços	2	3	Elev.	revisão dos circuitos de distribuição para abastecimento dos Aav dos serviços com vista a otimizar circuitos, após estar concluída a implementação de todos os Aav	Planeamento anual de compras de artigos atempado, procurando garantir as necessidades dos serviços. Controlo anual de stocks, de níveis de reposição, pontos de encomenda. Transferências entre Aav. Redefinidos os circuitos de abastecimento dos serviços. Procedimento de auditorias intercalares aos Aav pelos serviços utilizadores. Inventários anuais a todos os artigos de todos os armazéns.	Revisão contínua de mestre de artigos, níveis min/máx stock por artigo em cada armazém, pontos de reposição e pontos de encomenda. Garantir a transferência de artigos entre AAV Auditorias intercalares pelos serviços utilizadores O SGI planeia realizar inventários intercalares e parciais do armazém central e AAV	Logística e Farmácia
							manter o controlo dos valores em stocks, reverendo periodicamente os níveis de finidos			
							melhorar o planeamento de compras em função dos meios financeiros disponíveis.			
			existências em armazém s centrais e avançados não controladas	1	2	Mod.	proceder à realização de inventários intercalares e anuais Reforçar o controlo dos Aav e implementar mecanismos de auditorias periódicas e adequada regularização de existências.			Logística e Farmácia Logística, Farmácia e serviços

1.8.4 MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS

* Como não foram definidos formalizados controles para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controles e medidas reportados para 2014.

Código	Descrição	Tipo	Evento / Risco	Avaliação do Risco		Controlos / Medidas 2014 *	Situação 2015	Estratégias / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto				
1	Optimizar a capacidade instalada	E.O	Contratar prestadores de serviços para garantir escalas sem esgotar as horas disponíveis dos horários médicos	2	3	Elev	O Dep. Urgência centraliza a elaboração e gestão das escalas de urgência. Recorre dos vários serviços as escalas previstas com os turnos normais e extraordinários que os médicos da equipa disponibilizam. Alguns serviços fazem a articulação com as empresas prestadoras e enviam a escala com os turnos dos médicos prestadores preenchidos. A Direção de Departamento de Urgência faz a centralização das escalas propostas e verifica os turnos que ficam por assegurar, contactando as empresas para procurar completar as escalas. Dos problemas relatados destacam-se as faltas dos médicos prestadores sem pré-aviso ou sem ser em tempo oportuno, sendo que nalguns casos, a empresa não indica o médico que substitui. A Direção da Urgência procura adotar diligências para procurar preencher a escala, mas já tem ocorrido não conseguir completar a escala, significando que os turnos são feitos abaixo da duração necessária.	Procurar garantir o planeamento atempado de horas a contratar em regime de prestação de serviços para assegurar as escalas de urgência. Procurar reforçar o quadro médico do CHMT. Optimizar o planeamento das escalas de urgência, quer com a equipa interna, quer com a equipa de prestadores, de forma a evitar as situações de falhas nas escalas.	Dir. Clínica, Serviço Clínicos, Logística
			eficiência em garantir as dotações adequadas nas escalas de urgência	2	3	Elev	Continuar a aperfeiçoar os mecanismos de controlo, desenvolver ferramentas que permitam automatizar o controlo da afetação dos horários às atividades. Clarificar mecanismos que permitam ao Dep. Urgência controlar os saldos de horas disponíveis de cada empresa na altura do planeamento de escalas.		
			autorizar a prestação de trabalho extra sem esgotar as horas disponíveis dos horários médicos	2	3	Elev			
							Não foi possível desenvolver automatismos através da RSI para controlar a afetação dos horários médicos às atividades. No entanto, foi dada atenção aos horários médicos praticados aquando da negociação da atividade do serviço, tendo por base indicadores de produtividade por linha de produção/especialidade.	Garantir a otimização da produção contratada em programa base e adicional tendo em conta as equipas disponíveis e razões de produtividade	Dir. Clínica
2	garantir cobrança, senção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	C.O	subposição de atividade adicional com cumprimento de horário normal, trabalho extra ou prestação de serviços	2	3	Elev	Os pagamentos da atividade adicional foram sujeitos ao controlo automatizado da realização de cirurgias em sobreposição de horário. As situações de sobreposição não foram remuneradas.	Garantir os controlos automáticos na aplicação de gestão de blocos de forma a não remunerar atividade de programas de cirurgia adicional realizada dentro de horário normal.	UNIC Informática
			aplicação inadequada de isenções / dispensa de taxas	1	3	Mod	SGD: É objetivo continuar a sensibilização das equipas para cobrança oportuna das taxas. Monitorização das isenções para deteção de erros. Envio de até 2 cartas a solicitar a regularização das taxas moderadoras nos casos em dívida.	Torna-se de objetivo continuar a sensibilização das equipas para cobrança oportuna das taxas. Monitorização das isenções para deteção de erros.	Gestão de Doentes
			cobrança insuficiente de taxas	1	3	Mod	Aguarda-se a implementação do projeto de pagamento por referência multibanco.	Envio de até 2 cartas a solicitar a regularização das taxas moderadoras nos casos em dívida.	Gestão de Doentes
			recepção de taxas moderadoras	1	3	Mod	O Serv. Financeiro controla mensalmente os valores cobrados e por regularizar para efeitos de contabilização do valor das taxas, e especialização do arrolamento dos valores em dívida.	Formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo	Gestão de Doentes, Serv. Financeiro

