



PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

*Acompanhamento da situação de 2016 e apresentação de controlos e
medidas para 2017*

REVISÃO 4 – Outubro 2016

ÍNDICE

1.1	INTRODUÇÃO.....	3
1.2	VISÃO, MISSÃO E VALORES	4
1.3	ORGANIZAÇÃO.....	5
1.4	ENQUADRAMENTO.....	7
1.5	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO	9
1.6	ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO	11
1.7	MATRIZES DE RISCO.....	12
1.7.1	MATRIZ DE RISCO – AMBIENTE DE CONTROLO	13
1.7.2	MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA.....	15
1.7.3	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS.....	17
1.7.4	MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS.....	20
1.7.5	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO / ÁREA ASSISTENCIAL	23
1.7.6	MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO	26
1.7.7	MATRIZ DE RISCO – SERVIÇO FINANCEIRO	27
1.7.8	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÓNIO	31
1.7.9	MATRIZ DE RISCO – TRANSPORTE DE DOENTES.....	32
1.7.10	MATRIZ DE RISCO – CIRCUITO DO MEDICAMENTO	34
1.7.11	MATRIZ DE RISCO – AJUDAS TÉCNICAS.....	37
1.7.12	MATRIZ DE RISCO – AUDITORIA INTERNA.....	39

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:

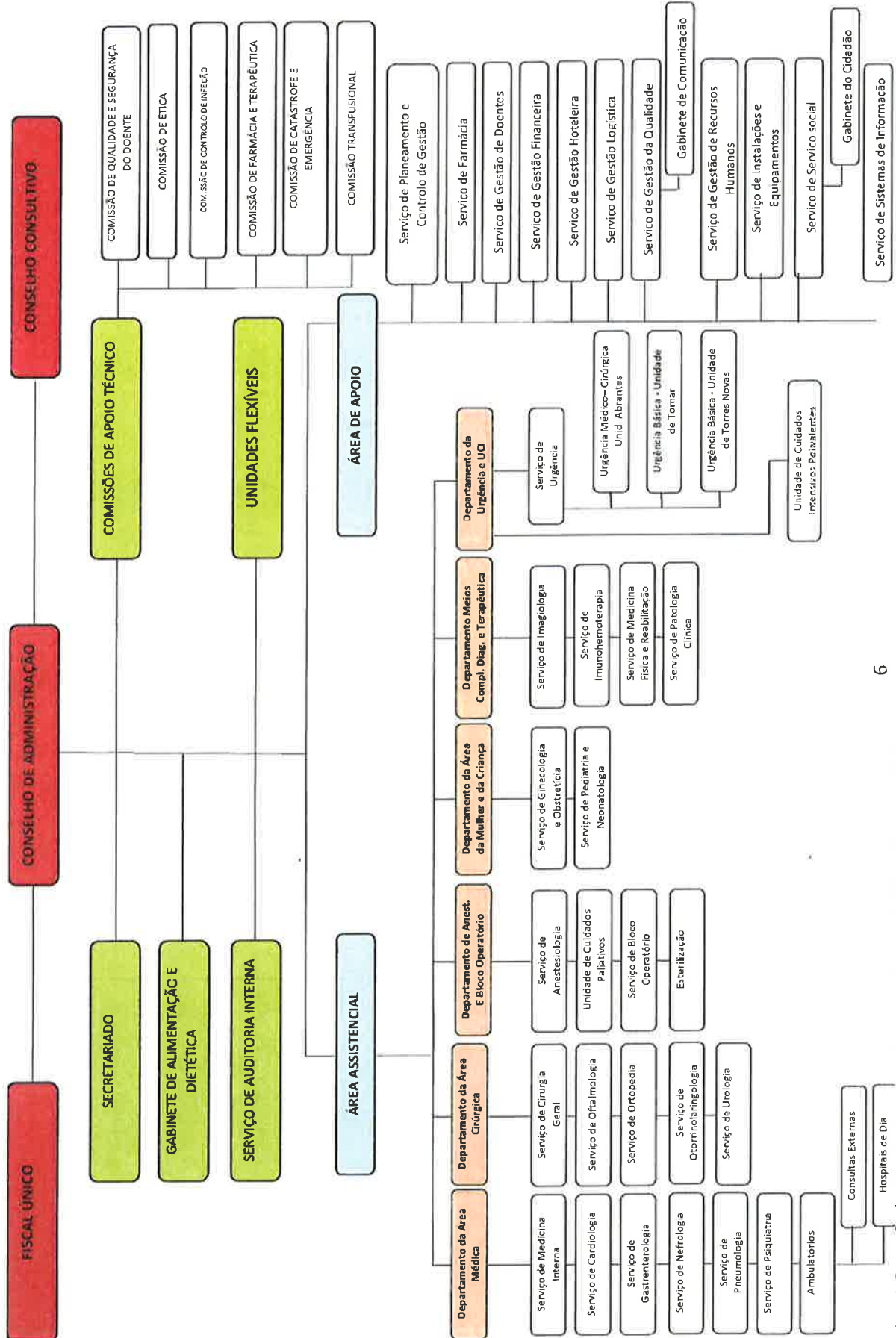
Dr. Carlos Manuel Pereira Andrade Costa – Presidente do Conselho de Administração

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.ª Nelson Paulino da Silva – Enfermeiro Diretor



1.4 ENQUADRAMENTO

A presente revisão do Plano, a revisão 4, apresenta uma avaliação da situação de 2016, sendo também apresentados os controlos e medidas previstos para 2017. A presente revisão é elaborada nos meses de setembro e outubro de 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 empresariais.

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

¹ in Ferma – Norma de Gestão de Riscos

B.
Dist.
7
p.
b

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.

O Conselho de Prevenção da Corrupção determinou novas linhas orientadoras para a elaboração dos Planos, tendo sido publicada a Recomendação n.º 1/2015 (DR, 2.ª série, n.º 132 de 9/07/2015). Nesta recomendação identificava que:

“os planos existentes não são exaustivos na identificação dos riscos, nem se encontram desenhados de modo a cobrir os riscos relativos a todas as unidades da estrutura orgânica das entidades a que respeitam, carecendo de maior aprofundamento quanto à adoção e execução das medidas preventivas correspondentes aos riscos identificados”.

Determinou, também, que “os planos deviam....:

- identificar de modo exaustivo os riscos de gestão;
- Designar os responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração do correspondente relatório anual;
- As entidades devem desenvolver ações de formação, divulgação, reflexão e esclarecimento junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;
- Ser divulgados na internet, excetuando matérias de natureza reservada.”

O presente plano pretende ir ao encontro da Recomendação n.º 1/2015 do Conselho de Prevenção da Corrupção, apresentando três novas matrizes de risco de gestão: Serviço de Auditoria Interna, Circuito dos Medicamentos e Ajudas Técnicas.

1.5 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 ao cumprimento de 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

1.6 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.

1.7 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
- Circuito do Medicamento
- Ajudas Técnicas
- Auditoria Interna

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.

1.7.1 MATRIZ DE RISCO – AMBIENTE DE CONTROLO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	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	1	2	Baixo	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	Foi elaborado, aprovado e divulgado o Código de Ética. Foi revisado, aprovado e publicada a revisão do regulamento de comunicação de irregularidades. Foi criado o canal de comunicação de irregularidades e divulgado aos profissionais por circular interna.	Garantir a adequada implementação da política 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, não controladas e desatualizadas	2	2	Mod	formalização das normas e procedimentos existentes; aprovação e integração no SGQ	Formalização de procedimentos administrativos sem grande desenvolvimento. Existem várias circulares externas e internas, normas escritas e mail's com instruções de serviço que não integram o SGQ e que são dificilmente controladas. As mesmas não estão agregadas num manual de procedimentos dos serviços. O atual CA definiu como objetivo dos serviços a formalização dos seus procedimentos. Há data do follow-up (30/09), registavam-se algumas evoluções nalgumas áreas, nomeadamente, Farmácia (revisão de várias normas); Logística (norma dos abates, devolução de artigos ao armazém); Comunicação (vários); Sistemas de Informação (política de backup, regulamento de comunicações móveis e acesso ao sistema informática); Gestão de Doentes (regulamento da consulta e regulamento das casas mortuárias para aprovação, e em elaboração alguns procedimentos da UC).	formalização das normas e procedimentos existentes; aprovação e integração no SGQ	todos os serviços
			suporte tecnológico desadequado reduzindo o nível de controlo				automatização de processos e controlos		automatização de processos e controlos	

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	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)	1	2	Baixo	elaborar, aprovar e divulgar o código de ética/conduta	Foi elaborado, aprovado e divulgado o Código de Ética.		CA Serviços Profissionais
							Garantir os mecanismos de comunicação de necessidade de declaração por parte dos profissionais de situações de acumulações de funções e outros impedimentos e incompatibilidades	O CHMT adota o procedimento anual de comunicação formal do CA a todos os colaboradores para a necessidade de comunicar situações de acumulação de funções ou outros impedimentos / incompatibilidades. À data da revisão da matriz (30/9), este procedimento ainda não tinha sido feito. 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	
							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	Membros do júri de processos de aquisições de medicamentos e dispositivos médicos renovam anualmente as declarações de inexistência de conflitos de interesses. Em setembro/16 estavam a ser recolhidas as declarações dos participantes nos processos de aquisição de 2017.	Garantir a entrega de declarações de inexistência de conflitos de interesses nos processos de aquisição de medicamentos / dispositivos médicos, aplicável tanto aos profissionais do serviço de Logística, como a profissionais de outros serviços.	
							Garantir que os patrocínios dos eventos que ocorram no CHMT são devidamente declarados no site do Infarmed	Não foi controlado.	Garantir que os patrocínios dos eventos que ocorram no CHMT são devidamente declarados no site do Infarmed.	

