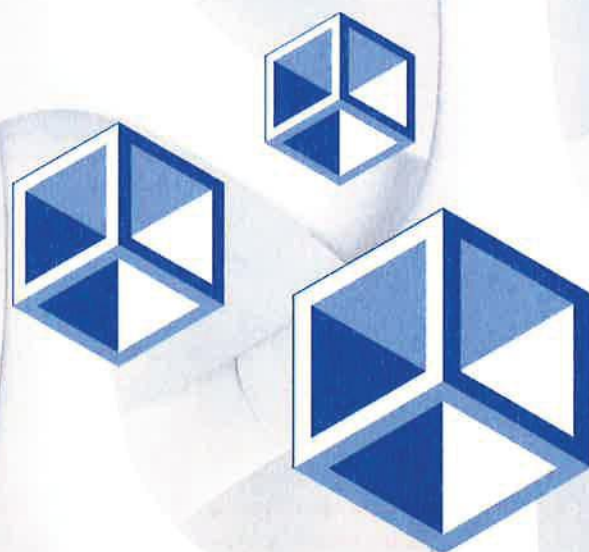




Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão

Relatório de 2017 e Plano de 2018

ÍNDICE

1.1	INTRODUÇÃO.....	3
1.2	VISÃO, MISSÃO E VALORES.....	3
1.3	ORGANIZAÇÃO.....	4
1.4	ENQUADRAMENTO.....	6
1.5	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO.....	7
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.....	19
1.7.5	MATRIZ DE RISCO - GESTÃO DA PRODUÇÃO / ÁREA ASSISTENCIAL	22
1.7.6	MATRIZ DE RISCO - PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO ..	24
1.7.7	MATRIZ DE RISCO - SERVIÇO FINANCEIRO	25
1.7.8	MATRIZ DE RISCO - GESTÃO DO PATRIMÓNIO	29
1.7.9	MATRIZ DE RISCO - TRANSPORTE DE DOENTES	30
1.7.10	MATRIZ DE RISCO - CIRCUITO DO MEDICAMENTO.....	32
1.7.11	MATRIZ DE RISCO - AJUDAS TÉCNICAS	35
1.7.12	MATRIZ DE RISCO - AUDITORIA INTERNA.....	37

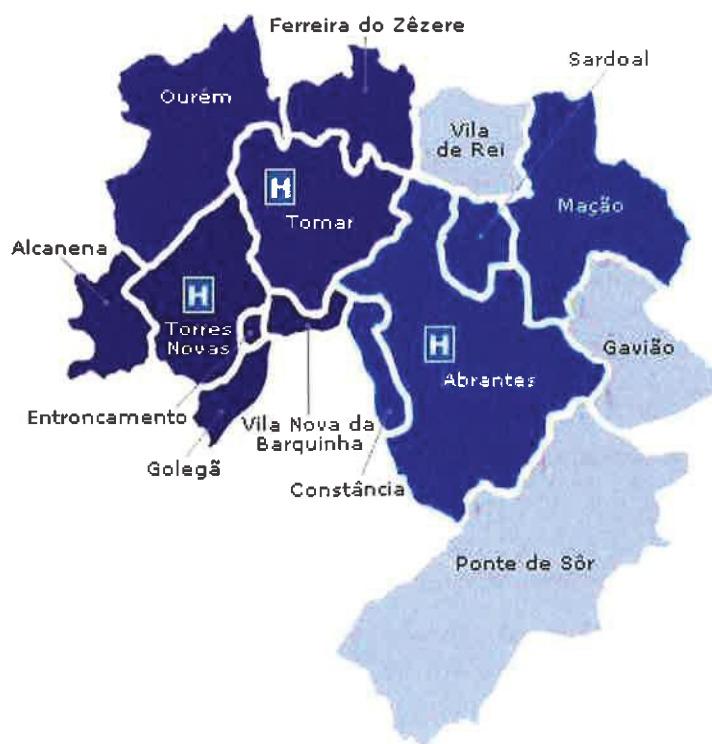


1.1 INTRODUÇÃO

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

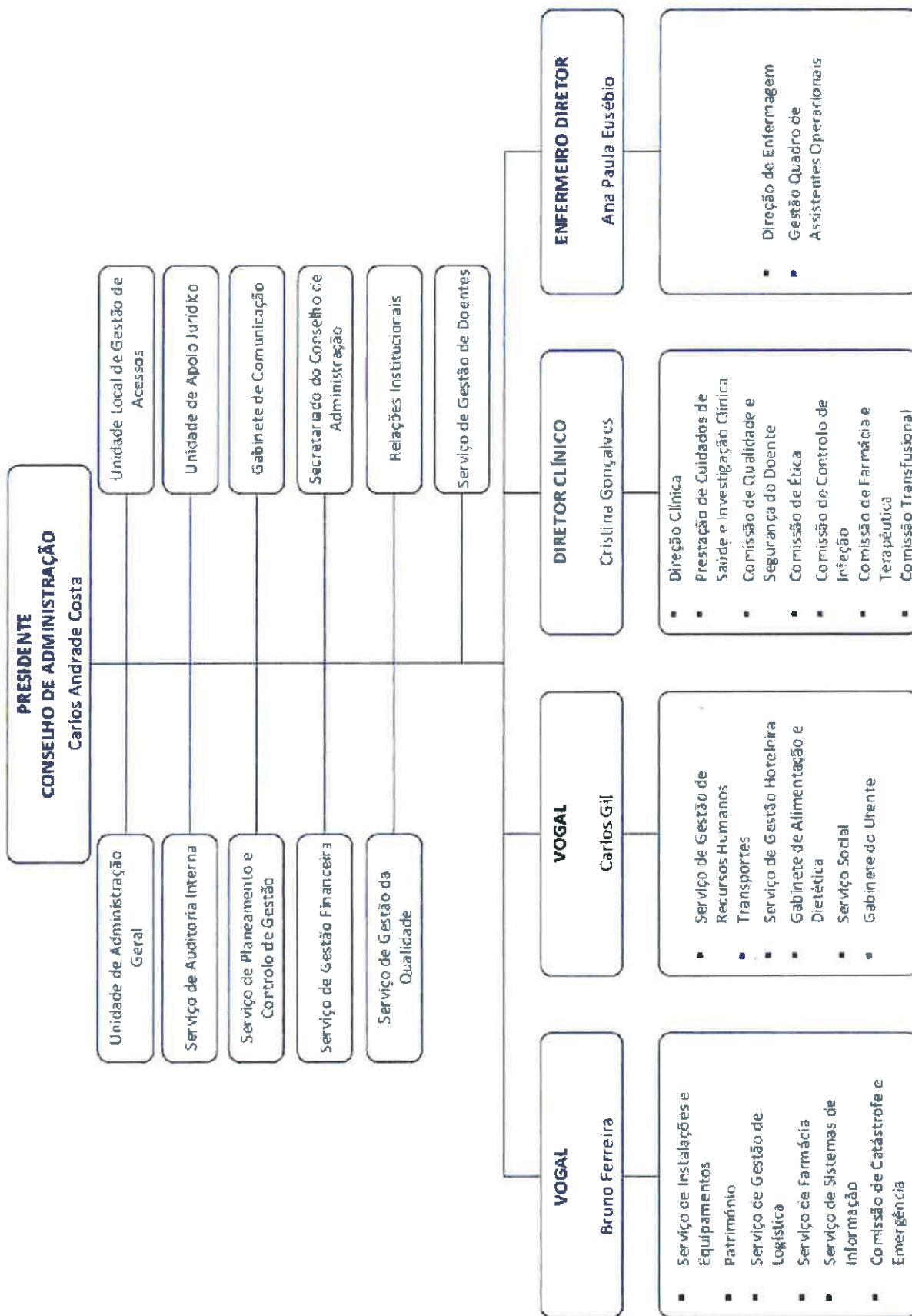
Dr. Bruno Miguel dos Santos Ferreira – Vogal Executivo

Dr. Carlos Alberto Coelho Gil – Vogal Executivo

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

Enf.^a Ana Paula Eusébio – Enfermeira Diretora

ORGANOGRAMA



1.4 ENQUADRAMENTO

A presente revisão do Plano, a revisão 5, é elaborada em março de 2018, e apresenta uma avaliação da situação de 2017, sendo também apresentados os controlos e medidas previstos para 2018.

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 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 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

¹ in Ferma – Norma de Gestão de Riscos



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 de Prevenção de Riscos de Gestão vai ser apresentado no Portal do SNS como relatório de controlo interno, dado que é uma avaliação mais exaustiva dos riscos de gestão da organização, na perspetiva, também do controlo interno, e dada a ausência de instruções por parte da ACSS do modelo que deverá ser seguido. À semelhança de outros hospitais, o CHMT opta por divulgar como relatório de controlo interno o seu Plano de Prevenção de Riscos de Gestão.

