



PLANO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE GESTÃO

INCLUINDO RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Acompanhamento dos controlos e medidas propostos para 2014

REVISÃO 2 – Janeiro 2016

ÍNDICE

1.1	INTRODUÇÃO.....	3
1.2	VISÃO, MISSÃO E VALORES	4
1.3	ORGANIZAÇÃO.....	5
1.4	ENQUADRAMENTO.....	7
1.5	DEFINIÇÃO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS	9
1.6	CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO.....	12
1.7	ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO.....	14
1.8	MATRIZES DE RISCO.....	15
1.8.1	MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA.....	16
1.8.2	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS.....	18
1.8.3	MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS.....	21
1.8.4	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO	24
1.8.5	MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO	26
1.8.6	MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÓNIO	27

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

O Conselho de Administração, em funções no início de 2014, com mandato terminado em 31.12.2013, apresentava a seguinte composição:

Eng.º Joaquim Nabais Esperancinha – Presidente do Conselho de Administração
(até 03.07.2015)

Dr. António José Horta Lérias – Vogal Executivo (até 30.09.2014)

Eng.º João Pedro Gil Lourenço – Vogal Executivo (30.06.2014)

Dr. Paulo Marques Vasco – Diretor Clínico (28.02.2014)

Enf.º Nelson Paulino da Silva – Enfermeiro Diretor

A 4 de julho de 2014, iniciou funções nova equipa de Conselho de Administração com a seguinte composição:

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

Dr. António José Horta Lérias – Vogal Executivo

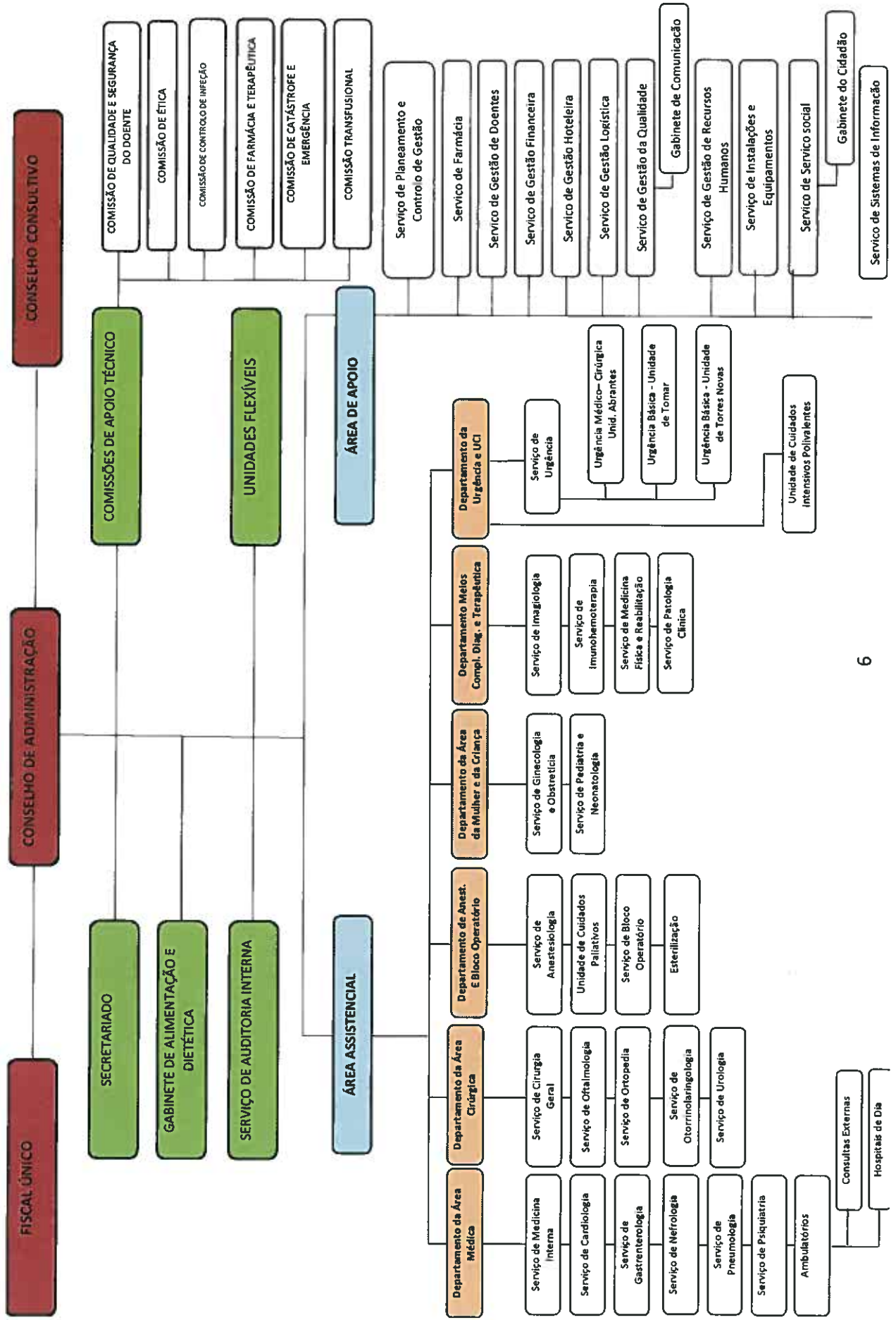
Dr. Bruno Miguel dos Santos Ferreira – Vogal Executivo