1.7.2 MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA

Código	Objetivo	Tipo	Impacto / Risco	Avaliação de Risco		Condições / Justificação para 2016	Justificação 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto			
1	Existência de sistema estruturado de planeamento das aquisições	E	Aquisição de bens ou serviços não decorrem de necessidades efetivas / reais.	1	2	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.	O Serviço de Gestão Logística desenvolveu e apresentou ao CA o orçamento de compras para 2016. Este não foi integrado no planeamento do orçamento anual.	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.			garantir a adequada fundamentação das necessidades nos processos de compra	Objetivo contínuo. O Serv. Logística procura garantir a existência de fundamentação em todos os processos de aquisição.	Serviços requisitantes, Logística
2	Os processos de compras são efetuados em conformidade com a regulamentação aplicável.	C	Escolha inadequada do tipo de procedimento em função do valor do contrato.	1	2	garantir planeamento atempado das aquisições e escolha adequada do tipo de procedimento	Trata-se de um objetivo contínuo. O Serviço formalizou os procedimentos contratuais no PR-GRL-014, procurando cumprir.	Logística
						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
						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.	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.	Logística
			Desrespeito pelas várias fases dos procedimentos aquisitivos			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.	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
			Impugnação de procedimentos por parte dos concorrentes e entidades fiscalizadoras e/ou nulidade do procedimento por inobservância de preceitos legais	1	2	Mantém-se o objetivo definido: melhoria dos conhecimentos de CCP dos colaboradores do serviço. Atendendo à expectativa de republicação do CCP em 2016, foi solicitada formação para toda a equipa do serviço.	O SGL mantém integrado um jurista, que acompanha os processos, mantendo também a colaboração do gabinete jurídico criado.	Logística
						A equipa de juristas do CHMT mantém o apoio jurídico ao desenvolvimento dos procedimentos.	Solicitada formação para todos os colaboradores no âmbito do novo CCP. Em set/16 ainda não havia sido republicado o CCP, não havendo data prevista para a formação.	Logística

Classe	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Prob. Ocor.	Impacto	Atividade de Mitigação	Contingência/Previdência para 2016	Principais 2016	Contingência / Medidas 2017	Responsável
3	Inexistência de conflito de interesses	C	ocorrência de conflitos de interesse	1	2	1	Garantir a inexistência de impedimentos previstos na lei, nomeadamente, através da confirmação dos documentos de habilitação entregues	Nos processos que desenvolve, o SGL procura garantir que são apresentados todos os documentos de habilitação, fazendo insistências quando do atraso da sua apresentação	Garantir a inexistência de impedimentos previstos na lei, nomeadamente, através da confirmação dos documentos de habilitação entregues	Logística
						2	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	O SGL já está a proceder à recolha das declarações de inexistência de incompatibilidades dos processos a decorrer para 2017.	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	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	2	3			Os sistemas informáticos garantem a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todas as NE. A situação financeira do CHMT não permite atribuir n.º compromisso no momento de celebração do contrato. Não obstante, a celebração de alguns contratos é precedida de atribuição de compromisso, nomeadamente os submetidos à fiscalização do TC, ou aqueles em que o fornecedor exija Verificam-se algumas exceções de NE urgentes (p.e., medicamentos urgentes) emitidas sem n.º compromisso ao abrigo do art.º 9.º do DL 127/12, e regularizadas nos termos da lei.	Procurar garantir a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todos os processos de compras	Serv. Financeiro Logística
5	Garantir mecanismos concorrenciais na formação dos contratos	E, O, C	limitar a concorrência e favorecer determinados fornecedores	1	2		Mantém-se os objetivos contínuos de controlo: adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação fundamentar objectivamente a escolha do AD, nomeadamente quando tem por base critérios materiais garantir que no AD o convite a apenas uma entidade é objectivamente justificado	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 arquivada junto do processo. O CHMT tem procurado enviar convite a mais do que uma entidade nos casos de procedimento por AD (situação dificilmente ultrapassável nos fornecedores exclusivos, ou na compra de algum equipamento, por questões de compatibilidade entre equipamentos e sistemas e manutenções)	Mantém-se os objetivos contínuos de controlo: adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação fundamentar objectivamente a escolha do AD, nomeadamente quando tem por base critérios materiais garantir que no AD o convite a apenas uma entidade é objectivamente justificado	CA Logística
6	Garantir o controlo da execução de contratos	O	deficiente controlo de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	2	3		adequada definição de requisitos a controlar nos contratos existência de mecanismos de monitorização dos requisitos do contrato existência de responsável (ou equipa multidisciplinar) de acompanhamento da execução de contratos auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	verificam-se situações de indefinição de responsável pelo acompanhamento da execução dos contratos, ausência de obrigatoriedade de elaborar relatório sobre a execução, deficiente definição de penalizações contratuais, ausência ou deficiente mecanismo para monitorizar o cumprimento do contrato	adequada definição de requisitos a controlar nos contratos existência de mecanismos de monitorização dos requisitos do contrato existência de responsável (ou equipa multidisciplinar) de acompanhamento da execução de contratos auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	CA Logística Serviços/equipas responsáveis pelo acompanhamento da execução dos contratos

1.7.3 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controles / Medidas 2016	Situação 2016	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grav. de Risco				
1	Otimizar os níveis de stock	E, O	excesso de recursos investido em stock	1	2	Baixa	Implementar armazém avançado nos três pólos do Serv. 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)	Na sequência de inventários anuais e dos concursos anuais identificam-se artigos que devem ser revistos por não serem usados, por existirem alterações de características de embalagens, deixarem de ser usados ou serem substituídos. Proceder-se à alteração do mestre de artigos; à revisão da composição do stock de AAV, com revisão dos níveis mínimos e pontos de reposição; revisão posterior de pontos de encomenda. Durante o ano são revistos níveis de reposição, pontos de encomenda e mestre de artigos sempre que se justifique.	Implementar armazém avançado nos três pólos do Serv. Instalações e Equipamentos (1.ª fase concluída: 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, Farmácia, SIE, equipa de implementação arm. avançados
							garantir as revisões dos pontos de encomenda e dos níveis de stock e reposição de acordo com as necessidades dos serviços	Ajustes pontuais de níveis de stock dos armazéns avançados em função das necessidades dos serviços. Eliminação de alguns pontos de AAV, nomeadamente, carros de emergência, passando a considerar os artigos como consumíveis, uniformizando o critério de contabilização, evitando a dispersão de locais de AAV nos serviços e facilitando o controlo de stock em AAV.	garantir a política de transferência/empréstimos entre AAV	
							garantir a política de transferência/empréstimos entre AAV	Revisão de pontos de encomenda e níveis de stock e reposição sempre que justificado.		
	existência de produtos obsoletos			2	2	Mod.	Segregação de material obsoleto por abater ao longo do ano, isolando-o e controlando a sua não utilização.	Foi criada a IT.GRL.040 para uniformização dos procedimentos de abate de consumíveis nos armazéns gerais e da Farmácia.	Garantir o cumprimento dos procedimentos definidos na IT.GRL.040	Logística Farmácia Serviços
			existência de produtos fora da validade	2	2	Mod.	Processo de abate anual de acordo com a lei em vigor.			

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Análise de Risco		Conteúdos / medidas 2016	Situação 2016	Conteúdos / medidas 2017	Responsável
				Prob. Oc.	Impacto				
2	A valorização das quantidades em existências correspondem às constantes nos registos contabilísticos	R, C	distorções materiais das demonstrações financeiras	1	2	Baixo	Garantida a reconciliação mensal de valor de existências entre o SICC e a CPC. A valorização das NC / rappel é contabilizada no SICC e não na CPC, não afetando os valores das existências nem dos consumos por serviços. Foi melhorado o processo de autorização das regularizações de existências que originava um grande hiato de tempo entre o registo na CPC e no SICC. O processo encontra-se mais célere. Foi publicada a circular normativa conjunta 18/2016 da ACS e Infarmed a reforçar a adequada contabilização e reporte de informação sobre compras e consumo de medicamentos.	Manter o processo de validação mensal da integração dos ficheiros da aplicação de gestão de materiais no SICC.	Logística S. Financeiro
							O SGL irá propor a aquisição do módulo da Glintt para a aplicação de gestão de materiais que permite o registo adequado dos descontos e rapéis: módulo "descontos e rapéis".	O SGL irá propor a aquisição do módulo da Glintt para a aplicação de gestão de materiais que permite o registo adequado dos descontos e rapéis: módulo "descontos e rapéis".	
3	Otimização 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.	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 o PDA e a CPC para atualização correta das movimentações de stock nos AAV.	Garantir que a cada movimento físico no armazém está associado o correspondente registo na aplicação de gestão de materiais. O SGL propôs o acompanhamento de uma equipa de consultores externa para rever a forma como estão implementados e estruturados os AAV, no sentido de tornar os processos mais eficientes.	Resp. Armazém
							Foi instalado o sistema de acesso controlado por cartões na Farmácia de Torres Novas. Para melhorar o controlo dos acessos na Farmácia de Abrantes, foram distribuídas chaves pelos funcionários de forma a garantir que as portas se encontram fechadas. Sensibilização contínua dos profissionais dos serviços assistenciais para controlo dos acessos aos armazéns avançados.	manutenção das portas de acesso aos armazéns fechadas e controladas controlo de acessos aos armazéns avançados	
							Mantém-se o problema de acesso ao armazém provisório criado no espaço da antiga cozinha de Abrantes: embora o armazenamento dos artigos das classes 4 e 5 tenham sido centralizados em Torres Novas, ainda se armazenam vários artigos neste espaço de acesso muito facilitado e não controlado. Ainda não houve condições financeiras para avançar com a obra de ampliação do armazém geral, que prevê, também, a criação de um armazém de esterilizados.	Optimizar a arrumação dos artigos nos armazéns centrais procurando minimizar os artigos deslocados para o espaço da antiga cozinha.	Logística e Farmácia