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. Em 2018 será adotada a ferramenta de gestão de risco da



RISI denominada Health Event and Risk Management, que será adaptada à monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão². Para tal, foram revistas as tabelas de gravidade e probabilidade, e introduzido o tipo de resposta ao risco.

O tipo de resposta ao risco foram previstas as seguintes respostas:

Evitar o risco – abandonar as atividades que originam o risco podendo envolver a desistência de uma linha de serviços.

Redução do risco – são tomadas medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência ou o impacto do risco ou ambos

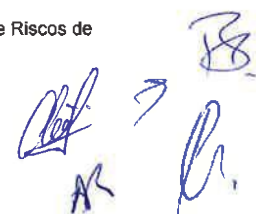
Partilha do risco – reduzir a probabilidade de ocorrência ou impacto, através da transferência ou partilha de parte do risco. (p.e., partilhar tarefas com outros serviços, outsourcing, apólices de seguros)

Aceitação do risco – neste caso, nenhuma ação é tomada no sentido de influenciar a probabilidade de ocorrência ou o impacto do risco.

Foi revista a tabela da gravidade, apresentando quatro níveis descritos de acordo com a seguinte tabela:

	Descrição
4 – Catastrófica	Impacto financeiro >200.000€. Objetivos chave não atingidos. Incumprimento dos objetivos do contrato programa, comprometendo significativamente o financiamento (produção, Q&E, penalidades). Descontinuidade do serviço. Processo judicial com grave prejuízo para a imagem reputacional ou património. Redução de longo prazo da confiança do público; cobertura dos média nacionais. Incumprimento dos requisitos legais/outros, e/ou com reclamações das partes interessadas, ou de interesse para o negócio. Risco demissionário de chefias; cessação do vínculo por justa causa; inibição do exercício da profissão; litígio judicial. Resolução de contratos de fornecimento de bens e serviços comprometendo o funcionamento. Insatisfação generalizada do pessoal com impacto significativo no absentismo e rotação do pessoal.

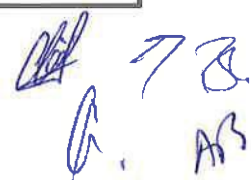
² Na auditoria externa da SGS ao SGQ foi identificada a necessidade de garantir a monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, bem como a necessidade de definir os níveis de aceitação dos riscos.



3 - Crítica	Impacto financeiro até 200.000€. Incumprimento parcial dos objetivos do contrato programa, com perdas entre os 10m€ e 30m€. Cobertura pela imprensa/rádio locais; notícia isolada em media nacional; redução a médio/longo prazo da confiança do público. Incumprimento dos requisitos legais/outros, e/ou com reclamações das partes interessadas, ou de interesse para o negócio. Rotura de stocks; resolução de contratos, com impacto temporário nos serviços, até substituição de fornecedor. Risco de demissão de chefia. Insatisfação generalizada do pessoal com impacto no absentismo.
2 - Marginal	Impacto financeiro até 10.000€. Rumores / potencial para constituir motivo de preocupação pública. Insatisfação isolada e não generalizada dos colaboradores. Sem incumprimento dos requisitos legais/outros, e sem reclamações das partes interessadas. Rotura de fornecimento serviço / produto pontual.
1 - Não Relevante	Impacto financeiro mínimo ou inexistente Sem impacto nos media. Sem incumprimento dos requisitos legais/outros, e sem reclamações das partes interessadas.

Foi revista a tabela da probabilidade, apresentando quatro níveis descritos de acordo com a seguinte tabela:

	Descrição
5 - Frequente	Probabilidade de ocorrer frequentemente (pelo menos 1 vez por dia).
4 - Provável	Probabilidade de ocorrer mas não de forma sistemática (pelo menos 1 vez por semana).
3 - Ocasional	Probabilidade de ocorrer ocasionalmente (pelo menos 1 vez por mês).



2 - Remota	Probabilidade de ocorrência muito rara (pelo menos 1 vez por ano).
1 - Improvável	Não acontece durante anos, nem se sabe se alguma vez ocorrerá.

A **matriz do risco** é constituída por duas entradas: a probabilidade e a gravidade.

		Probabilidade da ocorrência				
		1 - Improvável	2 - Remota	3 - Ocasional	4 - Provável	5 - Frequente
Gravidade	1 - não relevante	1	2	3	4	5
	2 - marginal	2	4	6	8	10
	3 - crítica	3	6	9	12	15
	4 - catastrófica	4	8	12	16	20

O nível do risco é calculado pelo produto entre a frequência e a gravidade. O nível do risco final é calculado com base na média das pontuações dadas por cada avaliador aquando da avaliação do risco, cabendo à Gestão da Qualidade a validação desta avaliação final.

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.

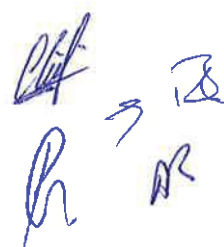
Os diretores de departamento e de serviço assumem a responsabilidade de executar o plano na parte respetiva. Devem, também, identificar e avaliar potenciais riscos, bem como indicar e implementar as medidas de controlo interno mitigadoras do risco identificado.

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

Codigo	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco					
1	Integridade e Ética	E, C	possibilidade de existirem ações que prejudiquem a cultura de ética e integridade que se pretende para o CHMT e seus colaboradores	2	2	Mod	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	Manteve-se o mail de comunicação de irregularidades. Foi comunicada uma situação excessiva de tempo de espera no acesso e prestação de cuidados.	Aceitação do risco	Garantir a adequada implementação da política de comunicação de irregularidades.	CA Aud Interna
2	controlo interno eficaz e eficiente	E, C, O	sistema de controlo interno fraco, com normas muito dispersas e desatualizadas suporte tecnológico desadequado reduzindo o nível de controlo	2	2	Mod	formalização das normas e procedimentos existentes; aprovação e integração no SGQ. automatização de processos e controlos	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. Aplicações de TR para transportes e modt sem desenvolvimentos.	Aceitação do risco Redução de Risco	Mantém-se o objetivo: formalização das normas e procedimentos existentes; aprovação e integração no SGQ. O Projeto Clic - Hospital sem papel permitirá automatizar um conjunto de procedimentos e melhorar funcionalidades em várias aplicações.	todos os serviços



Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controles / Medidas 2016	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controles / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco					
3	Prevenir ocorrências de conflitos de interesses *	E, C	ocorrência de conflitos de interesse (risco identificado na grelha de Recursos Humanos)	2	2	Mod	Garantir os mecanismos de comunicação de necessidade de declaração por parte dos profissionais de situações de acumulações de funções e outros impedimentos e incompatibilidades	Foram enviados pedidos de atualização de acumulação de funções a vários serviço.	Aceitação do risco	Garantir os mecanismos de comunicação de necessidade de declaração por parte dos profissionais de situações de acumulações de funções e outros impedimentos e incompatibilidades	CA Serviços Profissionais
							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	Foram pedidas as declarações de inexistência de conflitos de interesses para os participantes nos processos de aquisição para 2018.	Aceitação do risco	Garantir que são entregues as declarações de inexistência de conflitos de interesses.	
							Garantir que os patrocinios dos eventos que ocorram no CHMT são devidamente declarados no site do Infarmed	Não foi controlado.	Aceitação do risco	Garantir que os patrocinios dos eventos que ocorram no CHMT são devidamente declarados no site do Infarmed	