Código	Objetivos	Tipo	Item / Ponto	Avaliação de Risco		Conteúdos / Medidas 2014*	Situação 2015	Calendarização / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Grav. Impacto				
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	conferência de faturas e exames não solicitados, não realizados ou pedidos indevidamente	1	3	Mod	Autonomizar o pedido de realização de modi no exterior a partir do Sólido, evitando a intervenção do administrativo.	concluído em 2014	Informática
							garantir ponto de controlo pelo prescritor na aplicação dos TR para confirmar a recepção dos relatórios dos exames pedidos, que deve preceder a sua efetivação	em desenvolvimento	Informática
							formalizar os procedimentos de conferência de faturas	em desenvolvimento	Serv. Financeiro
			exames realizados em locais não autorizados	1	3	Mod	situação identificada em 2015	identificada dificuldade em gerir os locais de realização dos exames no exterior, pela forma como os procedimentos de prescrição e autorização estão implementados.	CA, Logística
4	garantir o adequado e atempado registo da atividade assistencial	R, C	envio para o exterior de exames que possam ser realizados no Centro	2	3	Elev	garantir ponto de controlo na aplicação dos TR para avaliar a capacidade interna de resposta pela realização do serviço	restringir na aplicação dos TR-MCDT a escolha dos locais de realização dos exames a quem prescreve	Dr. Clínica Informática; SGP
							garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial	garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial	CA Informática
								garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial	Gestão de Doentes
								garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial	Gab. Codificação Clínica - GDH; Médico Auditor
5	garantir a tempestividade e a qualidade da codificação dos GDH	R, C	codificação de GDH morosa e não contendo impacto negativo nos prazos de entrega na faturação	1	3	Med.	situação identificada em 2015	monitorização da atividade de codificação, codificação prejudicada por falta de registos clínicos	Gab. Codificação Clínica - GDH; Médico Auditor
								monitorizar os prazos do processo de codificação e garantir que se mantém dentro dos tempos definidos	
								garantir a qualidade da codificação dos GDH	
								implementar rotinas de auditoria às codificações	

1.8.5 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO / ÁREA ASSISTENCIAL

* Como não foram definidos formalizados controles para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controlos e medidas propostos para 2014.