18

B. Def



9 B.

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / medidas 2016	Situação 2016	Controlos / medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor	Impacto	Grau de Risco				
4	Optimização do circuito de distribuição de artigos pelos serviços	E, O	rotura de stocks nos serviços	2	3	Elev.	Revisão contínua de mestre de artigos, níveis mín/máx stock por artigo em cada armazém, pontos de reposição e pontos de encomenda.	Planeamento anual de compras de artigos (consumo clínico e outros) atempado, procurando garantir as necessidades dos serviços, no final de cada exercício. O planeamento de compras de medicamentos é iniciado mais tarde, em setembro, numa tentativa de aproximar as estimativas de consumos do perfil de doença dos doentes e das projeções do movimento assistencial para o ano seguinte. Assume algum risco de os procedimentos não estarem completamente concluídos no início do ano seguinte.	Garantir um adequado planeamento de compras. Garantir a revisão contínua do mestre de artigos, dos níveis mín/máx por artigo em cada armazém, pontos de reposição e pontos de encomenda. Garantir a utilização de mecanismo de transferências entre armazéns, no sentido de minimizar roturas.	Logística, Farmácia e serviços
							Garantir a transferência de artigos entre AAV.	Controlo anual de stocks, de níveis de reposição, pontos de encomenda.	Transferências entre Aav, para otimizar a utilização de stocks e minimizar roturas.	
			existências em armazéns centrais e avançados não controladas	1	2	Mod.	Auditorias Intercalares pelos serviços utilizadores. O SGL planeia realizar inventários intercalares e parciais ao armazém central e AAV.	Criada a IT.GRL.040 que definiu o procedimento de controlo de medicamentos, produtos farmacêuticos e DM sob a responsabilidade da Farmácia e da Logística. Procedimento de auditorias intercalares aos Aav pelos serviços utilizadores. Introduzido procedimento de inventários parciais no armazém central (IT.GRL.040). Inventários anuais a todos os artigos de todos os armazéns.	Adequada implementação da IT.GRL.040 para controlo dos artigos e prazos de validade.	



1.7.4 MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS

Codigo	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controles / Medidas 2016	Situação 2016	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
1	Manutenção dos dados dos trabalhadores atualizados em termos de dados pessoais, carreiras, avaliações, formação, absenteísmo e remunerações	R	informação dos colaboradores incorreta ou desatualizada	1	2	Baixo	Garantir renovação de pedido de atualização de dados do cadastro. Manutenção de cadastro dos trabalhadores atualizado.	Objetivo contínuo. É enviado anualmente mail a todos os colaboradores a renovar a necessidade de procederem à atualização das informações do cadastro.	Garantir renovação de pedido de atualização de dados do cadastro. Manutenção de cadastro dos trabalhadores atualizado.	RH
2	Garantir que as remunerações são processadas de forma correta, com base nos tempos normais e suplementares efetivamente trabalhados e aprovados, e em conformidade com a legislação em vigor	O	processamento e pagamento de valores indevidos ou não autorizados	1	2	Baixo	Garantir a existência de pontos de controlo e validação das operações, com evidência de realização desses controlos. Manutenção do dossier de processamento atualizado	SRH procura manter atualizada a pasta de evidências do controlo do processamento salarial de cada mês. SRH procura manter os dois níveis de controlo, quem executa validada e 2.ª elemento controlo.	Garantir a existência de pontos de controlo e validação das operações, com evidência de realização desses controlos. Manutenção do dossier de processamento atualizado	RH
3	Utilização de critérios de recrutamento que assegurem os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade.	C	Indefinição do perfil do pessoal a contratar. Dificuldade em recrutar pessoal sem formação adequada ao desempenho das funções. favorecimento de candidato(s) / tráfico de influências	1	2	Baixo	Os procedimentos de recrutamento e seleção são precedidos por um extenso processo de fundamentação e pela autorização prévia do membro do Governo. É garantido a publicação prévia e o processo de recrutamento no SRH iniciados no SRH. Procura-se seguir as regras definidas no procedimento interno PR.GRH.007 e demais procedimentos impostos externamente.	Os procedimentos de recrutamento e seleção são precedidos por um extenso processo de fundamentação e pela autorização prévia do membro do Governo. É garantido a publicação prévia e o processo de recrutamento no SRH iniciados no SRH. Procura-se seguir as regras definidas no procedimento interno PR.GRH.007 e demais procedimentos impostos externamente.	Mantém-se o objetivo: Os procedimentos de recrutamento e seleção são precedidos por um extenso processo de fundamentação e pela autorização prévia do membro do Governo. É garantido a publicação prévia e o processo de recrutamento no SRH iniciados no SRH. Procura-se seguir as regras definidas no procedimento interno PR.GRH.007 e demais procedimentos impostos externamente.	CA RH

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
4	Implementar uma política de remuneração / recompensa definida e alicerçada no desempenho individual ao serviço do cumprimento da missão do Centro	E, O, C	possibilidade de auferir uma remuneração excessiva via realização de atividade adicional	1	3	Baixo	A contratualização interna deverá garantir que a produção adicional definida com o serviço otimiza a produção base do serviço tendo em conta a equipa disponível. Revisão das metas perante novas entradas/saídas de clínicos.	A contratualização interna com os serviços teve por base a capacidade de produção dos serviços (n.º médicos e horas disponíveis), tendo sido negociada atividade suplementar após a fixação da produção base e em função das listas de espera.	A contratualização interna deverá garantir que a produção adicional definida com o serviço otimiza a produção base do serviço tendo em conta a equipa disponível. Revisão das metas perante novas entradas/saídas de clínicos.	CA Dir. Clínica PCG
							Garantir os controlos de sobreposição de horário normal com atividade cirúrgica adicional.	Mantiveram-se os controlos para avaliar a existência de sobreposição de horários com a atividade cirúrgica adicional.	Garantir os controlos de sobreposição de horário normal com atividade cirúrgica adicional.	UHIGIC Informática
			minimizar o uso de influências e/ou atalhos inadequados para obter vantagens próprias	1	2	Baixo	Mantiver a política de acréscimos remuneratórios de acordo com o regulamento interno ou com as alterações decorrentes da legislação.	Profissionais remunerados de acordo com a tabela de remunerações. Elaborados contratos de comissões de serviço para funções de chefia/direção previstas no regulamento interno. De acordo com o definido são remunerados valores fixos aos cargos de direção/coordenação médica/enfermagem dos departamentos e serviços, e remunerados os cargos de direção das áreas de gestão pelo acréscimo de responsabilidade e disponibilidade. São pagos os acréscimos correspondentes aos cargos que decorrem da lei, nomeadamente, Coord. Doação, Coord. Intern. Médico.	Mantiver a política de acréscimos remuneratórios de acordo com o regulamento interno ou com as alterações decorrentes da legislação.	CA

3- [assinatura]
[assinatura]
[assinatura]

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
5	Garantir que são pagas as horas suplementares autorizadas e realizadas de acordo com as dotações de cobertura de escalas definidas	O, C	validação para processamento e autorização de pagamento de horas extra / prevenção superiores às necessárias para garantir as escalas aprovadas	1	2	Baixo	Prosseguir o objetivo de controlo das dotações das escalas utilizando as potencialidades da aplicação RISI. Parametrização da aplicação com as dotações por escala que vierem a ser definidas superiormente.	Mantêm-se as dotações definidas na NI para as escalas de urgências, sendo feitos ajustes pontuais em função dos picos de afluência e das dificuldades de gestão da escala.	Objetivos contínuos: Prosseguir o objetivo de controlo das dotações das escalas utilizando as potencialidades da aplicação RISI. Parametrização da aplicação com as dotações por escala que vierem a ser definidas superiormente.	Direção Técnica; Dir. Urgência; RH
6	Garantir a adequada gestão e utilização do sistema de controlo de assiduidade	O, C	manipulações diversas por parte dos utilizadores para alteração dos dados de assiduidade	1	2	Baixo	Manutenção dos controlos de fecho de horários na aplicação RISI (férias, dias em branco, faltas sem suporte documental, sobreposições, etc). Regras de assiduidade e cumprimento de horários formalizados no regulamento de horários em elaboração.	A cada encerramento de mês, os gestores de processo procedem a vários controlos, para além dos controlos automáticos que a aplicação RISI faz correr. Estão em fase de aprovação o regulamento geral de horários e o regulamento específico para a enfermagem.	Manutenção dos controlos de fecho de horários na aplicação RISI (férias, dias em branco, faltas sem suporte documental, sobreposições, etc). Aprovação e divulgação dos regulamentos de horários	CA RH