1.7.2 MATRIZ DE RISCO - CONTRATAÇÃO PÚBLICA

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto					
1	Existência de sistema estruturado de planeamento das aquisições	E	Aquisição de bens ou serviços não decorrem de necessidades efetivas / reais.			Desenvolver e apresentar o plano anual de compras para 2017.	Foi enviado plano anual de compras relativo a 2017.	Partilhar o risco	Foi enviado plano anual de compras relativo a 2018	CA Logística Serviço Financeiro POG
			Falhas no levantamento das necessidades de aquisição levam a repetição do procedimento ao longo do tempo com o mesmo fornecedor, podendo incorrer em fracionamento da despesa.	1	3	Procurar integrar o planeamento de compras nos processos de planeamento e orçamentação das atividades.	Para cada processo de aquisição, o Serviço de Gestão Logística solicita a identificação e fundamentação da respectiva necessidade e junta a mesmo ao processo físico	Partilhar o risco	Para cada processo de aquisição, o Serviço de Gestão Logística solicita a identificação e fundamentação da respectiva necessidade e junta a mesmo ao processo físico	Serviços requisitantes, Logística
			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 Objetivo contínuo: manutenção do ficheiro de dados "numerador" atualizado, inclusivé, com os AD.	As necessidades referentes a aquisições regulares são solicitadas nos meses de abril e maio do ano anterior a que dizem respeito as respetivas aquisições O numerador tem uma atualização trimestral e sempre que considerado necessário	Partilhar o risco	As necessidades referentes a aquisições regulares são solicitadas nos meses de abril e maio do ano anterior a que dizem respeito as respetivas aquisições O numerador tem uma atualização trimestral e sempre que considerado necessário	Logística
2	Os processos de compras são efetuados em conformidade com a regulamentação aplicável.	C				Mantém-se o objetivo definido: garantir que a entrega de todos os artigos ou serviços é precedida de NE emitida pelo Aprovisionamento e/ou está em conformidade com os procedimentos aprovados.	São residuais as situações de entrega de artigos ou prestação de serviços sem procedimento autorizado / NE	Reduzir o risco	São residuais as situações de entrega de artigos ou prestação de serviços sem procedimento autorizado / NE	Logística
			Desrespeito pelas várias fases dos procedimentos aquisitivos	1	2	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.	O numerador tem uma atualização trimestral e sempre que considerado necessário	Reduzir o risco	O numerador tem uma atualização trimestral e sempre que considerado necessário	Logística
			Imputação de procedimentos por parte dos concorrentes e entidades fiscalizadoras e/ou nulidade do procedimento por inobservância de preceitos legais	2	3	Mantém-se o objetivo definido: melhoria dos conhecimentos de CCP dos colaboradores do serviço. Realização da formação no novo CCP. A equipa de juristas do CHMT mantém o apoio jurídico ao desenvolvimento dos procedimentos.	A UAI dá parecer a todos os processos de aquisição e participa na elaboração dos cadernos de encargos	Evitar o risco	Foi realizada formação, no mês de Janeiro 2018, a todos os colaboradores do serviço de logística, sobre a atualização do CCP (DL 111-4/2017)	Logística
								Partilhar o risco	A UAI dá parecer a todos os processos de aquisição e participa na elaboração dos cadernos de encargos	

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controles / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controles / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto					
3	Inexistência de conflito de interesses	C	ocorrência de conflitos de interesse	1	2	Baixo	Garantir a inexistência de impedimentos previstos na lei, nomeadamente, através da confirmação dos documentos de habilitação entregues	Mantém-se o esforço de solicitação de apresentação de documentos de habilitação	Mantém-se o esforço de solicitação de apresentação de documentos de habilitação	Logística
4	Garantir que todas as aquisições estejam devidamente previstas	D, C	Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços	3	3	Elevado	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	Foi criada uma pasta compartilhada entre Logística e Recursos Humanos, para garantir a existência de todos os documentos essenciais à prestação de cuidados: foi revista a declaração anteriormente utilizada para clarificar o seu preenchimento	Foi reforçada a equipe com mais um elemento para controle de processo de prestadores clínicos; mantem-se atualizada a pasta compartilhada entre Logística e Recursos Humanos, para garantir a existência de todos os documentos essenciais à prestação de cuidados	Logística
5	Garantir mecanismos concorrenciais na formação dos contratos	E, O, C	limitar a concorrência e favorecer determinados fornecedores	2	2	Moderado	Procurar garantir a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todos os processos de compras	As ME só são enviadas com n.º de compromisso em caso de falha no sistema informático, urgência inadiável ou impossibilidade por parte do Serviço Financeiro, sendo estas razões sempre alheias ao Serviço de Gestão Logística	As ME não são enviadas com n.º de compromisso em caso de falha no sistema informático, urgência inadiável ou impossibilidade por parte do Serviço Financeiro, sendo estas razões sempre alheias ao Serviço de Gestão Logística	Serv. Financeiro Logística
5	Garantir o controle da execução de contratos		deficiente controle de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	4	3	Elevado	Mantém-se os objetivos contínuos de controle: adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação fundamentar objetivamente a escolha do AD nomeadamente quando tem por base critérios materiais garantir que no AD o convite a apenas uma entidade é objetivamente justificado	São cumpridos os requisitos de escolha do procedimento de aquisição	São cumpridos os requisitos de escolha do procedimento de aquisição, de acordo com as alterações ao CCP (DL111-B/2017)	CA Logística
5	Garantir o controle da execução de contratos		deficiente controle de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	4	3	Elevado	adequada definição de requisitos a controlar nos contratos	Em todos os processos de aquisição é definido o respectivo Gestor do Contrato, conforme exigido pelo DL111-B/2017	Em todos os processos de aquisição é definido o respectivo Gestor do Contrato, conforme exigido pelo DL111-B/2017	CA Logística
5	Garantir o controle da execução de contratos		deficiente controle de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	4	3	Elevado	existência de mecanismos de monitorização dos requisitos do contrato	Os critérios de avaliação contínua dos contratos são definidos no caderno de encargos do respectivo processo de aquisição, assim como as penalidades a serem aplicadas em caso de incumprimento	Os critérios de avaliação contínua dos contratos são definidos no caderno de encargos do respectivo processo de aquisição, assim como as penalidades a serem aplicadas em caso de incumprimento	CA Logística
5	Garantir o controle da execução de contratos		deficiente controle de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	4	3	Elevado	existência de responsável (ou equipa multidisciplinar) de acompanhamento da execução de contratos	Existência de responsável (ou equipa multidisciplinar) de acompanhamento da execução de contratos	Existência de responsável (ou equipa multidisciplinar) de acompanhamento da execução de contratos	CA Logística
5	Garantir o controle da execução de contratos		deficiente controle de contrato, incapacidade de aplicar penalizações	4	3	Elevado	auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	auditorias internas por amostragem à execução dos contratos	CA Logística



1.7.3 MATRIZ DE RISCO - GESTÃO DE STOCKS

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlo / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto					
1	Otimizar os níveis de stock	E, O	excesso de recursos investido em stock	2	2	Implementar armazém avançado nos três pólos do Ser. 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)	Redução / uniformização de códigos de artigos	Partilha do risco	Uniformização de artigos nas 3 Unidades, para posterior criação de AAV.	Logística
						Garantir as revisões dos pontos de encomenda e dos níveis de stock e reposição de acordo com as necessidades dos serviços	Reforço da necessidade de corretos registos de consumo	Redução do risco	Revisão/alteração da CPC de modo a garantir as necessidades dos serviços	
			existência de produtos obsoletos	3	2	Garantir a política de transferência/empréstimos entre AAV	Reforço da necessidade de registos adequados entre serviços	Partilha do risco	Garantia da política de transferência/empréstimos entre AAV	
2	A valorização das quantidades em existências correspondem às constantes nos registos contabilísticos	R, C	existência de produtos fora da validade	3	3	Articulação com o Serviço Farmacêutico e criação de Armazém avançado para registo de material a abater	Registo no armazém avançado de material para abate	Redução / Partilha do risco	Implementar política de abates - comunicação às finanças	Logística Farmácia Serviços
						Implementar metodologia no controlo dos prazos de validade em todos os armazéns. Garantir a transferência de artigos entre armazéns com maior rotatividade.	Criação de IT GRL 040 - Controlo de prazos de Validade de Medicamentos e DM nos Armazéns Centrais e Avançados.	Redução / Partilha do risco	Garantir os procedimentos da IT GRL 040 e a realização de auditorias parciais, juntamente com a Farmácia	
						Manter o processo de validação mensal da integração dos ficheiros da aplicação de gestão de materiais no SICC.	Solicitado ao fornecedor da aplicação CPC - GLINTT uma solução para o registo de informações financeira de rapel e outros descontos financeiros - o vogal executivo do CA autorizou a implementação do módulo que permite esta funcionalidade e rapéis: módulo "descontos e rapéis".	Partilha / Redução do risco	O módulo da CPC para os descontos financeiros serem reportados na valorização de existências e nas compras será implementado após atualização da aplicação para a versão 17, o que está previsto para o final do mês de abril 2018.	
2		R, C	distorções materiais das demonstrações financeiras	3	2	Sensibilização para a necessidade de existir um pedido para cada saída física do armazém.	As diversas reclamações referentes à aplicação, quer de movimentos, programa ou equipamentos levam à necessidade de ultrapassar o que está definido para garantir o abastecimento dos serviços. A metodologia de "pedidos urgentes" e pedidos de abastecimento extra, conduzem a erros de consumo e posteriormente de abastecimentos.	Partilha / Redução do risco	Sensibilização de todos os interessados envolvidos no registo de consumos. Colaboração na melhoria da aplicação CPC e dos respetivos PDA. Uma aplicação inadequada coloca em causa todo o processo logístico.	Resp. Armazém