Objetivo	Evento / Ação	Pré-Definição	Gravidade	Consequência / Medida 2014 *	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
1	Contratar prestadores de serviços para garantir escalas sem esgotar as horas disponíveis dos médicos	2	3	Elev.	O Dep. Urgência centraliza a elaboração e gestão das escalas com os turnos normais e extraordinários que os médicos da equipa disponibilizam. Alguns serviços fazem a articulação com as empresas prestadoras e enviam a escala com os turnos dos médicos prestadores preenchidos. A Direção de Departamento de Urgência faz a centralização das escalas propostas e verifica os turnos que ficam por assegurar, contactando as empresas para procurar completar as escalas. Dos problemas relatados destacam-se as falhas dos médicos prestadores sem pré-aviso ou sem ter em tempo oportuno, sendo que nalguns casos, a empresa não indica o médico que substitui. A Direção da Urgência procura adotar diligências para procurar preencher a escala, mas já tem ocorrido não conseguir completar a escala, significando que os turnos são feitos abaixo da dotação necessária.	Procurar garantir o planeamento atempado de horas a contratar em regime de prestação de serviços para assegurar as escalas de urgência. Procurar reforçar o quadro médico do CHMT. Otimizar o planeamento das escalas de urgência, quer com a equipa interna, quer com a equipa de férias nas escalas.	CA, Dr. Clínica, Dr. Urgência, Serviço Clínico, logística
	Continuar a aperfeiçoar os mecanismos de controlo	2	3	Elev.	Desenvolver ferramentas que permitam automatizar o controlo da afetação dos horários das atividades.		
	Continuar a aperfeiçoar os mecanismos de controlo	2	3	Elev.	Desenvolver ferramentas que permitam automatizar o controlo da afetação dos horários das atividades.		
	Continuar a aperfeiçoar os mecanismos de controlo	2	3	Elev.	Desenvolver ferramentas que permitam automatizar o controlo da afetação dos horários das atividades.		
2	Contratar a prestação de trabalho extra sem esgotar as horas disponíveis dos médicos	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.	Garantir a otimização da produção contratada em programa base e adicional tendo em conta as equipas disponíveis e rádios de produtividade	Dr. Clínica
	Contratar a prestação de trabalho extra sem esgotar as horas disponíveis dos médicos	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		
	Contratar a prestação de trabalho extra sem esgotar as horas disponíveis dos médicos	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		
	Contratar a prestação de trabalho extra sem esgotar as horas disponíveis dos médicos	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		
3	Garantir a cobertura, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.	Garantir os controlos automáticos na aplicação de isenção de blocos de forma a não remunerar atividade de programas de urgência adicional realizadas dentro do horário normal.	UNQAC, Informática
	Garantir a cobertura, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		
	Garantir a cobertura, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		
	Garantir a cobertura, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	1	3	Mod.	Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.		

Código	Objetivo	Tipo	Evento/Risco	Análise de Risco		Conteúdo / Medida 2014+	Medida 2015	Conteúdo / Medida 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Gravidade			
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	conferência de lauras de exames não solicitados, não realizados ou pedidos indevidamente	1	3	Mod.	Automatizar o pedido de realização de modti no exterior a partir do Sdho, evitando a intervenção do administrativo.	concluído em 2014	Informática
							criar ponto de controle pelo prescritor na aplicação dos TR para confirmar a recepção dos relatórios dos exames pedidos, que deve preceder a sua efetivação	em desenvolvimento	Informática
							formalizar os procedimentos de conferência de lauras	sem desenvolvimento	Serv. Financeiro
			exames realizados em locais não autorizados	1	3	Mod.	situação identificada em 2015	identificada dificuldade em gerir os locais de realização dos exames no exterior, pela forma como os procedimentos de prescrição e autorização estão implementados.	CA: logística Dir. Clínica, Informática, SCD
4	garantir o adequado e atempado registro da atividade assistencial	R, C	envio para o exterior de exames que possam ser realizados no Centro	2	3	Elev.	criar ponto de controle na aplicação dos TR para avaliar a capacidade interna de resposta pela direção do serviço	sem desenvolvimento	CA: Informática SCD
			perda de informação relevante para efeitos de faturação	1	3	Mod.	garantir o adequado e atempado registro de toda a informação assistencial	Atuais informas de sensibilidade dos secretários para registro da atividade e correta identificação de utentes. Monitorização de ERE e n.º beneficiários.	Gestão de Doentes
5	garantir a tempestividade e a qualidade da codificação dos GDI	R, C	codificação de GDI incorreta e não contida no impacto negativo nos proveitos	1	3	Mod.	situação identificada em 2015	problemas no circuito dos processos, nomeadamente, da alta ao codificador; qualidade da informação clínica (insuficiência de registos e/ou insuficiência informação nas notas de alta); inexistência de regimento que defina responsabilidades e circuitos;	Gab. Codificação Clínica - GDI; Médico Auditor
			atrasos na faturação	1	3	Mod.	atrasos significativos na codificação, nomeadamente, nos processos da cirurgia geral; centralização excessiva de outras funções no médico auditor; falta de capacidade para realizar auditorias de codificação, para além dos controlos à codificação que a aplicação disponibiliza	reforço da equipa de codificadores com dois médicos definição de n.º mínimo de processos que os codificadores devem codificar por mês monitorizar os prazos do processo de codificação e garantir que se mantêm dentro dos limites definidos sensibilizar os clínicos para a melhoria dos registos clínicos implementar rotinas de auditorias de codificação	

1.8.6 MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

* Como não foram definidos formalizados controlos para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controlos e medidas propostos para 2014.