1.7.5 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO / ÁREA ASSISTENCIAL

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Análise de Risco			Contratado / Medidas 2016	Situação 2016	Contratado / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Grav. Impacto	Grav. Risco				
1	garantir a cobrança, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	C, O	aplicação inadequada de isenções / dispensa de taxas	1	2	Baixo	Trata-se de objetivo contínuo a sensibilização das equipas para cobrança oportuna das taxas. Monitorização das isenções para deteção de erros	SGD: É objetivo contínuo 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. No caso do utente não liquidar o valor em dívida, não existem procedimentos definidos a adotar.	Trata-se de objetivo contínuo a sensibilização das equipas para cobrança oportuna das taxas. Monitorização das isenções para deteção de erros	Gestão de Doentes
			cobrança insuficiente de taxas	1	2	Baixo	Acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber	Continua a aguardar-se a implementação do projeto de pagamento por referência multibanco. O Serv.Financeiro controla mensalmente os valores cobrados e por regularizar para efeitos de contabilização do valor das taxas, e especialização do acréscimo dos valores em dívida. Formalização de procedimentos sem desenvolvimento.	Acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber.	Gestão de Doentes
			recepção de taxas moderadoras	1	1	Baixo	Formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo		Formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo	Gestão de Doentes, Serv. Financeiro
			perda de informação relevante para efeitos de faturação	1	3	Mod.	garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial controlo de EFR e n.º beneficiários	Realizadas ações informais de sensibilização dos secretariados para registo da atividade e correta identificação dos utentes. Monitorização das EFR e dos n.º beneficiários.	garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial controlo de EFR e n.º beneficiários	Gestão de Doentes

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Fluxo	Avaliação de Risco		Contratos / Medidas 2016	Situação 2016	Contratos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto				
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	conferência de faturas de exames não solicitados, não realizados ou pedidos indevidamente	1	2	Embora complexo de implementar, pela sua criticidade, mantém-se o objetivo. 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	sem desenvolvimento.	Mantém-se o objetivo: criação de ponto de controle para o médico confirmar a recepção do relatório ou execução do ato, nos casos em que não exista clara evidência física da realização do mesmo.	Informática SGD
						elaborar o manual de procedimentos que também defina os procedimentos de conferência de faturas	sem desenvolvimento	Mantém-se o objetivo de formalização dos procedimentos de conferência de faturas de mcdt's.	Serv. Financeiro
						desenvolver procedimentos de compras para realização de mcdt's no exterior	Foram desenvolvidos procedimentos de aquisição ao exterior para exames dos grupos: análises clínicas, anatomia patológica e TC.	desenvolver procedimentos de compras para realização de mcdt's no exterior.	CA; Logística
							Não é garantida a aquisição de MCDT ao exterior dentro dos limites fixados no despacho 10430/2011	garantir a aquisição de MCDT ao exterior dentro dos valores fixados no despacho 10430/2011	CA, Logística
			exames realizados em locais não autorizados	2	2	garantir que todos os TR são emitidos a partir da aplicação	A integração dos códigos de exames de anatomia patológica no Sclínico e aplicação dos TR, conforme as necessidades dos serviços, foi morosa e justificou a emissão de termos manuais (Sonho) durante um período alargado. Atualmente, estas situações são pontuais, resumindo-se a pedidos urgentes cujo código do ato não conste, ainda, do Sclínico/aplicação TR. É feito o TR a partir do SONHO e, posteriormente, a Informática insere nas aplicações. Verificam-se, também, algumas situações de pedidos de análises em conjunto com códigos da tabela RAD.	Garantir que todos os TR são emitidos a partir da aplicação, inclusive os termos para consulta e internamento.	CA Informática SGD
			aquisição de exames a preços superiores aos definidos no despacho 10430/2011				Já foram inseridos os códigos de consulta e internamento no SONHO para possibilitar a emissão de TR a partir do Sclínico e aplicação dos TR. Ainda não foi testado.		
						restringir na aplicação dos TR-MCDT a escolha dos locais de realização dos exames a quem prescreve	foi restringido o local de realização para os MCDT's com contrato de aquisição ao exterior.	Restringir na aplicação dos TR-MCDT a escolha dos locais de realização dos exames a quem prescreve, objetivo para o qual contribuirá o desenvolvimento de processos de aquisição para as várias áreas de exames.	CA, Informática SGD

Código	Objetivo	Tipo	Expirar / Atual	Análise de Risco		Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocór.	Grav. do Impacto				
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	envio para o exterior de exames que possam ser realizados no Centro	1	2	criar ponto de controlo na aplicação dos TR para avaliar a capacidade interna de resposta pela direção do serviço	Criado ponto de controlo na aplicação dos TR para validar a capacidade de resposta pelo Serv. Patologia (médica do serviço válida pedidos, caso não haja capacidade de resposta). A Gestão de Doentes contacta a Imagiologia no sentido de saber se existe agenda disponível para a marcação dos exames em tempo oportuno. Este processo não é feito através da aplicação dos TR.	garantir a validação da existência de capacidade de resposta aos pedidos de exames realizados internamente, antes da emissão do termo para o exterior.	CA Informática

1.7.6 MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
1	Cumprir dos prazos para reporte da informação	R	Não cumprimento dos prazos de envio dos Mapas SICA e Relatório mensal para SES Aplicação de penalizações financeiras	1	3	Mod	Integração de um técnico, ficando o PCG a ser assegurado por 3 técnicos. Envio mensal do SICA (dia8) e do RADEF (dia10) em cumprimento dos prazos.	Foi integrado um técnico superior, ficando o PCG a ser assegurado por 3 técnicos. Garantido o envio mensal do SICA (dia8) e do RADEF (dia10) em cumprimento dos prazos	Garantir o envio mensal do SICA (dia8) e do RADEF (dia10) em cumprimento dos prazos. Garantir a qualidade do reporte no SICA de forma a evitar erros de reporte que se traduzam em penalizações financeiras.	PCG
2	Garantir a monitorização atempada da informação de gestão necessária ao acompanhamento das metas contratualizadas com a Tutela e com os serviços	R	detecção tardia de desvios face às metas contratualizadas alteração substancial do modelo de financiamento, sem adaptação oportuna dos sistemas de informação que permitam recolher os dados para indicadores de acompanhamento ao nível dos serviços.	2	3	Elev	Melhoria dos modelos de relatório de monitorização enviados aos serviços de forma a facilitar o acompanhamento da produção e justificação dos desvios. Manutenção das reuniões de acompanhamento da produção ao nível da gestão de topo. Conclusão da implementação do SIG da Glintt que facilitará o acompanhamento mais célere de indicadores. Envio aos serviços assistenciais dos indicadores de qualidade e eficiência. Desenvolvimento do modelo de monitorização dos custos diretos dos serviços	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 mensalmente as fichas alert para os serviços para justificação de desvios e proposta de ações corretivas, embora não esteja a receber o adequado feedback. São enviados relatórios alert agregados também às direções de departamento. Esta monitorização dos serviços passou a integrar os indicadores de qualidade e eficiência O atraso no calendário de contratualização do Contrato Programa, bem como as alterações ao modelo de financiamento, refletiram-se nos timings da contratualização interna com os serviços que foi realizada entre abril e maio. Prevê-se que as reuniões de acompanhamento do desempenho com os serviços, com participação dos adjuntos para a gestão e do PCG sejam retomadas no 3.º quadrimestre. O PCG prevê concluir o modelo de monitorização de custos diretos até ao final de 2016. Está concluída a fase de validação de informação produzida no SIG-Glintt, estando-se a concluir a fase de construção de indicadores	Continuar a otimizar os relatórios de monitorização enviados aos serviços de forma a facilitar o acompanhamento da produção e justificação dos desvios. Manutenção das reuniões de acompanhamento da produção ao nível da gestão de topo. Garantir a adequação do modelo de monitorização aos indicadores novos e alterações ao modelo de financiamento que venham a ser introduzidos em 2017. Conclusão da implementação do SIG da Glintt Consolidação do modelo de monitorização de custos dos serviços.	CA PCG
3	Garantir o apoio ao CA na elaboração dos principais documentos de planeamento	E, R	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	Apoiar a contratualização interna, preparação das reuniões de negociação, realizadas durante o 2.º trimestre. Introdução dos objetivos de qualidade e eficiência nas reuniões de contratualização, estabelecendo objetivos para cada serviço. Garantido o acompanhamento dos desvios face às metas do Contrato Programa de forma a antecipar necessidade de ajustes nas metas contratadas.	Apoio à contratualização interna, preparação das reuniões de negociação, realizadas durante o 2.º trimestre. Introdução dos objetivos de qualidade e eficiência nas reuniões de contratualização, estabelecendo objetivos para cada serviço. Garantido o acompanhamento dos desvios face às metas do Contrato Programa de forma a antecipar necessidade de ajustes nas metas contratadas.	Apoiar o CA na contratualização externa com a Tutela e na contratualização interna com os serviços. Avaliar os desvios entre o orçamento do CHMT, em termos de proveitos e produção/metas contrada de forma a alertar para a necessidade de revisão de metas.	CA PCG