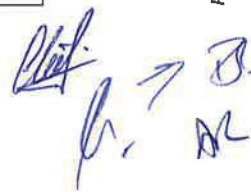


Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlo / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Graude Risco					
3	Optimização do layout dos armazéns e da arrumação dos espaços e artigos	E, O	instalações de armazenagem inadequadas	4	2	Elevado	manutenção das portas de acesso aos armazéns fechadas e controladas	A abertura de novos serviços, requer a implementação de Av	Partilha / Redução do risco	Implementação e colaboração em novos AAV e alterações necessárias.	CA, Logística, Farmácia
			falta de condições de segurança dos artigos armazenados				controlo de acessos aos armazéns avançados	Foi reportada a necessidade de melhoria/substituição da porta de acesso ao Cais. Aguarda resolução.	Partilha / Redução do risco	Alteração/Substituição da porta de acesso aos Cais, assim como alterações no que respeita ao espaço de cargas e descargas. Colocação de câmaras de vigilância no cais de carga / descarga.	Logística e Farmácia
4	Optimização do circuito de distribuição de artigos pelos serviços	E, O	rotura de stocks nos serviços	2	3	6	Garantir a arrumação dos artigos nos armazéns centrais procurando minimizar os artigos que são deslocados para o espaço da antiga cozinha.	Existe um projeto de beneficiação do espaço para o Armazém Central.	Redução do risco	Alteração prevista em plano de investimentos 2018/2019	Logística e Farmácia
			existências em armazéns centrais e avançados não controladas				Garantir um adequado planeamento de compras. Garantir a revisão contínua do mestre de artigos, dos níveis min/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. Adequada implementação da IT GRL 040 para controlo dos artigos e prazos de validade.	Os circuitos de distribuição são revistos aquando da necessidade do SCL ou dos serviços com vista à otimização. Devido ao número de colaboradores e ao absentismo verificado no SCL, não foi possível garantir a revisão adequada aos níveis definidos e alterações de melhoria. Inventários parciais mensais	Redução do risco	Aumentar o número de colaboradores, de modo a garantir as alterações necessárias para garantir o definido e melhorias a médio longo prazo. Serão introduzidos estagiários para apoiar as atividades do armazém. Já foram iniciados e serão para manter ao longo do ano de 2018, os inventários parciais aos artigos de armazen.	Logística

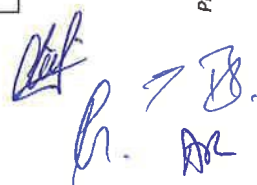


1.7.4 MATRIZ DE RISCO - RECURSOS HUMANOS

Codigo	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2016	Situação 2016	Controlos / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
1	Manutenção dos dados dos trabalhadores atualizados em termos de dados pessoais, carreiras, avaliações, formação, absentismo 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 válida e 2.º elemento controla.	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.	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 nos processos 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 nos processos iniciados no SRH.	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 conforme PR.GRH.007 nos processos iniciados no SRH.	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.	UH/GIC Informática
			minimizar o uso de influências e/ou atalhos inadequados para obter vantagens próprias	1	2	Baixo	Manter 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.	Manter a política de acréscimos remuneratórios de acordo com o regulamento interno ou com as alterações decorrentes da legislação.	CA



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 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 superativamente.	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 superativamente.	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, etc). Regras de assiduidade e cumprimento de horários formalizadas 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	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto					
1	Optimizar a capacidade instalada	E, O	contratualizar atividade adicional sem esgotar a capacidade de produção resultante dos horários base	1	2	Produção contratualizada internamente tendo em conta a equipa e o histórico. Critério de pagamento integral da atividade adicional sujeito ao cumprimento da atividade base e indicadores de acesso	A produção foi contratada de acordo com o definido. Realizado acompanhamento mensal do desempenho com reporte aos serviços.	Redução do risco	Produção contratualizada internamente tendo em conta a equipa e o histórico. Critério de pagamento integral da atividade adicional sujeito ao cumprimento da atividade base e indicadores de acesso. Melhoria da definição dos indicadores que condicionam o pagamento integral da adicional.	CA PLG
2	garantir cobrança, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	C, O	aplicação inadequada de isenções / dispensa de taxas	1	2	Trata-se de 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 solicitar.	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 solicitar. Continua a aguardar-se a implementação do projeto de pagamento por referência multibanco.	Redução do Risco	Trata-se de objetivo contínuo a sensibilização das equipas para cobrança oportuna das taxas. Monitorização das isenções para deteção de erros. Acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber.	SF SGD
			cobrança insuficiente de taxas	1	2	Acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber.	Continua a aguardar-se a implementação do projeto de pagamento por referência multibanco.	Redução do Risco	Está a ser desenvolvido relatório por funcionário com informação de valores cobrados e por cobrar, isenções / dispensas mal atribuídas.	
			recepção de taxas moderadoras	1	1	Formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo	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.	Redução do Risco	Implementar o STIAM. Formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo, com clarificação das responsabilidades do SF e SGD.	
3	controlar os exames realizados no exterior	O	conferência de faturas de exames não solicitados, não realizados ou pedidos indevidamente	1	2	Mantém-se o objetivo: criação de ponto de controlo para o médico confirmar a receção do relatório ou execução do ato, nos casos em que não exista clara evidência física da realização do mesmo.	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Mantém-se o objetivo: criação do ponto de controlo para o médico confirmar a receção do relatório ou execução do ato, nos casos em que não exista clara evidência física da realização do mesmo.	Informática SGD
						Mantém-se o objetivo de formalização dos procedimentos de conferência de faturas de mod's.		Redução do risco	Mantém-se o objetivo de formalização dos procedimentos de conferência de faturas de mod's.	Serv. Financeiro

CHMT
Pr. 7
Dr.

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Quoti.	Impacto	Grau de Risco					
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	exames realizados em locais não autorizados aquisição de exames a preços superiores aos definidos no despacho 1043X/2011	2	2	Mod.	desenvolver procedimentos de compras para realização de mdts no exterior. Garantir a aquisição de MCDT ao exterior dentro dos valores fixados no despacho 1043X/2011	Realizados procedimentos de compra: RM, TC, análises clínicas e anatomia patológica	Redução do risco	Melhorar os critérios relativos às obrigações do fornecedor. Melhorar o controlo / acompanhamento dos contratos.	CA, Logística
				2	2	Mod.	Garantir que todos os TR são emitidos a partir da aplicação, inclusive os termos para consulta e internamento.	Garante-se que os TR de mdts estão a ser emitidos via aplicação	Atenuação do risco		CA Informática SGO
							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.	Estão definidos de acordo com o resultado da contratação, os locais de realização das RM, TC, análises clínicas e anatomia patológica	Atenuação do risco		CA Informática SGO
4	Garantir o adequado e atempado registo de efeitos de faturação	R, C	envio para o exterior de exames que possam ser realizados no Centro	1	2	Baixo	Garantir a validação da existência de capacidade de resposta aos pedidos de exames realizados internamente, antes da emissão do termo para o exterior.	Existe ponto de controlo na aplicação dos TR para validar a capacidade de resposta pelo Servi. Patologia (Imediado serviço validado 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. A aplicação dos TR está preparada para o médico Imagiologista validar, mas a funcionalidade não está a ser utilizada.	Aumento do risco	Mantém-se a necessidade de desenvolver o controlo: garantir a validação da existência de capacidade de resposta aos pedidos de exames realizados internamente, antes da emissão do termo para o exterior.	Imagiologia Informática
				1	3	Mod.	Garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial controlo de EFR e n.º beneficiários	Objetivo contínuo: Realizadas ações informais de sensibilização dos secretários para registo da atividade e correta identificação dos utentes. Monitorização das EFR e dos n.º beneficiários.	Redução do Risco	Garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial controlo de EFR e n.º beneficiários está a ser desenvolvido relatório por fundovisto que informará os episódios sem EFR, n.º beneficiário	Gestão de Doentes



1.7.6 MATRIZ DE RISCO - PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	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	2	2	Mod	Garantir o envio mensal do SICA (diário) e do RADEF (diário) em cumprimento dos prazos. Garantir a qualidade do reporte no SICA de forma a evitar erros de reporte que se traduzam em penalizações financeiras.	A equipa sofreu uma redução de um elemento, passando de três para dois técnicos. Foram enviados os reportes do SICA e RADEF em cumprimento dos prazos estabelecidos.	Partilha de Risco	Garantir o envio mensal do SICA (diário) e do RADEF (diário) 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 S. Financeiro
2	Garantir a monitorização de atempada da informação de gestão necessária ao acompanhamento das metas contratualizadas com a Tutela e com os serviços	R	deteção tardia de desvios face às metas contratualizadas alteração substancial do modelo de financiamento, sem adaptação oportuna dos sistemas de informação que permitem recolher os dados para indicadores de acompanhamento ao nível dos serviços.	2	3	Mod	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.	A contratualização interna e o reporte mensal aos serviços passou a considerar os indicadores de qualidade e eficiência, bem como as penalizações. Foram realizadas reuniões de acompanhamento a pedido do CA. Não foi oportuno desenvolver o modelo de contabilidade de gestão.	Avaliação do risco	Continuar a garantir a contratualização interna com os serviços e acompanhamento do respetivo desempenho. Desenvolver, quando oportuno, o modelo de contabilidade de gestão.	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)	2	3	Mod	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 contratada de forma a alertar para a necessidade de revisão de metas.	O PCG garantiu o apoio na preparação da contratualização externa e interna. Alargamento do âmbito dos indicadores, incluindo indicadores de qualidade e eficiência e penalizações que ainda não eram acompanhados ao nível do serviço. Subsiste a necessidade de reforço do acompanhamento nalguns serviços, com reporte de análise do desempenho ao PCG.	Aceitação do risco	Continuar a garantir o apoio na contratualização externa e respetivo acompanhamento, alertando a gestão para os desvios significativos e necessidade de revisão de metas.	CA PCG