Dr.ª Cristina Maria Castro Gonçalves Marques – Diretora Clínica

Enf.º Nelson Paulino da Silva – Enfermeiro Diretor

O Dr. António José Horta Lérias cessa funções em 30.09.2014, sendo substituído pelo Dr. Carlos Alberto Coelho Gil.

Apresenta-se, de seguida, o organograma do CHMT:



1.4 ENQUADRAMENTO

A presente avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão foi elaborada em janeiro de 2016 para resposta ao pedido do ponto de situação da implementação do referido plano pelo Gabinete de Sua Excia. o Ministro da Saúde.

O Serviço de Auditoria Interna reuniu com os vários responsáveis de área/serviço para avaliar os controlos que foram definidos para 2014 na 1.ª revisão do plano datada de fevereiro de 2014.

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

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

A gestão de risco é o processo através do qual as organizações analisam, metodicamente, os riscos inerentes às respetivas actividades, com o objectivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada actividade individual e no conjunto de todas as actividades¹.

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

¹ in Ferma – Norma de Gestão de Riscos

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

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

1.5 DEFINIÇÃO DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS²

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

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

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

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

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

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

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

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

1.7 ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DO PLANO

O presente plano é um instrumento de gestão dinâmico e a sua execução deve 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 elabora anualmente o relatório de execução de Plano de Prevenção de Riscos de Gestão em articulação com os diretores de departamento e de serviço, dando o apoio necessário ao processo de (re)avaliação dos riscos.

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

1.8 MATRIZES DE RISCO

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

- Contratação Pública
- Gestão de Stocks
- Recursos Humanos
- Gestão da Produção
- Planeamento e Controlo de Gestão
- Gestão do Património.