1.7.7 MATRIZ DE RISCO – SERVIÇO FINANCEIRO

Classif.	Objetivo	Risco	Impacto / Risco	Matriz de Risco Prob. / Impacto / Risco	Controlos / Medidas 2016	Solução	Controlos / Medidas 2017	Responsável
1	Garantir a identificação correta e completa de clientes e fornecedores	C, R	Dados mestre de clientes/fornecedores incorretos ou desatualizados	1 2	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).	Os pedidos de devolução de pagamentos por pagamentos a fornecedores trocados são reduzidos. Nos casos de fornecedores com factoring, o serviço tem o procedimento de verificar o NIB a cada pagamento. A ficha de fornecedor é aberta na despesa, a tesouraria insere o NIB e a despesa emite a AP.	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	C, R	Saldos de clientes/fornecedores incorretos	1 2	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.	Mantêm-se os controlos instituídos.	Controlo da introdução e alteração dos dados relativos aos clientes / fornecedores, (denominação, NIB, prazo, etc) no SICC 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	C, R	Reconhecimento tardio de recebimentos de clientes.	1 2	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.	Vários clientes não respondem aos pedidos de circularização (p.e., seguradoras)	Proceder à análise de saldos, investigando movimentos anómalos. Proceder à circularização de terceiros (clientes e fornecedores).	S. Financeiro
4	Garantir a identificação correta e completa de clientes e fornecedores	C, R	Dados mestre de clientes/fornecedores incorretos ou desatualizados	1 2	Existência de pagamentos de clientes através de transferência bancária sem identificação do documento a pagar. Nestes casos, as cobranças são registadas como adiantamentos. A implementação do projeto de pagamentos por referência multibanco continua sem desenvolvimento	Existência de pagamentos de clientes através de transferência bancária sem identificação do documento a pagar. Nestes casos, as cobranças são registadas como adiantamentos. A implementação do projeto de pagamentos por referência multibanco continua sem desenvolvimento	Garantir que é enviado um ofício a solicitar o pagamento, com pedido de identificação do utente / episódio a quando da transferência. Aguarda-se a implementação do projeto dos pagamentos por referência multibanco para as taxas moderadoras.	CA, SGD, Informática, S. Financeiro
5	Cobrança de dívida de clientes atempada e de forma adequada	O	Faturas por cobrar há muito tempo (pagamentos fora do prazo pelos clientes).	2 1	Insistência no pagamento dos débitos, através de cartas enviadas aos intervenientes no processo. Entregar as faturas por cobrar ao contencioso de modo a atualizar-se judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Mantêm-se a situação. O S. Informática está a desenvolver um programa para facilitar e agilizar a emissão das cartas aos devedores. Este envio de cartas é feito na fase do pré-contencioso (S. Financeiro), antes de seguir para o contencioso jurídico.	Insistência no pagamento dos débitos, através de cartas enviadas aos intervenientes no processo. Melhorar a articulação com o Gab. Jurídico, que deverá desenvolver a fase de contencioso, de modo a atualizar-se judicialmente, se necessário, antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	S. Financeiro

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Fluxo	Indicadores de Risco			Condições / Medidas 2016	Situação	Condições / Medidas 2017	Responsável
				Previsão	Impacto	Risco				
4	Pagamento de faturas de acordo com uma política de pagamentos bem definida	C, O	Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços	3	3	Elev.	Garantir a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial, bem como dotação orçamental suficiente a todas as notas de encomenda/processos de compra	Mantém-se a situação.	Procurar negociar orçamentos com dotação suficiente que permitam a atribuição de compromissos com fundos disponíveis (positivos) e o pagamento atempado. Alertar as entidades tutelares para as dificuldades de tesouraria do CHMT.	CA S. Financeiro
			Realização de pagamentos de bens e serviços sem que exista a validação das quantidades/qualidades dos bens e serviços antes da emissão da ordem de pagamento	1	2	Baixo	Proceder à seleção para pagamento das transações de fornecedores nos prazos acordados, após conferência adequada, de acordo com uma política de pagamentos bem definida e adequando os mesmos às disponibilidades de tesouraria.	O CHMT não tem disponibilidade para conseguir apresentar planos de pagamentos. Os adiamentos por conta do contrato programa, garantem o pagamento dos salários e de alguns acordos de pagamentos com fornecedores.		
			Realização de pagamentos sem seguir uma política de pagamentos	2	3	Elev.		Atualmente, estão a ser realizados pagamentos de acordo com as indicações da ACSS ou por indicações do CA.	Insistências junto das entidades tutelares para reforço das verbas destinadas ao pagamento de dívidas.	
5	Garantir a adequada e atempada conferência de faturas	C, O	Morosidade e falta de acuidade na conferência de faturas.	1	2	Baixo	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	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.	Procurar implementar medidas que permitam ultrapassar os problemas que atrasam a conferência de faturas	S. Financeiro
							Garantir a existência de evidência de contraprestação do serviço.		Formalizar as regras de conferência no manual de procedimentos.	
6	Controlo da valorização das existências	C, R	Divergência de saldos de existências entre as aplicações SICC e a CPC.	1	2	Baixo	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 <i>rappel</i> , notas de crédito ou outros acertos.	Divergência de saldos de existências entre as aplicações SICC e a CPC. Registos manuais do <i>rappel</i> 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. E garantindo o controlo mensal do valor dos stocks entre o SICC e CPC.	Procurar implementar a Circular Normativa ACSS 18/2016. Garantir a conciliação mensal dos saldos de existências entre a CPC / SICC. O SGL irá propor a aquisição do módulo "descontos e <i>rappel</i> " da GLINTT para a aplicação de gestão de materiais	S. Gestão Logística, S. Financeiro, CA

Código	Descrição	Tipo	Evento / Risco	Análise de Risco		Controles / Medidas 2016	Situação	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. de Ocorr.	Gravidade do Impacto				
7	As aquisições são relevantes corretamente nas contas de fornecedores	R	Desvirtuar a informação contabilística.	1	2	Garantir a contabilização em rubrica adequada. Conferência dos lançamentos com regularidade. Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas. Conferências mensais e anuais da informação produzida.	Mantêm-se os controles instituídos.	Garantir a contabilização em rubrica adequada. Conferência dos lançamentos com regularidade. Responsabilização das funções inerentes a cada profissional através do acompanhamento e supervisão das mesmas. Conferências mensais e anuais da informação produzida.	S. Financeiro
8	Reconhecimento adequado e oportuno dos valores a receber de clientes	O, R	Atos 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.	2	2	Conhecimento das condições e regras de faturação. Acompanhamento mensal dos atos clínicos registados no período. Analisar os atos faturados e os que aguardam faturação, de modo a aprimorar os valores a especializar. Circularização de saldos anual. Garantir autorização dos ajustamentos de saldos de clientes pela entidade competente (CA).	Mantêm-se os controles instituídos. O SF está a desenvolver com a informática relatórios que permitam apurar os valores e episódios por faturar em cada período, de forma a melhorar o processo de controlo da faturação.	Conhecimento das condições e regras de faturação. Acompanhamento mensal dos atos clínicos registados no período. Analisar os atos faturados e os que aguardam faturação, de modo a aprimorar os valores a especializar. Circularização de saldos anual. Garantir autorização dos ajustamentos de saldos de clientes pela entidade competente (CA).	S. Financeiro
				2	2	Mod.			
9	Adequado controlo dos fluxos monetários	O	Divergência de saldos. Controlo dos eventuais erros de numeração, atribuída manualmente às autorizações de pagamento, upload, fluxos de caixa e guias de receita. Dificuldade em reconciliar a fatura a liquidar com a transferência de um cliente quando este não a identifica. Registos inadequados de adiantamento de clientes sem ajustamentos de saldo	1	2	Garantir controlo adequado da numeração manual. Análise periódica aos movimentos realizados e verificação da documentação de suporte por terceiros. Segregação de funções, entre quem processa e autoriza quem processa não autoriza.	Mantêm-se os controles instituídos	Garantir controlo adequado da numeração manual. Análise periódica aos movimentos realizados e verificação da documentação de suporte por terceiros. Segregação de funções, entre quem processa e autoriza quem processa não autoriza.	S. Financeiro
				1	2	Mod.			
				1	2	Mod.			
				1	2	Mod.			