[Handwritten signatures and initials]

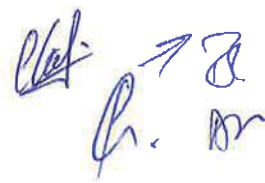
1.7.7 MATRIZ DE RISCO - SERVIÇO FINANCEIRO³

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Situação	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto			
1	Garantir a identificação correta e completa de clientes e fornecedores	C, R	Dados mestre de clientes/fornecedores, incorretos ou desatualizados	1	2	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
						Mantém-se os controles instituídos.	Controle 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
						Vários clientes não respondem aos pedidos de circularização (p.e., seguradoras).	Proceder à análise de saldos, investigando movimentos anômalos. Proceder à circularização de terceiros (clientes e fornecedores).	S. Financeiro
2	Garantir o reconhecimento correto de valores a receber e a pagar	C, R	Saldos de clientes/fornecedores incorretos	1	2	Existência de pagamentos de clientes através de transferência bancária sem identificação do documento a pagar. Nestes casos, as cobranças são registradas 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
3	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	Mantém-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. Melhoria da articulação com o Gab. Jurídico, que deverá desenvolver a fase de contencioso, de modo a atuar-se judicialmente, se necessário, antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	S. Financeiro

³ Relativamente à revisão da matriz de risco do Serviço Financeiro somos a referir a informação recebida da responsável do serviço: "Relativamente à matriz de risco do serviço financeiro informamos que a mesma não sofreu alterações significativas relativamente à publicada no Relatório e Contas de 2016. Foram promovidas algumas reuniões no sentido de resolução dos retornos nos MCDT mas ainda sem resultados. Por conseguinte podemos dizer que a mesma se mantém idêntica a 2016."



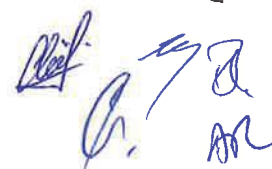
Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grav. Risco			
4	Pagamento de faturas de acordo com uma política de pagamentos bem definida	C, O	Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços	3	3	Elev.	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	O CHMT não tem disponibilidade para conseguir apresentar planos de pagamentos. Os adiantamentos 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	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. Formalizar as regras de conferência no manual de procedimentos.	S. Financeiro
6	Controlo da valorização das existências	C, R	Divergência de saldos de existências entre as aplicações SICC e a CPC.	1	2	Baixo	Divergência de saldos de existências entre as aplicações SICC e a CPC. Registos manuais do rappel 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. É 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 rappel" da GINTT para a aplicação de gestão de materiais.	S. Gestão Logística, S. Financeiro, CA



Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação	Controles / Medidas 2017	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco			
7	As aquisições são corretamente nas contas de fornecedores	R	Desvirtuar a informação contabilística.	1	2	Baixo	Mantém-se os controlos 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.	2	2	Mod.	Mantém-se os controlos 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.	Mantém-se os controlos previstos, procurando introduzir melhorias.	S. Financeiro
			Divergência de saldos.					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).	
9	Adequado controlo dos fluxos monetários	O	Controlo dos eventuais erros de numeração, atribuída manualmente às autorizações de pagamento, upload, fluxos de caixa e guias de receita	1	2	Baixo	Mantém-se os controlos 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
			Dificuldade em reconciliar a fatura a liquidar com a transferência de um cliente quando este não a identifica.	1	2	Baixo			
			Registos inadequados de adiantamento de clientes sem ajustamentos de saldo	1	2	Baixo			



Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação	Controles / Medidas 2017 e 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Gravidade Risco			
10	Controle adequado nas despesas realizadas pelo fundo de manei.	O	Existência de fundos de manei não autorizados.	1	2	Baixo	O Serviço Financeiro liquidou os fundos de manei no final de 2015. Para 2016 os serviços não solicitaram fundos de manei. Ainda não foi desenvolvido o regulamento dos fundos de manei.	Elaboração e aprovação do regulamento para os fundos de manei, que especifique os fundos de manei que podem existir, 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			
11	Elaboração do manual de procedimentos para o controle interno	O	Incumprimento da reconstituição mensal do FMI e da atribuição do n.º compromisso único e sequencial por fatura	2	1	Baixo	Existiam 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
			Organização da função indefinida.	2	1	Baixo			



1.7.8 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÓNIO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco				
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	3	1	Baixo	Devido à escassez de recursos humanos, não são realizadas avaliações periódicas aos bens. No que respeita à transferência de bens entre serviços, em regra os serviços comunicam ao Património, a movimentação de bens entre eles. A aplicação GIAT ainda não contempla a totalidade dos bens, estando a garantir a introdução dos bens relativos a novas aquisições, assim como a introdução de bens que necessitam de reparação e que ainda não constavam da mesma, uma vez que é exigido o n.º de inventário. Foi solicitado, pelo Serviço Social, a introdução dos bens relativos às ajudas técnicas, no cadastro dos bens do CHMT.	Partilha do Risco	Mantêm-se os controlos definidos: Verificação periódica de bens. Implementação de medidas de controlo permanente, designadamente de entrada e saída de bens da localização original, devendo os serviços comunicar a transferência de bens no caso de transferência entre serviços. Comunicação pelo Responsável de cada Serviço ao Serviço de Património, em caso de extravio /desaparecimento do bem. Serviço de Património, em caso de extravio /desaparecimento do bem. Controlo da utilização dos bens e do destino dado aos bens relativos às ajudas técnicas do serviço social.	Património 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	2	2	Moderado	Os bens para abate estão identificados e isolados em local de acesso restrito. Existe autorização do Conselho de Administração para o abate. Aguarda-se a organização do processo de abate que envolve vários serviços.	Redução do Risco	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. Efetuar as diligências necessárias para a retirada do material do CHMT e proceder à sua anulação na aplicação do património e consequentemente na contabilidade.	Património S. Financeiro Logística

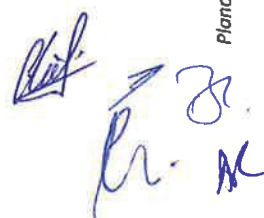



1.7.9 MATRIZ DE RISCO – TRANSPORTE DE DOENTES

Codigo	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlo / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlo / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco					
1	Garantir que o contrato de transporte de doentes corresponda às necessidades do CHMT	E	caracterização insuficiente das necessidades de transporte de doentes	2	2	Mod	Em Setembro/2016 o contrato ainda não estava assinado. Procurar garantir o adequado cumprimento das cláusulas contratuais especificadas.	Está em vigor o contrato plurianual para 2017/2018 que teve em consideração algumas recomendações da auditoria a 2015, mas não integrou todas as recomendações formuladas.	Redução do risco	Melhoria das cláusulas contratuais relativas às obrigações do fornecedor. Melhoria da redação das penalizações.	CA Logística Gestão de Doentes
		E	Caderno de encargos não estar ajustado às necessidades dos serviços	2	2	Mod	Garantir o controlo adequado da resposta aos transportes, nomeadamente, nos transportes não programados.	É necessário actualizar as aquando da formulação do caderno de encargos para 2019. P.e., manter-se o critério do pedido com antecedência de 48h, critério desajustado à realidade hospitalar (n.º 5, cl. 5 do CE), dado que 60% dos pedidos não cumprem este critério.	Redução do risco		CA Logística
2	Incumprimento da legislação de suporte ao transporte de doentes	C	Recurso excessivo a transportes de doentes em ambulância, com prejuízo da utilização da VSTD.	2	2	Mod	Avaliar as reais necessidades de utilização de VSTD de forma a redefinir os preços dos pedidos para a estes transportes num contrato futuro. Exige o requisito de registo da situação clínica incapacitante em todos os pedidos de transporte, nomeadamente, nos pedidos feitos pelos módulos de urgência e internamento.	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Adequação do Caderno de Encargos às necessidades de transporte do CHMT, prevenindo, nomeadamente, o meio de transporte VSTD ou evitando que os encargos financeiros decorrentes do transporte que deveria ser realizado em VSTD e que é realizado em ambulância não sejam superiores aos que seriam cobrados caso o transporte fosse em VSTD. Exige o requisito de registo da situação clínica incapacitante em todos os pedidos de transporte, nomeadamente, nos pedidos feitos pelos módulos de urgência e internamento.	CA Logística
			Sobretaxação, nomeadamente por pedidos repetidos, distâncias entre localidades erradas ou sobrevaloradas, horas de espera sobrevaloradas ou não documentadas.	3	2	Mod	Parametrizar a aplicação por forma a criar mecanismos que facilitem a validação da faturação	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Parametrizar a aplicação por forma a criar mecanismos que facilitem a validação da faturação	Informática S. Financeiro
			uso indevido de transportes com penalização de despesa pública	3	2	Mod	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.	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	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
							Concluir o desenvolvimento deste controlo: tabelas dos motivos / destinos	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Concluir o desenvolvimento deste controlo: tabelas dos motivos / destinos	Informática SGD
		C					Concluir e operacionalizar este controlo: agrupamento de doentes pelos bombeiros.	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Concluir e operacionalizar este controlo: agrupamento de doentes pelos bombeiros.	
			falta de controlo nos elementos relativos à entidade transportadora, nomeadamente, nome, matrículas dos veículos, tripulante e sua formação	5	2	Elev	Garantir que existem circuitos de comunicação entre os serviços de forma a garantir que estão carregados na aplicação os elementos da identificação do veículo, do motorista e do tripulante.	No âmbito da auditoria de follow-up realizada em 2017, foi comunicado à GD a informação relativa a tripulantes, motoristas e veículos. Permanece por registar a informação na aplicação. Sugere-se que no próximo caderno de encargos seja incluída o preenchimento desta informação num formato editável pelo CHMT.	Redução do risco	Garantir que a informação relativa a tripulantes, motoristas e veículos esteja carregada na aplicação de gestão de TI para efeitos de controlo. Deve ser garantido que no próximo caderno de encargos seja incluída a obrigação de preenchimento desta informação pelo adjudicante num formato editável pelo CHMT.	serviços envolvidos: Logística, SGD, Informática