1.8.1 MATRIZ DE RISCO – CONTRATAÇÃO PÚBLICA

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controles / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Gravidade			
1	Existência de sistema estruturado de planejamento das aquisições	E	<p>Aquisição de bens ou serviços não decorrem de necessidades efetivas / reais.</p> <p>Falhas no levantamento das necessidades de aquisição levam a repetição de procedimento ao longo do tempo com o mesmo fornecedor, podendo incorrer em fracionamento da despesa</p>	1	3	Mod.	<p>Elaboração do orçamento de compras em função do planejamento de aquisições.</p> <p>Integração do orçamento de compras nas peças orçamentais.</p> <p>garantir a adequada fundamentação por parte do serviço / entidade requisitante</p>	<p>CA Logística Serv.Financeiro PCG</p> <p>Serviços requisitantes, Logística</p>	
2	Os processos de compras são efetuados em conformidade com a regulamentação aplicável.	C	<p>Escolha inadequada do tipo de procedimento em função do valor do contrato.</p>	1	3	Mod.	<p>Cumprimento rigoroso das regras do CCP. Concluir o regulamento interno.</p> <p>implementar um sistema de controle de montantes totais adjudicados em ajustes diretos por fornecedor</p>	<p>Logística</p> <p>Logística</p>	
			<p>Desrespeito pelas várias fases dos procedimentos aquisitivos</p>	1	3	Mod.	<p>garantir que a entrega de todos os artigos ou serviços é precedida de NE emitida pelo Aproveitamento e/ou está em conformidade com os procedimentos aprovados.</p> <p>Objetivo contínuo que o SGL tenta prosseguir: garantir que a entrega de todos os artigos ou serviços é precedida de NE emitida pelo Aproveitamento e/ou está em conformidade com os procedimentos aprovados.</p>	<p>Logística</p> <p>Logística</p>	
			<p>Impugnação de procedimentos por parte dos concorrentes e entidades fiscalizadoras e/ou nulidade do procedimento por inobservância de preceitos legais</p>	1	3	Mod.	<p>Manutenção de base de dados com informação relevante a nível de prazo e nível de execução sobre as aquisições anteriores e em curso. Facilita o acompanhamento das várias fases dos procedimentos de aquisição.</p> <p>melhoria dos conhecimentos de CCP dos colaboradores do serviço</p>	<p>Logística</p> <p>Logística</p>	

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Oc.	Impacto	Gravidade Risco			
3	Inexistência de conflito de interesses	C	ocorrência de conflitos de interesse	2	2	Mod.	<p>verificação de todos os documentos de habilitação de fornecedores</p> <p>verificação da existência de declaração de inexistência de conflitos de interesse de todos os intervenientes no processo de aquisição.</p>	<p>Nos processos que desenvolve, o SGL procura garantir que são apresentados todos os documentos de habilitação, fazendo insistências aquando do atraso da sua apresentação.</p> <p>Colaboradores do SGL entregaram declarações de inexistência de incompatibilidades enquanto membros de júri.</p>	Logística
4	garantir que todas as aquisições estão devidamente provisionadas	O, C	Inexistência de cobertura / previsão no orçamento para a aquisição de bens ou prestação de serviços	1	3	Elev.	Garantir a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todos os processos de compras	<p>Os sistemas informáticos garantem a atribuição de n.º compromisso válido e sequencial a todas as NE. A situação financeira do CHMT não permite atribuir n.º compromisso no momento de celebração do contrato. Não obstante, a celebração de alguns contratos é precedida de atribuição de compromisso, nomeadamente os submetidos à fiscalização do TC, ou aqueles em que o fornecedor exija.</p>	Serv. Financeiro Logística
5	Garantir mecanismos concorrenciais na formação dos contratos	E, O, C	limitar a concorrência e favorecer determinados fornecedores	1	2	Mod.	<p>adoção do concurso público como procedimento regra para a contratação</p> <p>fundamentar objectivamente a escolha do AD</p> <p>garantir que no AD a opção de convite a apenas uma entidade é objectivamente justificado</p>	<p>O CHMT procura adotar o concurso público como procedimento regra. O CHMT adere a vários acordos quadro, para além daqueles a que esta vinculado.</p> <p>A fundamentação da escolha do tipo de procedimento fica arquivada junto do processo. O CHMT tem procurado enviar convite a mais do que uma entidade nos casos de procedimento por AD (situação dificilmente ultrapassável nos fornecedores exclusivos, ou na compra de algum equipamento, por questões de compatibilidade entre equipamentos/aplicações informáticas e manutenções)</p>	CA Logística

1.8.2 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DE STOCKS

O Serviço de Gestão Logística e referido com Logística ou SGL. A sigla Aav refere-se a armazém avançado.