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas 2014 *	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Quor.	Impacto	Grav. de Risco			
1	Cumprir dos prazos para reporte da informação	R, F	Não cumprimentos dos prazos de envio dos Mapas SICA e Relatório mensal para SES Aplicação de penalizações financeiras	1	3	Mod	Manter equipa do PCG com pelo menos dois elementos integrados na função, de forma a garantir o cumprimento dos prazos de reporte.	Integração de um técnico, ficando o PCG a ser assegurado por 3 técnicos. Envio mensal do SICA (diab) e do RADEF (diab10) em cumprimento dos prazos.	PCG
2	Garantir a monitorização atempada da informação de gestão necessária ao acompanhamento das metas contratualizadas com a Tutela e com os serviços	R, F	deteção tardia de desvios face às metas contratualizadas	2	3	Elev	análise mensal de desvios e reporte interno e externo com sinalização das situações mais críticas garantir a adequabilidade do modelo de monitorização com os objetivos definidos	O PCG envia mensalmente para o CA os relatórios de acompanhamento dos desvios, face ao ano homólogo e à meta estabelecida com a Tutela. O PCG envia para o Adm. Hospitalar os relatórios de acompanhamento de desvios, que eram reencaminhados para os respetivos serviços e departamentos. O PCG envia mensalmente as fichas alert para os serviços para justificação de desvios e proposta de ações corretivas. Realização de reuniões periódicas de acompanhamento da produção com CA, gestores de áreas e PCG.	CA PCG
3	Garantir o apoio ao CA na elaboração dos principais documentos de planeamento	E, R, F	ineficiente consolidação das metas negociadas internamente e desvio face aos objetivos globais fraca integração entre as várias peças orçamentais (plano de produção, compras, RH, orçamento anual e plurianual)	1	3	Mod	garantir o apoio ao CA na elaboração dos vários documentos de planeamento anual e plurianual, garantindo a consistência com a contratualização interna	Apoio a contratualização interna, preparação das reuniões de negociação, realizadas durante o 1.º trimestre. Introdução dos objetivos de qualidade e eficiência nas reuniões de contratualização, estabelecendo objetivos para cada serviço. Apoiar a contratualização interna. Avaliar os desvios entre o orçamento do CHMT, em termos de proveitos e a produção contratada de forma a alertar para a necessidade de revisão de metas.	CA PCG

1.8.7 MATRIZ DE RISCO – SERVIÇO FINANCEIRO

Código	Objetivo	Tipo	Eventos / Riscos	Avaliação de Risco			Controles / Medidas	Impacto
				Prob. Ocorr.	Impacto	Gravidade		
1	Garantir a identificação correta e completa de clientes e fornecedores	O, R	Dados mestre de clientes, incorretos ou desatualizados	1	2	Frac	Garantir que todas as alterações (criação/alteração e eliminação) a dados de clientes/fornecedores são devidamente sustentadas e evidenciadas. Garantir que existe evidência de quem fez as alterações no sistema (data e rubrica).	S. Financeiro
2	Garantir o reconhecimento correto de valores a receber e a pagar	O, R	Saldo de clientes/fornecedores incorretos, por exemplo, o saldo da ARSLVT, em que no mesmo, não constam as faturas relativas aos migrantes. As seguradoras continuam a não responder à circularização de saldos. Pagamentos e recebimentos de valores diferentes dos saldos.	2	2	Mod.	Medidas de controlo da movimentação e alteração dos dados relativos aos clientes/fornecedores. (Denominação, NIB, Prazo, etc) na aplicação de Contabilidade. Manutenção periódica dos dados dos fornecedores. Segregação de funções e responsabilidade das operações.	S. Financeiro
3	Cobrança de dívida de clientes atempada e de forma adequada	O	Faturas por cobrar há muito tempo (Pagamentos fora do prazo pelos clientes). Reconhecimento tardio de recebimentos de clientes. Existência de pagamentos através de transferência bancária sem identificação do documento a pagar. Nestes casos as cobranças são registadas como adiamentos.	2	1	Frac.	Proceder à análise de saldos, investigando movimentos anómalos. Proceder ao envio regular de clientes/fornecedores com saldos mais significativos, solicitando reparo aos mesmos e ajustamentos das diferenças existentes. Insistência no pagamento dos débitos, através de cartas enviadas aos intervenientes no processo. Entregar as faturas por cobrar ao contencioso de modo a atuar-se judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	S. Financeiro
4	Pagamento de acordo com uma política de pagamentos bem definida	O, C	Saldo de clientes sobre ou subavaliados. Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços. Realização de pagamentos de bens e serviços sem que exista a validação das quantidades/quantidades dos bens e serviços antes da emissão da ordem de pagamento.	2	2	Mod.	De forma a minimizar, no futuro, a situação, elaborar e enviar a todos os clientes, um ofício, solicitando, aquando do pagamento, a identificação do n.º fatura a pagar e identificação do utente. Aguardar-se a implementação do projeto dos pagamentos por referência multibanco para as taxas moderadoras.	S. Financeiro
			Realização de pagamentos sem seguir uma política de pagamentos	3	3	Elev.	Garantir a atribuição de n.º compromisso válido sequencial e dotação orçamental suficiente a todas as notas de encomenda/processos de compra	S. Financeiro
				1	2	Frac	Proceder à seleção para pagamento das transações de fornecedores nos prazos acordados, de acordo com uma política de pagamentos bem definida e adequando os mesmos à restrição de disponibilidade de tesouraria.	S. Financeiro
				2	3	Elev.		