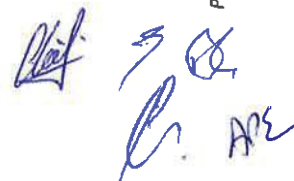
Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Situação 2017	Resposta ao Risco	Controle / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocorr.	Impacto	Grau de Risco				
3	Garantir a execução plena do contrato de transporte de doentes	E	Contrato não ser objeto de acompanhamento e avaliação	2	2	Mod	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Nomear o gestor / equipe de acompanhamento do contrato. Formalizar, aprovar e operacionalizar o modelo de acompanhamento e avaliação do contrato.	CA equipa/responsável pelo acompanhamento e avaliação do contrato
			elevado número de transportes atrasados ou não realizados ou de pedidos que carecem de resposta imediata sem resposta	3	3	Elev	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Operacionalizar o alerta desenvolvido para comunicar aos bombeiros os atrasos nos transportes e solicitar a sua resposta. Avaliação e acompanhamento do contrato aplicação das penalidades contratuais	Informática e Gestão de Doentes
		R, C	Insuficiência de meios para avaliar o contrato						Aviação e acompanhamento do contrato aplicação das penalidades contratuais	Gestor/equipa gestora do contrato
			Incapacidade de aplicar penalidades por mecanismos de controlo insuficientes para identificar transportes não executados, com atraso na resposta ao pedido e realização ou outras cláusulas	3	3	Elev	Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Desenvolvimento da aplicação de gestão de TD de forma a: Garantir a operacionalização da emissão do verbete a partir da aplicação dos termos; Identificar e monitorizar 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. 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
							Sem desenvolvimento.	Redução do risco	Monitorizar o atraso na resposta ao pedido pela central, ou seja, atribuição de entidade transportadora responsável. Automatizar a verificação das condições do transporte das ambulâncias, nomeadamente as que os enfermeiros fazem no impresso próprio (IMP.GRL.226 e IT.GRL.408).	Informática SGD gestor/equipa gestora do contrato



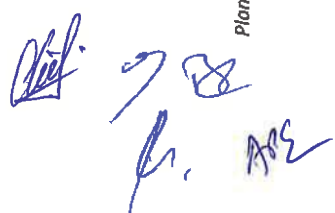
1.7.10 MATRIZ DE RISCO - CIRCUITO DO MEDICAMENTO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau 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	Baixo	Garantir que é cumprida a norma IT-FAR.003 - Identificação e Individualização de Medicamentos, relativamente ao reembolso.	Encontra-se resolvida a situação de reembolso manual "não autorizada" que em 2016 ainda existia na Unid. Tomar. Atualmente, é cumprida a IT-FAR.003 - Identificação e Individualização de Medicamentos, relativamente ao reembolso.	-		
		O	Risco de rotura de stocks	3	2	Mod.	Garantir os mecanismos internos para garantir a melhor gestão de stocks de forma a evitar roturas.	Desde a última revisão em 2016, verificou-se uma redução do risco: foi implementado um impresso que é preenchido pelos TDT para identificar as situações de pré-rotura. Semanalmente, os AT são responsáveis por enviar por mail o ponto de situação. Verificam-se várias roturas de fornecimento: ou por falta de pagamento, sendo articulado com o SF a possibilidade de desbloquear alguma verba; ou por rotura no mercado, sendo solicitado ao Infarmed aquisição por A.U.E.	Atualização do Risco	Farmácia Logística	
		O, R	Risco de regularizações / abates subvalorizados.	3	2	Mod.	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.	Está a ser utilizado o ASNC destinado a registar os medicamentos consumidos devolvidos e inutilizados. Este armazém permite contabilizar estes desperdícios e dar-lhes o tratamento contabilístico adequado. No entanto, continuam por abater os medicamentos inutilizados de 2015 (parcial), 2016 e está a ser preparada a autorização para abate de 2017.	Redução do Risco	Farmácia S.Financeiro Logística	
		O, R	Risco de reventências desnecessárias, subavaliação de aceites e regularizações não devidamente autorizadas, utilização indevida de medicamentos ou desvio para outros fins e subavaliação de consumos	4	3	Elev.	Melhorar a comunicação com os serviços, para atenuada comunicação do planeamento de atos, ou alterações terapêuticas, de modo a evitar o avioamento e distribuição de medicamentos desnecessários e a diminuir o risco de reventências.	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 armazém. A situação torna-se mais crítica após o fim-de-semana. Avioamento através das gavetas de dose unitária para doentes que mudam de serviço ou cuja alta está planeada e não é comunicada à Farmácia. Não se consegue controlar se todos os medicamentos não utilizados são devolvidos e reventados no sistema. Tem sido reforçada a necessidade pela DS a necessidade de verificar a existência de alterações de prescrições após a última validação pelas farmacêuticas antes do avioamento. O circuito do medicamento não é fechado: a prescrição e avioamento fica registado no SIGCIM, mas o registo da administração fica apenas no SClinico e não tem ligação ao SIGCIM.	Redução do Risco	Farmácia Serviços assistenciais	
		C, O	Risco de acesso indevido aos armazéns de Farmácia	4	1	Mod.	Ativar o sistema de videovigilância na Farmácia da Unidade de Abrantes. Sensibilizar a equipe para a manutenção da porta de acesso à sala de cedência de medicação fechada na Unidade de Abrantes. Melhorar o controlo dos acessos na Unid. Abrantes e responsabilizar os utilizadores, distribuindo cópia de chaves às farmacêuticas e outros colaboradores da farmácia em função de níveis de segurança previamente estabelecidos.	O CHMT está a instalar o sistema de videovigilância que irá melhorar a segurança no acesso ao armazém da Farmácia. O acesso à sala de cedência de medicamentos de Abrantes foi melhorado: todos os TSS têm acesso à chave, ficando a porta fechada. A sala de soros também está fechada, ficando a chave ao cuidados dos AO. 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.	Redução do Risco	SIE Informática	
		O	Risco de desperdício dos medicamentos expirados ou em fim de prazo (imprermissões em carmas de emergência, ou dos medicamentos estufeficientes nos serviços assistenciais)	3	2	Mod.	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 estufeficientes e psicotrópicos existentes nos serviços assistenciais. Reforçar a política de articulação com outras entidades para escoar, via oferta / troca medicamentos, cuja devolução não foi aceite pelos laboratório	A norma dos carros de emergência continua a definir 1 mês para devolução de produtos em fim de prazo, considerado insuficiente para uma boa política de escoamento de stocks. Foi definida norma para o controlo dos prazos de validade dos medicamentos estufeficientes e psicotrópicos existentes nos serviços assistenciais (IT-GEL.001.01). Com o reforço da política de controlo dos PV, está instituído o mecanismo de contactar o fornecedor com regularidade para a recolha dos artigos em fim de prazo.	Atualização do Risco	Farmácia Serviços assistenciais Dir. Enfermagem	