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco		
1	Otimizar os níveis de stock	E, O	excesso de recursos investido em stock	1	3	Mod.	<p>manter o controlo dos valores em stocks, revendo periodicamente os níveis definidos</p> <p>revisão dos pontos de reposição dos artigos nos Aav</p> <p>revisão dos pontos de encomenda na sequência da revisão dos pontos de reposição</p>	<p>Foi concluído o projeto de implementação dos armazéns avançados de medicamentos e consumo clínico.</p> <p>Na sequência da centralização dos armazéns gerais/farmácia e da conclusão dos AAV, procedeu-se à revisão geral do mestre de artigos, reduzindo-se o n.º de artigos (com exceção de alguns artigos do MCC).</p> <p>Revisão dos pontos de encomenda em função dos pontos de reposição dos armazéns avançados.</p> <p>Promoveu-se a transferência de artigos entre AAV.</p>
				2	2	Mod.	<p>implementar uma política regular de abates</p>	<p>realizados os abates no final do ano dos artigos que foram sendo separados para abate ao longo do ano. Comunicação às Finanças conforme a lei.</p>
				2	2	Mod.	<p>garantir o controlo de prazos de validade</p>	<p>Os serviços procuram controlar os produtos fora de prazo ou com prazo a terminar. Alguns fornecedores recolhem o artigo e substituem quando o prazo se aproxima do término, desde que devidamente informados.</p>
							<p>conclusão da implementação dos Aav</p>	

Codigo	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grav. Risco			
2	A valorização das quantidades em existências correspondem às constantes nos registos contabilísticos	R, C	distorções materiais das demonstrações financeiras	1	2	Baixo	<p>Validar mensalmente a integração dos ficheiros da aplicação de gestão de materiais no SIDC. Ao longo dos anos o CHMT tem procurado insistir junto da empresa fornecedora da aplicação a adaptação da aplicação de forma a integrar as NC e rapéis na valorização das existências.</p>	<p>Garantida a reconciliação mensal de valor de existências entre o SIDC e a CPC. A valorização das NC / rapplel é contabilizada no SIDC e não na CPC, não afetando os valores das existências nem dos consumos por serviços. Divergência de regularização de existências entre aplicações CPC/SIDC justificada pelo hiato de tempo entre o registo de regularização na CPC, a ratificação da autorização pelo CA e o registo na contabilidade.</p>	Logística S. Financeiro
							<p>garantir que a cada movimento físico no armazém está associado o correspondem registo na aplicação de gestão de materiais</p>	<p>O SQL procura garantir que não existem saídas/entradas de artigos no armazém central sem o devido registo. Verificadas insuficiências de comunicação entre PDA dos Aav e CCP, dificultando a transmissão de dados e a correta atualização de movimentos e stock dos AAV</p>	Resp. Armazém
							conclusão da implementação dos Aav	<p>Concluído o projeto de implementação dos armazéns avançados de medicamentos e consumo clínico.</p>	CA, Logística, Farmácia
							<p>Manutenção das portas de acesso aos armazéns fechadas e controladas. Garantir que a equipa da Farmácia mantém fechada à chave a sala de dispensa de medicação em ambulatorio</p>	<p>os armazéns centrais gerais e da Farmácia procuram garantir que as portas de acesso se mantêm fechadas para facilitar o controlo de acessos. A Farmácia tem particular atenção à zona de cedência de medicação na Unid Abrantes, localizada junto ao acesso ao armazém. Sensibilizar os serviços assistenciais para a necessidade de controlar o acesso aos seus AAV e procurar manter as portas fechadas.</p>	Logística e Farmácia
3	optimização do layout dos armazéns e da arrumação dos espaços e artigos	E, O	instalações de armazenagem inadequadas falta de condições de segurança dos artigos armazenados	2	3	Elev.	<p>será realizado investimento de beneficiação do espaço para garantir uma melhor arrumação, circulação e manuseamento e segurança dos artigos arrumados</p>	<p>A equipa do arm.central procura ter os artigos arrumados para otimizar o espaço. Existe projeto para ampliação do armazém geral, mas ainda não houve condições financeiras para avançar com a obra. Como solução de arrumação recorre-se ao espaço aberto da antiga cozinha (desativada), de fácil acesso. Arrumam-se aqui artigos em embalagens de grande volume, procurando manter as paletes fechadas para mais facilmente controlar.</p>	Logística e Farmácia