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Ação	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Avanço Ord.	Impacto	Gravidade		
5	Garantir a adequada e atempada conferência de faturas	O	Falta de acurácia na conferência de faturas.	1	3	Mod.	Validar a conferência da fatura na CPC, quando a fatura está validada pelo respetivo serviço requisitante, ou na sua falta, vem acompanhada de documentação que comprove a prestação do serviço.	S. Financeiro
			Conferência de faturas morosa. Dificuldade de articulação com outros serviços, nomeadamente no que respeita aos MCDT's, dada a dificuldade de validação dos retornos dos exames e termos adicionais.	2	2	Mod.	Garantir a existência de contraprestação do serviço.	
6	Controlo da valorização das existências	O	Divergência de saldos de existências entre as aplicações SICC e a CPC. Registos manuais do rapple e outros descontos, sendo registados no SICC mediante evidência física de documento válido, assim como de acertos de existências, registadas no SICC após aprovadas pelo CA.	1	3	Mod.	Controlo e análise mensal das diferenças apuradas entre o valor existente na contabilidade e o S. G. Logística. Controlo das autorizações referentes aos acertos de inventários decorrentes das auditorias intercalares, dos inventários anuais, assim como referentes a rapple, faturas de crédito ou outros acertos.	S. Financeiro
			Desvirtuar a informação contabilística.	1	2	Frac.	Garantir a contabilidade em rubrica adequada. Conferência dos aumentos com regularidade. Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas. Conferências mensais e anuais da informação produzida.	
8	Reconhecimento adequado e oportuno dos valores a receber de clientes	O, R	Alto clínicos não faturados, faturados incorretamente (informação insuficiente ou incorreta sobre o utente ou cliente) ou não faturados oportunamente. Dificuldade em controlar se foi efetuada a totalidade da faturação até ao encerramento do mês e se foram adequadamente especializadas as produções não faturadas. Áreas de faturação que apresentam maiores dificuldades: Convencionados - requisições, realização de exames não respetando os códigos solicitados (MCDT'S); faturação de transportes de doentes referenciados para a realização de radioterapia (RBA); faturação de medicamentos e transportes de doentes relativos a subsistemas públicos.	2	2	Mod.	Conhecimento das condições de faturação. Acompanhamento mensal dos atos clínicos registados no período. Analisar os atos faturados e os que aguardam faturação, de modo obter os valores a especializar mais aproximados. Circularização de saldos anual.	S. Financeiro
			Divergência de saldos.	2	2	Mod.	Garantir autorização dos ajustamentos de saldos de clientes	