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Análise de Risco			Controles / Medidas 2016	Situação	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto	Risco				
10	Controle adequado nas despesas realizadas pelo fundo de manei.	0	Existência de fundos de manei não autorizados.	1	2	Baixo	Elaboração e aprovação do regulamento para os fundos de manei instituídos, que especifique os montantes atribuídos, os responsáveis pelos fundos de manei, os procedimentos para a sua regularização, natureza das despesas a efetuar e limites das mesmas de acordo com o ponto da Portaria 898/2000, ponto 2.9.7.1, j) e k).	O Serviço Financeiro liquidou os fundos de manei no final de 2015.	Elaboração e aprovação do regulamento para os fundos de manei, que especifique os montantes atribuídos, os responsáveis pelos fundos de manei, os procedimentos para a sua regularização, natureza das despesas a efetuar e limites das mesmas de acordo com o ponto da Portaria 898/2000, ponto 2.9.7.1, j) e k).	S. Financeiro
			Atrasos significativos na sua constituição a cada ano.							
			Excesso de despesa realizada através de fundo de manei.	1	2	Baixo	Elaboração e aprovação do regulamento para os fundos de manei instituídos, que especifique os montantes atribuídos, os responsáveis pelos fundos de manei, os procedimentos para a sua regularização, natureza das despesas a efetuar e limites das mesmas de acordo com o ponto da Portaria 898/2000, ponto 2.9.7.1, j) e k).	Para 2016 os serviços não solicitaram fundos de manei.		
			Incumprimento da reconstituição mensal do FM e da atribuição do n.º compromisso único e sequencial por fatura	2	1	Baixo	Aprovação anual atempada da constituição dos vários fundos de manei (DL 155/92, 32.º, 1)	Ainda não foi desenvolvido o regulamento dos fundos de manei.		
11	Elaboração do manual de procedimentos para o controle interno	0	Organização da função indefinida.	2	1	Baixo	Proceder à elaboração do manual de procedimentos.	Existam normas de controle definidas no serviço e as mesmas são, de uma forma geral, conhecidas e assumidas pela equipa. No entanto, o serviço ainda não formalizou os procedimentos existentes, pelo que se mantém o objetivo.	Proceder à elaboração do manual de procedimentos.	S. Financeiro

1.7.8 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÔNIO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controles / Medidas 2016	Situação 2016	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto				
1	Utilização adequada e segurança física de bens públicos	O, C	Extravio 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	2	Verificação periódica de bens. Na eventualidade de extravio, o Responsável de cada Serviço deve informar o Serviço de Patrimônio. Implementação de medidas de controle 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. Controle da utilização dos bens e do destino dado aos mesmos	O Serviço de Patrimônio controla a entrega de bens adquiridos, ficando com a declaração (auto de recepção) do serviço que recebe o equipamento. Não consegue garantir que no caso de movimentação de bens entre serviços, as transferências são todas comunicadas ao Patrimônio. Porém, fruto da exigência do n.º inventário para os pedidos de manutenção / reparação de equipamentos e das várias transferências de serviços, tem sido possível ir atualizando o inventário / localização dos bens. Os próprios serviços têm mostrado uma preocupação crescente no controlo dos bens à sua guarda, e têm colaborado com o Patrimônio na atualização do cadastro dos bens afetos. Verificação periódica de bens condicionada por insuficiência de elementos na equipa, conforme demonstrado pela responsável da equipa	Mantêm-se os controlos definidos: Verificação periódica de bens Implementação de medidas de controle 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 Comunicação pelo Responsável de cada Serviço ao Serviço de Patrimônio, em caso de extravio / desaparecimento do bem Controlo da utilização dos bens e do destino dado aos mesmos	Patrimônio Responsável de cada serviço
2	Abates	O	Bem abatido continuar nos serviços / abates sem autorização Utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período que decorre até à sua eliminação física	1	2	Verificar se a autorização de abate foi proferida pelo CA; se os bens a abater foram isolados, em local de acesso restrito e controlado e se a justificação do abate foi devidamente efetuada	O Serviço de Patrimônio garante a existência de autorização de todos os bens abatidos, e que os mesmos foram isolados em local de acesso restrito. A dimensão da equipa condiz com a verificação física regular dos bens	Verificar se a autorização de abate foi proferida pelo CA; se os bens a abater foram isolados, em local de acesso restrito e controlado e se a justificação do abate foi devidamente efetuada.	Patrimônio

1.7.9 MATRIZ DE RISCO – TRANSPORTE DE DOENTES

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Análise de Risco		Causas / Medidas 2018	Situação 2018	Controle / Medidas 2017	Responsável
				Prob.	Impacto				
1	Garantir que o contrato de transporte de doentes corresponda às necessidades do CHMT	E	caracterização insuficiente das necessidades de transporte de doentes	2	2	Mod	Adequada caracterização das necessidades de serviço de transporte de doentes na fase pré-contrato, com uma exaustiva definição das obrigações dos fornecedores em função dos requisitos definidos nesta fase	Em Setembro/2016 o contrato ainda não estava assinado. Procurar garantir o adequado cumprimento das cláusulas contratuais especificadas.	CA Logística Gestão de Doentes
		E	Caderno de encargos não estar ajustado às necessidades dos serviços	2	2	Mod	O caderno de encargos deverá dar resposta às necessidades de transporte de resposta imediata, programado e não programado e os tempos de resposta que devem ser garantidos para cada um	Celebrado contrato plurianual entre 1/01/2016 e 31/12/2018. Embora se registem melhorias na redação das especificações, os requisitos do serviço, não se encontram evidências da caracterização das necessidades junto dos serviços, entendendo-se que estas devem ser definidas com a colaboração da Gestão de Doentes, pela proximidade com este tipo de prestação de serviço	
		O	elevado número de transportes atrasados ou não realizados	2	3	Elev	Deverá estar previsto o meio de transporte VSTD ou forma de que os pedidos para este tipo de transporte não sejam remunerados acima dos limites legais.	P.e., manuseio se o critério do pedido com antecedência de 48h, critério desajustado à realidade hospitalar (n.º 5, d. 3 do CE), dado que 60% dos pedidos não cumprem este critério. Melhorar na redação das penalizações, embora com critério de dúvida de aplicação aos pedidos não programados	
		O	Resposta extemporânea e/ou desajustada aos pedidos de transporte que requerem resposta imediata	2	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	1	1	Baixo	Adequação do Caderno de Encargos às necessidades de transporte do CHMT, prevenindo, nomeadamente, o meio de transporte VSTD ou entendendo 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	Sem desenvolvimento	CA Logística
			Sobrefaturação nomeadamente por pedidos repetidos, distâncias entre localidades erradas ou sobrevaloradas, horas de espera sobrevaloradas ou não documentadas	1	1	Baixo	Parametrizar a aplicação por forma a criar mecanismos que facilitem a validação da faturação	Sem desenvolvimento	Informática S. Financeiro
			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 selecionada na requisição médica do doente tem correspondência no estado do doente descrito no processo clínico	Mantém-se o controlo previsto, procurar desenvolver mecanismos de controlo para validar a incapacidade > 60%, e a situação clínica, garantindo que é atribuída a doentes que possuem o certificado.	Informática SGD
			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	1	Baixo	Introdução de mecanismos de controlo que assegurem os motivos aos doentes 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	Foi criado este desenvolvimento na aplicação dos transportes, mas ainda não está parametrizado e em utilização Em desenvolvimento pelo Serviço de Informática Controlo desenhado pelo Serviço de Informática, mas ainda não operacionalizado, devido ao atraso no início do contrato.	

Código	Objetivo	Tipo	Estado / Risco	Avaliação do Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2017	Responsável
				Prob.	Impacto	Grav. de Risco			
3	Garantir a execução plena do contrato de transporte de doentes	0	Contrato não ser objeto de acompanhamento e avaliação	2	2	Mod	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;	Definiu-se que compete ao SGD o acompanhamento do contrato, articulando com a Informática para garantir a criação dos automatismos necessários ao acompanhamento. O SGD reporta ao SGL as situações desconfortáveis, que avalia e propõe ao CA a aplicação de penalidades. Este mecanismo não está a funcionar em pleno, pois o contrato entrou tardiamente em execução e ainda não está assinado, e porque este mecanismo ainda não está formalizado e aprovado pelo CA	CA equipa/responsável pelo acompanhamento e avaliação do contrato
		0	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	Operacionalizar o alerta desenvolvido para comunicar aos bombeiros os transportes atrasados e solicitar a sua resposta	Informática e Gestão de Doentes
							avaliação e acompanhamento do contrato aplicação das penalidades contratuais	avaliação e acompanhamento do contrato aplicação das penalidades contratuais	equipa/responsável pelo acompanhamento e avaliação do contrato
		O, C	Insuficiência de meios para avaliar o contrato	2	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	Os secretariados dos serviços já têm indicações e estão a registar a data/hora do transporte. No entanto, garante-se o registo da data/hora de todos os transportes, quando for parametrizada a emissão do verbebo a partir da aplicação dos termos.	Informática SGD
			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	2	3	Elev	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	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	Desenvolvimento da aplicação de forma a ser possível monitorizar o atraso na resposta ao pedido pela central, ou seja, atribuição de entidade transportadora responsável	Informática SGD
							procurar informatizar a verificação das condições do transporte que os enfermeiros fazem no impresso próprio de forma a ter elementos para controlar o contrato	procurar informatizar a verificação das condições do transporte que os enfermeiros fazem no impresso próprio de forma a ter elementos para controlar o contrato (IMP GRL 226 e IT GRL 408)	Informática SGD
							construção de painel de indicadores essenciais para avaliar a prestação do serviço de transporte de doentes, bem como os requisitos definidos no contrato	construção de painel de indicadores essenciais para avaliar a prestação do serviço de transporte de doentes, bem como os requisitos definidos no contrato	Informática SGD