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco			
4	Optimização do circuito de distribuição de artigos pelos serviços	E, O	rotura de stocks nos serviços	2	3	Elev.	<p>revisão dos circuitos de distribuição para abastecimento dos Aav dos serviços com vista a otimizar circuitos, após estar concluída a implementação de todos os Aav</p> <p>manter o controlo dos valores em stocks, revendo periodicamente os níveis definidos</p>	<p>Planeamento anual de compras de artigos atempado, procurando garantir as necessidades dos serviços.</p> <p>Controlo anual de stocks, de níveis de reposição, pontos de encomenda. Transferências entre Aav.</p>	<p>Logística e Farmácia</p> <p>Logística e Farmácia</p>
				1	2	Mod.	<p>melhorar o planeamento de compras em função dos meros financeiros disponíveis.</p> <p>proceder à realização de inventários intercalares e anuais</p> <p>Reforçar o controlo dos Aav e implementar mecanismos de auditorias periódicas e adequada regularização de existências.</p>	<p>Procedimento de auditorias intercalares aos Aav pelos serviços utilizadores.</p> <p>Inventários anuais a todos os artigos de todos os armazéns.</p> <p>Não foi possível realizar inventários intercalares ao arm.geral.</p>	<p>Logística</p> <p>Logística e Farmácia</p> <p>Logística, Farmácia e serviços</p>

1.8.3 MATRIZ DE RISCO – RECURSOS HUMANOS

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	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	Fraco	garantir a atualização permanente dos dados mestres dos colaboradores	Objetivo contínuo. É enviado anualmente mail a todos os colaboradores a renovar a necessidade de procederem à atualização das informações do cadastro.	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	3	Mod.	Continuar a melhorar os procedimentos de controlo de gestão de horários e encerramento de salários. Atualização da norma / regulamento de gestão de horários	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.ª elemento controlo.	RH
3	Utilização de critérios de recrutamento que assegurem os princípios da igualdade de oportunidades, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade.	C	Indefinição do perfil do pessoal a contratar. Dificuldade em recrutar pessoal sem formação adequada ao desempenho das funções. favorecimento de candidato(s) / tráfico de influências	1	2	Fraco	Mantém-se o objetivo para 2014	Os procedimentos de recrutamento e seleção são precedidos por um extenso processo de fundamentação e pela autorização prévia do membro do Governo. É garantido o anúncio prévio e o processo de recrutamento nos processos iniciados no SRH.	CA RH

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	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	2	3	Elev.	Definição atividade adicional com base num modelo que esgote a capacidade de produção em horário normal e de acordo com uma gestão adequada da LIC	A produção adicional definida na contratualização interna procura balancear a produção base do serviço.	CA Dir.Clinica
							Mantém-se o objetivo para 2014. Aperfeiçoamento do modelo de cálculo da capacidade de produção subjacente à definição da produção do serviço	Garantidos os controlos de sobreposição da atividade SIGIC com o cumprimento do horário normal. Regularizadas as situações de sobreposição identificadas.	CA Informática
			minimizar o uso de influências e/ou atalhos inadequados para obter vantagens próprias	2	2	Mod.	Manutenção do objetivo para 2014. Implementação dos ajustes à remuneração decorrentes das alterações legislativas	Elaborados contratos de comissão de serviço (2013/16) 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.	CA

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grau de Risco			
5	Garantir que são pagas as horas suplementares autorizadas e realizadas de acordo com as dotações de cobertura de escalas definidas	O, C	validação para processamento e autorização de pagamento de horas extra / prevenção para processamento superiores às necessárias para garantir as escalas aprovadas	2	2	Mod.	<p>Manutenção do objetivo para 2014.</p> <p>Continuar a melhorar a gestão de pessoal.</p> <p>Avaliar a necessidade de redefinir as dotações na RISI</p>	<p>Foram pagas as horas extra/prevenção de acordo com as escalas planeadas pelos ACR/REH.</p> <p>Valores processados são autorizados pelo CA.</p> <p>O controlo das dotações das escalas ainda não está a ser garantido na RISI.</p> <p>Carecem de definição superior para serem carregadas na aplicação.</p>	<p>direção clínica;</p> <p>direção de urgência e RH</p>
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	2	2	Mod.	<p>Continuar os desenvolvimentos da aplicação de forma a permitir continuar a melhorar o processo de controlo, nomeadamente, controlo de "picagens" manuais, controlo de assiduidade de médicos com dupla modalidade de vinculação</p>	<p>Implementados controlos internos para controlar as picagens potencialmente sobrepostas de colaboradores (médicos) com dupla vinculação.</p> <p>Garantidos os controlos ao encerramento mensal de horários que suportam o processamento de salários, quer aos níveis de ACR/REH, quer ao nível do SRH.</p>	<p>CA</p> <p>RH</p>