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Ação	Avaliação de Risco			Conteúdo / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco		
9	Adequado controle dos fluxos monetários	O	Controle dos eventuais erros de numeração, atribuída manualmente às autorizações de pagamento, upload, fluxos de caixa e guias de receita	1	2	Frac	Garantir: controle adequado da numeração manual.	S. Financeiro
			Dificuldade em reconciliar a fatura a liquidar com a transferência de um cliente quando este não a identifica.	1	2	Frac	Análise periódica aos movimentos realizados e verificação da documentação de suporte por terceiros.	
			Registros inadequados de adiantamento de valores sem ajustamentos de saldo	1	2	Frac	Segregação de funções, entre quem processa e autoriza, quem processa não autoriza.	
10	Controle adequado nas despesas realizadas pelo fundo de maneio	O	Existência de fundos de maneio não autorizados.	1	2	Frac	Elaboração aprovação do regulamento para os fundos de maneio instituídos, que especifique os fundos de maneio existentes, montantes atribuídos, os responsáveis pelos fundos de maneio, os procedimentos para a sua regularização, natureza das despesas a efetuar e limites das mesmas de acordo com o ponto da Portaria 888/2000, ponto 2.9.7.1, j) e k).	S. Financeiro
			Atrasos significativos na sua constituição a cada ano.	1	1	Frac		
			Inexistência de limite anual definido para a realização de despesa.	1	1	Frac		
			Inexistência de dotação orçamental para FM e de rubrica no orçamento.	1	2	Frac	Aprovação anual (atempada da constituição dos vários fundos de maneio (DL 155/92, 32.º, 1)	
11	Elaboração do manual de procedimentos para o controle interno	O	Excesso de despesa realizada através de fundo de maneio.	2	1	Frac		S. Financeiro
			Incumprimento da reconstrução mensal do FM e da atribuição do n.º compromisso único e sequencial por fatura	3	3	Elev	Proceder à elaboração do manual de procedimentos.	

1.8.8 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÔNIO

* Como não foram definidos formalizados controles para 2015, o acompanhamento é feito relativamente aos controles e medidas propostos para 2014.

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014 *	Situação 2015	Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Queda	Impacto	Gravidade				
1	Utilização adequada e segurança física de bens públicos	O, C	Entravio de bens por causa humana Transferência de bens entre diferentes salas e pisos (localizações) sem comunicação e atualização do inventário Apropriação / utilização indevida de bens públicos, designadamente para fins privados	1	3	Mod	Verificação periódica de bens Controlo da utilização dos bens e do destino dado aos mesmos Implementação de medidas de controlo permanente, designadamente de entrada e saída de bens da localização original	O Serviço de Património controla a entrega de bens adquiridos, ficando com a declaração do serviço que recebe o equipamento. Não consegue garantir que no caso de movimentação de bens entre serviços, as transferências são todas comunicadas ao Património. Verificação periódica de bens condicionada por insuficiência de elementos na equipa.	Verificação periódica de bens. Na eventualidade de extravio, o Responsável de cada Serviço deve informar o Serviço de Património. Implementação de medidas de controlo permanente, designadamente de entrada e saída de bens da localização original, devendo os serviços comunicar a transferência de bens no caso de transferência entre serviços. Controlo da utilização dos bens e do destino dado aos mesmos.	Património Responsável de cada serviço
2	Alertas	O	Bem abalado continuar nos serviços / abates sem autorização Utilização indevida para fins privados de bens abalados documentalmente no período que decorre até à sua eliminação física	1	2	Frac	Realização de conferências físicas periódicas, para verificar se os bens abalados ainda se encontram no local; se a autorização de abate foi proferida pelo CA; se os bens abater foram isolados, em local de acesso restrito e controlado e se a justificação do abate foi devidamente efetuada.	O Serviço de Património garante a existência de autorização de todos os bens abalados, e que os mesmos foram isolados em local de acesso restrito. A saída de dois elementos da equipa que não foram substituídos condiciona a verificação física regular dos bens.	Verificar se a autorização de abate foi proferida pelo CA; se os bens abater foram isolados, em local de acesso restrito e controlado e se a justificação do abate foi devidamente efetuada.	Património