1.7.10

MATRIZ DE RISCO – CIRCUITO DO MEDICAMENTO

Cód. B	Objetivo	Tipo	Fonte / Risco	Avaliação de Risco		Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto de Risco			
1	Manter as existências devidamente valorizadas e em condições de segurança	O	Risco de deterioração dos produtos farmacêuticos ou erro humano resultantes de processo de reembolso inadequado	1	2	Persistência de Reembolso manual " não autorizado" pela digitação do serviço na UH de Tomar	Garantir que é cumprida a norma IT-FAR.003 - Identificação e individualização de Medicamentos, relativamente ao reembolso.	Farmácia
			Risco de rotura de stocks	1	2	A aplicação SGICM não dá alertas, nem gera relatórios, das encomendas por satisfazer ou parciais num determinado período. É possível gerar a listagem de encomendas e, por aí, controlar os pendentes (o controlo de NE pendentes é manual, efetuado pelos AT em articulação com os TDT e responsável de serviço). Foi revista a norma para formalização das responsabilidades dos TDT e assistentes técnicos no controlo de stocks	Garantir os mecanismos internos para garantir a melhor gestão de stocks de forma a evitar roturas.	Farmácia Informática
		O, R	Risco de regularizações / abates subvalorizados	1	2	As inutilizações dos produtos dados como consumidos não eram valorizadas / contabilizadas, sendo enviadas diretamente para os resíduos. Foi criado o armazém avançado ASNC destinado a registar os medicamentos consumidos devolvidos e inutilizados. Este armazém permite contabilizar estes desperdícios e dar-lhes o tratamento contabilístico adequado	Garantir a utilização do armazém ASNC para registo de todas as inutilizações de medicamentos devolvidos ao Serv. Farmacêuticos, quer estejam dados como consumidos ou não.	Farmácia
			Risco de reventências desnecessárias, subavaliação de acertos, sobreavaliação de devoluções, regularizações não devidamente autorizadas, utilização indevida de medicamentos	2	3 Elev.	O processo de reventências é um processo crítico muito manual, e por isso sujeito a erro em várias fases do processo, inspeção física, contagem, registo manual na aplicação e arquivamento. A situação torna-se mais crítica após o fim-de-semana. Aviamento através das gavetas de dose unitária para doentes que mudam de serviço ou cuja alta está planeada e não é comunicada à Farmácia. Alterações de prescrições após a última validação pelas farmacêuticas antes do aviamento. Não se consegue controlar se todos os medicamentos não utilizados são devolvidos e reventidos no sistema.	Melhorar a comunicação com os serviços, para atempada comunicação do planeamento de altas, ou alterações terapêuticas, de modo a evitar o aviamento e distribuição de medicamentos desnecessários e a diminuir o risco de reventências	Farmácia Serviços assistenciais
		C, O	Risco de acesso indevido aos armazéns da Farmácia	1	2	Na Farmácia central em Abrantes, com acesso direto ao cais e local de passagem frequente de pessoas estranhas ao SF (fornecedores, utentes para levantar medicamentos em ambulatório, funcionários que entram pela porta do cais com acesso facilitado aos vestiários/banheiros centrais e não controlado), não existe sistema de controlo eficiente de acessos e as portas estão frequentemente abertas. Existem 2 câmaras de vídeo vigilância nas 2 portas de acesso ao open space de preparação e aviamento de fármacos (sala do Kardex), que estão desligadas. Controlo de acessos deficiente ao local de armazenagem e cedência de medicamentos em ambulatório no SF em Abrantes. Em Tomar não existe sistema de controlo de acessos mas a localização da farmácia faz com que seja local pouco frequentado e de acesso difícil a elementos estranhos ao SF. Na Farmácia de Torres Novas foi instalado o sistema de acesso por cartões	Ativar o sistema de videovigilância na Farmácia da Unidade de Abrantes. Sensibilizar a equipa para a manutenção da porta de acesso à sala de cedência de medicação fechada na Unidade de Abrantes. Melhorar o controlo dos acessos na Unit. Abrantes e responsabilizar os utilizadores, distribuindo cópia de chaves às farmacêuticas e outros colaboradores da farmácia em função de nível de segurança previamente estabelecidos	Farmácia SE
		O	Risco de desperdício dos medicamentos expirados ou em fim de prazo (provenientes dos carros de emergência ou dos medicamentos ressuplidos nos serviços assistenciais)	2	2	A norma dos carros de emergência define 1 mês para devolução de produtos em fim de prazo, considerado insuficiente para uma boa política de escoamento de stocks. Não está definida norma para o controlo dos prazos de validade dos medicamentos estupefacientes e psicofármacos existentes nos serviços assistenciais. Os laboratórios não aceitam devolução de medicamentos em embalagens abertas ou adquiridos há mais de 2 anos	Garantir o controlo dos prazos de validade dos carros de emergência, alargando para 3 meses o intervalo de tempo para devolução à Farmácia dos produtos a terminar o prazo pertencentes aos carros de emergência. Elaborar e implementar norma que regule a verificação dos prazos de validade dos medicamentos estupefacientes e psicofármacos existentes nos serviços assistenciais. Reforçar a política de articulação com outras entidades para escorar, via oferta / troca medicamentos, cuja devolução não foi aceite pelos laboratórios	Farmácia Serviços assistenciais

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação 2016	Contorno / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto	Gravidade			
2	Assegurar uma adequada organização e afetação dos Recursos Humanos	E	Risco de erro humano nos processos internos do serviço farmacêutico, inerentes ao circuito do medicamento, por insuficiência de recursos	2	2	Mod	Insuficiência de recursos: a necessidade de reforço da equipe de TDT e AO, já se fazia sentir antes da entrada em vigor das 35 horas. A reposição das 35 horas atreia as dificuldades em fazer a cobertura horária nos vários postos de trabalho. Em agosto/16 foi reforçada a equipe com três estagiários TDT e 2 AO, sendo que um está de baixa e o outro tem restrições que limitam o tipo de tarefas em que pode participar Existem vários profissionais com serviços reduzidos e com restrição de participarem em determinados trabalhos (como kardex, preparação de citos carregamento de pesos, etc) Possibilidade de aumentar de n.º funcionários a requerer horário flexível Pressão/insuficiência de recursos potencia o erro humano: preparação de medicamentos, preparação de DU e AAV, arrumação de devoluções, etc.	Assegurar a dotação de pessoal que permita segurança no circuito do medicamento Elaborar o organograma do serviço farmacêutico, contribuindo para a sua organização, pela definição dos intervenientes na estrutura organizacional e respectivas responsabilidades Desnuclear o recurso à rotatividade de pessoal, contribuindo para o uso racional do medicamento através da melhoria dos processos internos Manter atualizada a descrição de funções dos colaboradores do SF	CA Farmácia RH
3	Assegurar a equidade no acesso ao medicamento	E, C	Risco de sustentação insuficiente na introdução de medicamentos junto da CFT	2	2	Mod	Proporção elevada de pedidos urgentes: 43% dos pedidos são classificados como urgentes (normalmente para doentes oncológicos). Verificase em todos os tipos de pedido: introdução/entrada, adenda ou autorização para doente apresentar pedidos urgentes Dificuldade de sustentar decisões de aceitação ou rejeição de introdução de medicamentos, situação que poderia ser mitigado com um maior apoio do Infarmed e da CNFT Embora o Infarmed não o esteja a exigir, os pedidos de A.U.E. dirigidos ao Infarmed não estão a ser acompanhados do parecer da CFT, nem têm autorização prévia do CA (Deliberação 1546/2015, 11.º) Nos casos de autorização (da introdução de medicamentos) pela CFT mediante protocolos clínicos, não é monitorizada a utilização desses protocolos	Rever o mestre de artigos a submeter à CFT, no sentido de retirar os medicamentos sem movimento Procurar garantir a sustentação adequada na introdução de novos medicamentos Identificar os medicamentos, que, pertencendo ao FTL, carecem de autorização doente a doente. Esta normalização deverá ser acessível aos clínicos através, p.e., do SGQ Melhorar a capacidade da CFT na monitorização dos protocolos clínicos. Tornar obrigatório o preenchimento dos campos relativos ao impacto na despesa aquando do pedido de introdução de medicamento	CFT
4	Garantir o controlo inter pares na prescrição e utilização do medicamento	C, E	Risco de incumprimento legal de controlo insuficiente na prescrição e utilização do medicamento.	2	2	Mod	Frac implementação do despacho 17069/2011 Nomeado novo monitor da prescrição médica no final do 1.º semestre de 2016, que apresentou uma estratégia de atuação ao CA, com forte aposta na melhoria dos dados disponibilizados aos clínicos Não está a ser garantido o cumprimento do papel do monitor da prescrição médica	Redefinição da estratégia do monitor da prescrição decorrente da identificação das oportunidades de melhoria e definição de equipa de apoio Clarificação da composição e respetivo tempo de trabalho da equipa afeta ao monitor da prescrição Ponderar a possibilidade de desenvolver estudos comparativos de prescrição por especialidade ou patologia Melhorar a qualidade da informação disponibilizada aos médicos preceptores	MPM Informática