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grav. de Risco				
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.	3	2	Mod.	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. Densificar 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.	A equipa de colaboradores do SF está, ao momento, estabilizada: nos TDT houve reforço de 3 colaboradores + 2 estagiários. Prevê-se a contratação de um farmacêutico para garantir uma substituição por atestado por gravidez de risco. Ao sábado a farmácia central trabalha com um farmacêutico, sendo necessário o reforço com um TDT. Existem um elevado nº de colaboradores a pedir horário flexível. Todos os farmacêuticos e TDT de ABT e TNU circulam entre as duas unidades, não tendo sido ainda oportuno aplicar a rotatividade ao pessoal da TNU. A colaboração do SGRIH na descrição de funções dos colaboradores do SF, era benéfica para terminar esse trabalho, nomeadamente nos TDT. Foi aprovado a 26/05/2017 o organograma do serviço farmacêutico.	Atualização do Risco	Procurar ir gerindo as necessidades da equipa, com os reforços que serão proporcionados e com a rotatividade dos colaboradores entre as três farmácias. CA Farmácia RH
3	Assegurar a equidade no acesso ao medicamento	E, C	Risco de sustentação insuficiente na introdução de medicamentos junto da CFT	3	1	Baixo	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 FTI, carecem de autorização de entrada de doente. Esta normalização deverá ser acessível aos clínicos através, p.e., do SGO. 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.	Mantém-se o elevado número de pedidos urgentes. Há maior controlo na introdução de novos medicamentos, sendo possível ao médico identificar as condições de disponibilização dos medicamentos que carecem de autorização dta/dte. O mestre de artigos foi revisito, tendo sido retirados os medicamentos sem movimento. Foi submetido à CFT e colocado em ato. Está disponível na intranet, no separador farmácia/lisla de medicamentos Existem novo regulamento da CFT decorrente de alterações legais, o qual obriga a reuniões semanais e à existência de secretariado próprio. A CFT ainda não foi renomeada (terminou mandato), não existe secretariado próprio, sendo o seu trabalho partilhado entre uma farmacêutica e o secretariado da DC, o que se traduz em falta de consistência e continuidade na circulação da informação e resolução de problemas. O fato da DC não fazer parte da CFT, é também um constrangimento. Ainda não é obrigatório o preenchimento do custo para avaliação do impacto na despesa, mas está a haver maior cuidado, nomeadamente, na elaboração das atas. No benchmarking do internado relativo ao uso de Biossimilares, o CHMT posicionou-se nos últimos lugares. O tratamento de novos doentes, com recurso obrigatório à utilização de Biossimilares, decorre do CP e circular do Internado, já foi discutido em CFT, ainda não foi dada orientação aos médicos prescritores relativamente ao uso preferencial de medicamentos BSS. Foi abordado em reunião de CI com os serviços Os pedidos de AUE para o internado continuam a recolher o parecer da DC, mas sem autorização do CA e sem parecer da CFT. Continua a não ser monitorizada a utilização de protocolos clínicos na utilização de medicamentos alvo de autorização pela CFT, mediante aplicação de protocolos clínicos. O trabalho da CFT neste âmbito carece de outra dinâmica de trabalho. Referiu a existência de 2 protocolos da UCIJ para utilização de medicamentos (que não são novos) que não foram validados pela farmácia ou CFT (PT.GRL.105 e PT. GRL. 106).	Atualização do Risco	A avaliação global aponta para uma aceitação do risco, mas a CFT carece de ser nomeada a curto prazo. Mantém-se a necessidade de implementar os controlos definidos para 2017 não implementados. CA CFT
4	Garantir o controlo interpretativo na prescrição e utilização do medicamento	C, E	Risco de incumprimento legal e de controlo insuficiente na prescrição e utilização do medicamento.	3	3	Moderado	Redefinição da estratégia de 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 prescritores.	Fraça Implementação do despacho 17089/2011. Não está a ser garantido o cumprimento do papel de monitor da prescrição médica. Foi nomeada novo monitor da prescrição médica, mas carece de avaliação a equipa a afetar ao MPM, bem como das funções a desenvolver, nomeadamente acompanhamento dos médicos. A saída do secretariado para outras funções é uma ameaça CFT, já teve 1ª reunião com o MPM	Atualização do Risco	MPM Informática



Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco					
5	Assegurar a conformidade legal e segurança no acesso ao medicamento	C, O	Risco de incumprimento legal, por inexistência de evidência de consentimento informado.	3	3	Mod. alto	Rever 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.	A situação mantém-se, considerando que é importante relembrar a CFT da necessidade da revisão: 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 Infarmed 184/CD/2010).	Aceitação do Risco	Acerta-se o risco, embora seja prescrito rever as normas internas relativas ao consentimento informado, adequando-as à norma da DGS, na prescrição de medicamentos off-label.	Farmácia CFT SGQ DC
			Falta de racionalidade nas prescrições e uso de terapêutica anti-microbiana	3	2	Mod.	Desenvolver e implementar a política de prescrição / uso de antibióticos.	A situação mantém-se. Refereu que o responsável do GCL-PPCIRA está demissionário e que nunca chegou a ser desenvolvido o PAPA (programa de apoio à prescrição de antimicrobianos) obrigatório por lei e que existe notório HI. Referiu ainda que no Benchmarking do Infarmed o CHMT surge em lugares preocupantes, na utilização de antimicrobianos. (www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/benchmarking/hospitalar/antibioticos)	Aceitação do Risco	Acerta-se o risco, embora seja necessário o desenvolvimento e implementação da política de prescrição / uso de antibióticos.	DC CFT GCL-PPCIRA
6	Garantir a segurança no controlo da prescrição e consumo de medicamentos	E	Risco de desperdício de medicamentos (por falhas na validação da prescrição terapêutica pelo SF)	3	2	Mod.	Garantir a validação das prescrições da Urgência Médico-Cirúrgica.	Já está a fazer-se validação de todas as prescrições da UMC, pelo que o SF está a enviar para os sites internados na urgência todos os medicamentos em nome do doente (tipo unidose) que não pertencem aos Aav. Após a implementação deste procedimento, os enfermeiros deixaram de efetuar pedidos tradicionais, fazendo-o apenas ao sábado, porque está escalada uma farmacêutica. O reforço de um TOT ao sábado na farmácia central pode melhorar este problema. Acontece que os quando o dte é transferido para o internamento, apesar de manter a terapêutica, os medicamentos não seguem o dte, sendo devolvidos à farmácia, o que obriga a procedimentos de devolução com maior probabilidade de erro e perda de eficiência no circuito do medicamento. Referiu situações de contacto telefónico com o SF para envio de medicamentos a estes locais, transferidos para o internamento, quando os medicamentos ficaram na urgência, nomeadamente ao sábado.	Aceitação do Risco	O risco referido de os medicamentos não acompanharem o doente aquando da transferência para o internamento, será mitigada com o desenvolvimento do SIGICM (descrito no anexo 1)	Farmácia
			Risco de incumprimento legal das normas relativas à cedência de medicamentos em ambulatório	3	1	Baixo	Garantir o cumprimento das normas legais e procedimentos internos instituídos na cedência de medicamentos em ambulatório.	Na sequência da revisão da norma depois da auditoria do Infarmed, existe maior cuidado na identificação do representante do utente e na recolha da sua assinatura na receita. Quando são pessoas que pertencem entidades a vir levantar (bombeiro ou pessoas de lar de idosos) é verificado se é bombeiro daquela corporação ou trabalhador do lar X, mas nem sempre é recolhida a sua identificação (CC). Atualizada lista de rubricas dos farmacêuticos.	Aceitação do Risco		Farmácia