1.8.9 MATRIZ DE RISCO – TRANSPORTE DE DOENTES

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Oc.	Impacto	Grau de Risco		
1	Garantir que o contrato de transporte de doentes corresponda às necessidades do CHMT	E	caracterização insuficiente das necessidades de transporte de doentes	3	3	Elev	Adequada caracterização das necessidades de serviço de transporte de doentes na fase pré-contratual.	Logística Gestão de Doentes
		E	Caderno de encargos não estar ajustado às necessidades dos serviços	3	3	Elev	Adequação do Caderno de Encargos às necessidades dos serviços, com uma exaustiva definição das obrigações dos fornecedores em função dos requisitos definidos na fase pré-contratual.	Logística
		O	elevado número de transportes atrasados ou não realizados	3	3	Elev	Adequar caderno de encargos às necessidades de transporte de resposta imediata, programado e não programado e os tempos de resposta que devem ser garantidos para cada um.	Logística
		O	Resposta extemporânea e/ou desajustada aos pedidos de transporte que requerem resposta imediata	3	3	Elev		
2	Garantir a boa utilização de dinheiros públicos	C	Recurso excessivo a transportes de doentes em ambulância, com prejuízo da utilização da VSTD.	3	1	Mod	Adequação do Caderno de Encargos às necessidades de transporte do CHMT, prevendo, nomeadamente, o meio de transporte VSTD ou evitando que os encargos financeiros decorrentes do transporte que deveria ser realizado em VSTD e que é realizado em ambulância não sejam superiores aos que seriam cobrados caso o transporte fosse em VSTD.	CA Logística
			Sobrefaturação nomeadamente por pedidos repetidos, distâncias entre localidades erradas ou sobreavaliadas, horas de espera sobreavaliadas ou não documentadas.	1	1	Frac	Parametrizar a aplicação por forma a criar mecanismos que facilitem a validação da faturação	Informática S. Financeiro
		C	Incumprimento da legislação de transporte de doentes e uso indevido de transportes com penalização da despesa pública	2	2	Mod	procurar desenvolver mecanismos de controlo para validar a incapacidade > 60% e a situação clínica, garantindo que é atribuída a doentes que possuem o certificado, e, para validar se a situação clínica incapacitante seleccionada na requisição médica do doente tem correspondência no estado do doente descrito no processo clínico.	Informática SGD
							Introdução de mecanismos de controlo que associem os motivos aos destinos para evitar o uso indevido de transporte impressão de verbetes emitidos através da aplicação dos transportes com registo de horas e numeração sequencial desenvolver mecanismos para controlar os agrupamentos de doentes que os bombeiros organizam	
			Incumprimento da legislação de transporte de doentes, por falta de controlo nos elementos relativos à entidade transportadora, nomeadamente nome, matrículas dos veículos, tripulante e sua formação	2	2	Mod	Criar mecanismos e circuitos de comunicação formal entre o SGLogística, SGD, Serviço Sistemas de Informação e responsável pelo acompanhamento da execução do contrato, para que este seja permanentemente carregado e atualizados os elementos da requisição relativos à entidade transportadora, nomeadamente identificação do veículo, motorista e tripulante.	CA serviços envolvidos: Logística, SGD, Informática

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco		
3	Garantir a execução plena do contrato de transporte de doentes	E	Contrato não ser objeto de acompanhamento e avaliação	3	3	Elev	definir responsável ou equipa responsável pela avaliação da execução do contrato com responsabilidade de: - Atualizar normas internas relativas ao transporte de doentes; - Definir modelo de avaliação de fornecedores de serviço de transportes de doentes; - Propor aplicação de medidas corretivas; - Propor a aplicação de penalidades; - Emitir relatório periódico avaliação;	CA equipa/responsável pelo acompanhamento e avaliação do contrato
			elevado número de transportes atrasados ou não realizados ou de pedidos que carecem de resposta imediata sem resposta	3	3	Elev	introduzir alerta à central na aplicação que identifique os transportes que estejam atrasados, permitindo a resposta do tempo estimado de resposta ao transporte pela central.	Informática e Gestão de Doentes
							avaliação e acompanhamento do contrato aplicação das penalidades contratuais	equipa/responsável pelo acompanhamento
		E	Incapacidade de aplicar penalidades por mecanismos de controlo insuficientes para identificar transportes não executados, com atraso na resposta ao pedido e realização ou outras cláusulas	3	3	Elev	Secretariados dos serviços assistenciais deverão efetuar o registo da data/hora da realização do transporte. Será garantido através da emissão dos verbetes via aplicação dos transportes.	Informática SGD
							Desenvolvimento da aplicação de forma a identificar e monitorizar os pedidos de transporte que não foram satisfeitos. Desenvolvimento da aplicação de forma a ser possível monitorizar o atraso na resposta ao pedido pela central, ou seja, atribuição de entidade transportadora responsável.	
		R, C	Insuficiência de meios para avaliar o contrato	3	3	Elev	procurar informatizar a verificação das condições do transporte que os enfermeiros fazem no impresso próprio de forma a ter elementos para controlar o contrato	Informática SGD equipa/responsável pela avaliação do contrato