Códig o	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação 2016	Contratado / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Over	Impacto o	Grav. de Risco			
5	Assegurar a conformidade legal e segurança no acesso ao medicamento	C, O	Risco de incumprimento legal, O por inexistência de evidência de consentimento informado	2	3	Elev.	Inexistência de evidência do consentimento informado nas situações de utilização off-label de medicamentos. Nos pedidos de utilização off-label de medicamentos, a CFT dá indicações para a recolha do consentimento informado, não confirmando, porém, a sua recolha. O IMP GRL 220 para recolha do consentimento informado data de 2011 e não prevê a sua utilização nos casos de utilização off-label de medicamentos. (Norma DGS 15/2013 e circular Informativa Inarmed 184/CD/2010)	Revisar as normas internas relativas ao consentimento informado, adequando-as à norma da DGS, na prescrição de medicamentos off-label. Desenvolver mecanismos de monitorização pela CFT do cumprimento das suas recomendações para obtenção de Consentimento Informado na prescrição off-label.	Farmácia CFT SGQ DC
		O	Falta de racionalidade nas prescrições e uso de terapêutica anti-microbiana	2	2	Mod	Não há política de prescrição/uso de antibióticos	Desenvolver e implementar a política de prescrição / uso de antibióticos	Farmácia GCLPP/CIBA Informática
6	Garantir a segurança no controlo da prescrição e consumo de medicamento	E	Risco de desperdício de medicamentos (por falhas na validação da prescrição terapêutica pelo SF)	2	2	Mod.	Não estão a ser validadas as prescrições da Urgência Médico-Cirúrgica. As prescrições do bloco e cirurgia de ambulatório não são validadas, pois não há registo de prescrição disponível para consulta pela Farmácia. A validação das prescrições no SUMC permitirá antecipar necessidades de medicamentos não pertencentes ao armazém avançado da SUMC, e permitir o seu aviação antes do enfermeiro preparar a medicação. Esta situação reduz o risco dos enfermeiros fazerem pedidos tradicionais diários, consumindo tempo desnecessário.	Garantir a validação das prescrições da Urgência Médico-Cirúrgica	Farmácia
7	Cumprimento legal das normas de cedência de medicamento em ambulatório	C, E	Risco de incumprimento legal das normas relativas à cedência de medicamentos em ambulatório	1	2	Baixo	Bom grau de cumprimento das normas relativas à cedência, identificando-se, porém, pequenas oportunidades de melhoria (por exemplo, na identificação do representante, lista de rubricas reconhecidas dos farmacêuticos, etc)	Garantir o cumprimento das normas legais e procedimentos internos instituídos na cedência de medicamentos em ambulatório	Farmácia

1.7.11 MATRIZ DE RISCO – AJUDAS TÉCNICAS

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto	Grav. do Risco			
1	Garantir a existência de um sistema de controlo interno formalizado e uniforme no CHMT	C, O	Desatualização das normas de controlo interno descritas	2	1	Baixo	Obsolescência das normas internas: necessidade de revisão do Regulamento e protocolo das Ajudas Técnicas, de modo a contemplar a introdução do SAPA e inventariação, higienização, manutenção e controlo na receção e devolução do equipamento no parque das ajudas técnicas (PAT).	Garantir a atualização, aprovação e divulgação das normas internas adequando-as às necessidades	CA Serviço Social
		C, O	Falha no controlo de AT em circulação por falta nos registos	1	2	Baixo	Deficiente circuito de informação interno do SS no processo de atribuição de PA/AT (registo ineffectivo dos empréstimos entre UH).	Garantir a uniformização e acesso aos registos críticos nas 3 unidades hospitalares	Serviço Social
2	Cumprimento da regulamentação sobre contratação pública	C	Incumprimento das regras de contratação pública	2	2	Mod.	Falta de uniformização e registo sistemático no GISS e em pasta partilhada (local) O processo de orçamentação não é centralizado no SGI Logística.	Garantir a centralização no SGI da fase de consulta ao mercado das AT/PA por forma a que sejam cumpridas as regras de contratação pública.	Logística Serviço Social
3	Assegurar a equidade no acesso às AT/PA	C, E	Risco de inequidade na atribuição de PA/AT	1	3	Mod.	Permissividade legal para atribuição de PA/AT (restrições inexistentes), possibilita falta de transparência ou iniquidade no acesso e atribuição de PA/AT. Por isso, a AS identifica as situações e faz a triagem gerindo-as com bom senso quando os utentes já trazem a prescrição o processo tem seguimento. É dada especial atenção aos doentes oncológicos (próteses mamárias e capilares), com insuficiência económica e às crianças (por interferência com a socialização/escolarização). Não são atribuíveis, por norma, PA/AT novos aos utentes dos subsistemas. Neste caso o médico prescreve, o UH compra e pede reembolso ao seu subsistema. Se o reembolso não é a 100%, o utente compra e assume o resto dos encargos.	Procurar dar seguimento aos pedidos com prescrição médica no SAPA	CA Serviço Social
		C, O	Risco de atribuição de PA/AT sem critério	2	2	Mod.	Cedência de PA reutilizável (já existente no parque de ajudas técnicas) sem Prescrição médica. (não cumprimento do artº 19 do RG.GRL.D16, que carece de revisão).	Atualizar as normas internas (Artº 19 do RG.GRL.D16) por forma a definir as situações em que os PA/AT podem ser cedidos, através de indicação de profissional de saúde da equipa de cuidados multidisciplinar em articulação com o SS.	Serviço Social Direção Clínica
		C, O	Risco de disponibilização intempestiva do PA/AT prescrito	3	3	Elev.	Identificam-se atrasos na autorização da atribuição dos PA/AT, relacionados com atrasos na atribuição do compromisso pela ACS (em julho estão a ser autorizados PA prescritos em janeiro)	Garantir a atribuição atempada do PA, agilizando os procedimentos que dependem do CHMT	Serviço Social

Código	Objetivo	Tipo	Evento/Risco	Avaliação de Risco			Situação 2016	Contratos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto	Grav. do Risco			
4	Salvaguardar o ativo dos usuários ao cuidado do CHMT	C, O	Risco de utilização indevida de dinheiro dos usuários sem a consequente responsabilização dos envolvidos	2	3	Elev.	Circuito não controlado de dinheiro (integrado no circuito de documentação via correio interno/motorista em Tomar). Não uniformização nas práticas de cobrança/devolução da caução nas 3 UH.	Formalizar o processo de cobrança e devolução da caução uniformizando os procedimentos nas UH de ABT e TMR, integrando o no circuito formal	CA Serviço Social Serviço Financeiro SGD
			Risco de sub-avaliação do patrimônio do CHMT.	2	3	Elev.	Os artigos de PA/AT reutilizáveis não estão inventariados nem se encontram contabilizados no patrimônio do CHMT. Verificam-se atrasos no abate dos PA/AT que já não têm condições de serem utilizados.	Garantir o registro contabilístico do equipamento AT/PA.	CA SIE Serviço Social
		O	Falha na manutenção e higienização dos equipamentos devolvidos	2	3	Elev.	Inexistência de procedimentos de controlo ou circuito da manutenção e higienização das AT/PA no momento de entrega e devolução dos PA.	Definir o envolvimento do SIE na verificação e manutenção dos PA. Definir os procedimentos de higienização dos PA devolvidos antes da arimação no PA/AT.	Serviço Social SIE CCI
		C, O	Risco de extravio de patrimônio do CHMT sem a consequente identificação e responsabilização dos envolvidos.	2	2	Mod.	Circuito de empréstimos de longo prazo (revisão prazo) de difícil rastreabilidade e controlo	Formalizar, uniformizar, normalizar e implementar as regras para empréstimos de longo prazo (empréstimos que careçam de revisão do prazo).	Serviço Social
6	Salvaguardar os ativos do CHMT	C, O					Não existe norma que obrigue à assinatura de TR na receção de PA/AT de uso pessoal (o artº 5º do RGRLD16 exclui da obrigatoriedade o preenchimento de TR no caso do material de uso pessoal). No caso dos PA/AT entregues no SMRR não existe evidência da entrega ao utente, para além da comunicação verbal entre os serviços. Quem valida a receção é a direção de departamento MFR.	Clarificar e garantir que é evidenciada receção pelo utente em todas as circunstâncias de cedência de PA/AT, através de assinatura de termo de responsabilidade ou certificado de entrega.	
			Risco de desvio de dinheiros públicos para fins inadequados	1	2	Baixo	No caso dos PA/AT recolhidos pelos utentes no fornecedor (óculos e próteses auditivas), não existe evidência de que o mesmo tenha sido entregue ao utente. Alguns casos a AT solicita à empresa fornecedora para que o utente assine em como recebeu o PA/AT, identificando o seu nº de BI, mas não é prática comum. Quando não existe evidência da entrega do PA ao utente a AT tem dificuldade em validar a fatura	Criar regra, de modo a que a NE emitida pelo SGL reflita a necessidade de validação da entrega ao utente e elementos a introduzir na fatura: <i>utente assina, de acordo com o CC, em como recebeu e coloca a data na fatura da empresa fornecedora;</i> CC	Serviço Social Logística

1.7.12

MATRIZ DE RISCO – AUDITORIA INTERNA

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Medidas propostas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco		
1	Garantir uma atividade de auditoria interna independente, imparcial, transversal e competente		omissão intencional de ações de controlo em áreas ou serviços determinados ou de irregularidades detetadas	1	2	Baixo	Aprovação de plano de auditorias abrangente e transversal, avaliando as áreas de maior risco com periodicidade regular, e adequado às competências da equipa. Definição das áreas a avaliar e respetivos âmbitos das auditorias em articulação com o Conselho de Administração.	CA SAI
							Reforço e atualização constante das competências da equipa de auditores	
			prática de atos com violação dos deveres funcionais relacionados com situações de conflito de interesses	1	2	Baixo	Não participação em ações de avaliação em que possam existir conflito de interesses Avaliação e auto-avaliação da atividade de auditoria interna Conduta de acordo com o Código de Ética dos Auditores Internos e de acordo com as Normas Internacionais para a prática profissional de Auditoria Interna	SAI CA, SAI SAI