1.7.11 MATRIZ DE RISCO - AJUDAS TÉCNICAS

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de 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	2	Mod.	Garantir a atualização, aprovação e divulgação das normas internas adequando-as às necessidades	Manter-se o reporte anterior: 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).	Partilha de Risco	Na sequência da alteração do procedimento interno do circuito das ajudas técnicas reutilizáveis, deverá ser garantida a atualização, aprovação e divulgação das normas internas adequando-as às necessidades. Garantir o circuito: SS recebe material do utente; SS contacta o serviço de limpeza, que procede à higienização; envia aos SIE para verificação do estado e manutenção; iniciação da inventariação.	Serviço Social SIE Serv. Hotelários
		C, O	Falha no controlo do AT em circulação por falha nos registos	3	2	Mod.	Garantir a uniformização e acesso aos registos críticos nas 3 unidades hospitalares	O SS argumenta que enquanto não for revisado o procedimento interno que permita a higienização, manutenção e adequação arrumação, não faz sentido rever os procedimentos. Este procedimento está a ser revisado internamente. Ilegalmente foi feito o abate das ajudas técnicas obsoletas, libertando espaço para arrumação. O contrato de limpeza que está a ser negociado prevê que a equipa de outsourcing garanta a higienização do material.	Partilha de Risco	Inventariação do equipamento existente. Melhorar dos registos de empréstimos entre Unidades.	Serviço Social
2	Cumprimento da regulamentação sobre contratação pública	C	Incumprimento das regras de contratação pública	3	2	Mod.	Garantir a centralização no SGL da fase de consulta ao mercado das AT/PA por forma a que sejam cumpridas as regras de contratação pública.	O processo de organização não é centralizado no SGL logística.	Partilha de Risco	Garantir a centralização no SGL da fase de consulta ao mercado das AT/PA por forma a que sejam cumpridas as regras de contratação pública.	Logística Serviço Social
		C, E	Risco de inequidade na atribuição de PA/AT	2	1	Baixo	Procurar dar seguimento aos pedidos com prescrição médica no SAPA	O critério previsto na lei para atribuição de AT é a prescrição médica. O SS procura dar seguimento a todos os processos com prescrição médica. É dada especial atenção aos doentes oncológicos (próteses mamárias e capilares), com insuficiência económica e de crianças (por interferência com a socialização/escolarização). Não são atribuídas, por norma, PA/AT novos aos utentes dos subsistemas. Neste caso o médico prescreve, o de compra e pode reembolso ao seu subsistema. Se o reembolso não é a 100%, o utente compra e assume o resto dos encargos. Os pedidos de PA/AT reutilizáveis não carecem de prescrição médica. (não cumprimento do artº 1º do RG GRU 016, que carece de revisão).	Aceitação do Risco	No âmbito da revisão de normas, deverá ser atualizado o artº 1º do RG GRU 016, 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 multidisciplinares em articulação com o SS.	CA Serviço Social
3	Assegurar a equidade no acesso às AT/PA	C, O	Insuficiência de AT/PA reutilizáveis (novo risco identificado)	3	3	Elev.		O material reutilizável é insuficiente.	Redução de Risco	Aproveitando a linha de financiamento do Contrato Programa 2018, o SS deverá promover junto dos médicos a prescrição de AT/PA reutilizáveis quando o utente necessite, de forma a ir renovando o stock.	Serviço Social Direção Clínica
		C, O	Risco de disponibilização intempestiva do PA/AT prescrito	3	2	Mod.	Garantir a atribuição atempada do PA, agilizando os procedimentos que dependem do CHMT	Em 2016 identificam-se atrasos na autorização da atribuição dos PA/AT, relacionados com atrasos na atribuição do compromisso pelo ACS. Esta situação foi sentida a nível nacional, tendo o modelo de financiamento sido revisado de forma a não ser necessário solicitar compromisso a ACS. Cabe ao CHMT seguir o procedimento instituído para atenuar os compromissos às várias despesas.	Aceitação do Risco		Serviço Social

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Qrer.	Impacto	Grau de Risco					
4	Salvaguardar o ativo dos utentes ao calado do CHMT	C, O	Risco de utilização indevida de dinheiro dos utentes sem a consequente responsabilização dos envolvidos	2	1	Baixo	Formalizar o processo de cobrança e devolução da caução uniformizando os procedimentos nas UH de ABT e TMR, integrando-o no circuito formal	Observa-se circuito não controlado de dinheiro (integrado no circuito de documentação via correio interno/motorista em Tomar). Dados os problemas verificadores e a não existência de ponto de receção de dinheiro em Tomar, o SS não está a cobrar a caução. Não uniformização nas práticas de cobrança/devolução da caução nas 3 UH.	Evitar o risco	Definição das práticas de cobrança / devolução da caução nas três Unidades.	CA Serviço Social Serviço Financeiro SGL
5	Garantir a fiabilidade das demonstrações financeiras	C, R	Risco de sub-avaliação do património do CHMT.	3	3	Elev.	Garantir o registo contabilístico do equipamento AT/PA.	Os artigos de PA/AT reutilizáveis não estão inventariados nem se encontram contabilizados no património do CHMT. Após um longo período a aguarda o abate de artigos obsoletos, foi procedido ao abate dos PA/AT obsoletos.	Partilha de risco	Garantir a inventariação e o registo contabilístico do equipamento AT/PA.	SIE/Património Serviço Social
		O	Falha na manutenção e higienização dos equipamentos devolvidos.	4	3	Elev.	Definir o envolvimento do SIE na verificação e manutenção dos PA. Definir os procedimentos de higienização dos PA devolvidos antes da arrumação no PA/AT. Higienização dos PA devolvidos antes da arrumação no PA/AT.	Mantém-se a situação de inexistência de circuito de limpeza e manutenção dos AT/PA reutilizáveis. Neste momento estão a ser definidos os procedimentos e circuito para receção, higienização, manutenção e inventariação das AT/PA reutilizáveis.	Partilha de risco	Definir o envolvimento do SIE na verificação e manutenção dos PA. Definir os procedimentos de higienização dos PA devolvidos antes da arrumação no PA/AT, bem como o local onde deverá ser realizada. A obrigação de higienização das AT/PA reutilizáveis está a ser incluída no caderno de encargos do concurso da limpeza como obrigação do adjudicatário.	Serviço Social SIE Logística
		C, O					Formalizar, uniformizar, normalizar e implementar as regras para empréstimos de longo prazo (empresários que carecem de revisão do prazo).	Circuito de empréstimos de longo prazo de difícil rastreabilidade e controlo. TN e Tomar têm um ficheiro de preenchimento para controlo, mas que não está atualizada. Enquanto o equipamento não estiver inventariado, será difícil controlo a sua localização/atribuição.	Redução do risco	Garantir a inventariação do equipamento de AT/PA. Garantir a revisão da base excel, ou outro suporte, para controlo da atribuição do equipamento	Serviço Social
6	Salvaguardar os ativos do CHMT	C, O	Risco de extravio de AT/PA adquiridos pelo CHMT sem a consequente identificação e responsabilização dos envolvidos.	3	2	Mod.	Clarificar e garantir que é evidenciada a receção pelo utente em todas as circunstâncias de codificação de PA/AT, através de assinatura de termo de responsabilidade ou certificado de entrega. Criar regra, de modo a que a NE emitida pelo SGL refira a necessidade de validação da entrega ao utente e elementos a introduzir na fatura: <i>utente assinou, de acordo com o CC, em como recebeu e colocou a data na fatura da empresa fornecedora;</i> Criar regra, de modo a que a NE emitida pelo SGL refira a necessidade de validação da entrega ao utente e elementos a introduzir na fatura: <i>utente assinou, de acordo com o CC, em como recebeu e colocou a data na fatura da empresa fornecedora;</i> Quando não existe evidência da entrega do PA ao utente a AT tem dificuldade em validar a fatura	Não existe norma que obrigue à assinatura de TR na receção de PA/AT de uso pessoal (o artº 3º do RG-GRL-016 exclui da obrigatoriedade o preenchimento de TR no caso do material de uso pessoal). No caso dos PA/AT entregues no SMFR não existe evidência da entrega ao utente, para além da comunicação verbal entre os serviços. Quem valida a receção é a Drª Helena Manso. 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. Nalguns 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	Redução do (parcial) do risco	Clarificar e garantir que é evidenciada a receção pelo utente em todas as circunstâncias de codificação de PA/AT, através de assinatura de termo de responsabilidade ou certificado de entrega. Criar regra, de modo a que a NE emitida pelo SGL refira a necessidade de validação da entrega ao utente e elementos a introduzir na fatura: <i>utente assinou, de acordo com o CC, em como recebeu e colocou a data na fatura da empresa fornecedora;</i> Criar regra, de modo a que a NE emitida pelo SGL refira a necessidade de validação da entrega ao utente e elementos a introduzir na fatura: <i>utente assinou, de acordo com o CC, em como recebeu e colocou a data na fatura da empresa fornecedora;</i> Quando não existe evidência da entrega do PA ao utente a AT tem dificuldade em validar a fatura	Serviço Social Logística

1.7.12 MATRIZ DE RISCO - AUDITORIA INTERNA

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas 2017	Situação 2017	Resposta ao Risco	Controlos / Medidas 2018	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto					
1	Garantir uma atividade de auditoria interna independente, imparcial, transversal e competente	O	omissão intencional de ações de controlo em áreas ou serviços determinados ou de irregularidades detetadas	1	2	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 e articulação com o Conselho de Administração.	O ano 2017 ficou marcado pela ausência prolongada de duas auditorias, com prejuízo do PA, que foi concretizado a 70%.	Redução do risco	Procurar cumprir o plano de ação aprovado, garantindo uma avaliação regular das várias áreas e uma incorporação gradual de novas áreas a auditar	SAI
						Reforço e atualização constante das competências da equipa de auditores	Foi realizado o plano de formação de acordo com o plano aprovado. Foram aceites as propostas de participação em ações externas. Mantém-se a necessidade de formação em gestão de risco de gestão.	Aceitação do risco	Cumprimento do plano de formação previsto para o serviço	
				1	2	prática de atos com violação dos deveres funcionais relacionados com situações de conflito de interesses	Não participação em ações de avaliação em que possam existir conflito de interesses Avaliação e auto-avaliação da atividade de auditoria interna Condução de acordo com o Código de Ética dos Auditores internos e de acordo com as Normas Internacionais para a prática profissional de Auditoria Interna	Aceitação do risco	Manutenção dos controlos existentes	