1.8.4 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DA PRODUÇÃO

Código	Objetivo	Tipo	Avaliação de Risco		Controlos / Medidas 2B1.4	Sintomas 200a	Responsável
			Prob. Color.	Grav. de Impacto no SCO			
1	Optimizar a capacidade instalada	E, O	2	3	<p>Contratar prestadores de serviços para garantir escalas sem esgotar as horas disponíveis dos horários médicos</p> <p>Continuar a aperfeiçoar os mecanismos de controlo. Desenvolver ferramentas que permitam automatizar o controlo da afetação dos horários às atividades. Criar mecanismos que permitam ao Dep. Urgência controlar os saldos de horas disponíveis de cada empresa na altura do planeamento de escalas.</p>	<p>O Dep. Urgência centraliza a elaboração e gestão das escalas de urgência. Recebe dos vários serviços as escalas previstas com os turnos normais e extraordinários que os médicos da equipa disponibilizam. Alguns serviços fazem a afiliação com as empresas prestadoras e enviam a escala com os turnos dos médicos prestadores preenchidos. A Direção de Departamento de Urgência faz a centralização das escalas propostas e verifica os turnos que ficam por assegurar, contactando as empresas para procurar completar as escalas. Dos problemas relatados destacam-se as faltas dos médicos prestadores sem pré-aviso ou sem ser em tempo oportuno, sendo que nalguns casos, a empresa não indica o médico que substitui. A Direção da Urgência procura adotar diligências para procurar preencher a escala, mas já tem ocorrido não conseguir completar a escala, significando que os turnos são feitos abaixo da dotação necessária.</p>	<p>CA, Dir. Clínica, Dir. Urgência, Serviço Clínicos, Logística</p>
			1	3	<p>Contratualizar atividade adicional sem esgotar a capacidade de produção resultante dos horários base</p> <p>Desenvolver mecanismos que permitam automatizar a gestão da afetação dos horários médicos às atividades. Após estes desenvolvimentos será possível automatizar o controlo da produção que deveria ser realizada com base nos horários e em rádios de produção pré-definidos.</p>	<p>Não foi possível desenvolver automatismos através da RISI para controlar a afetação dos horários médicos às atividades. No entanto, foi tida atenção aos horários médicos praticados aquando da negociação da atividade do serviço, tendo por base indicadores de produtividade por linha de produção/especialidade.</p>	<p>Dir. Clínica</p>
2	garantir cobrança, isenção e dispensa de taxas moderadoras conforme a lei	C, O	2	3	<p>sobreposição de atividade adicional com cumprimento de horário normal, trab.extra ou prestação serviços</p> <p>melhorar os pontos de controlo dos médicos com dupla modalidade de vinculação</p>	<p>Os pagamentos da atividade adicional foram sujeitos ao controlo automatizado da realização de cirurgias em sobreposição de horário. As situações de sobreposição não foram remuneradas.</p>	<p>UNGIC Informática</p>
			1	3	<p>aplicação inadequada de isenções / dispensa de taxas</p> <p>sensibilização para cobrança dos valores das taxas moderadoras de acordo com a lei</p>	<p>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.</p>	<p>Gestão de Doentes, Serv. Financeiro</p>
			1	3	<p>cobrança insuficiente de taxas</p> <p>acompanhamento sistemático da situação de valores cobrados e por receber.</p>	<p>Aguarda-se a implementação do projeto de pagamento por referência multibanco.</p>	<p>Formalização de procedimentos sem desenvolvimento</p>
			1	3	<p>recepção de taxas moderadoras</p> <p>formalização dos circuitos de recepção das taxas nas três Unidades e dos pontos de controlo</p>		

Codigo	Objetiva	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável	
				Prob. Oc. /	Impacto	Grau de Risco				
3	Controlar os exames realizados no exterior	O	conferência de faturas de exames não solicitados, não realizados ou pedidos indevidamente	1	3	Mod.	Automatizar o pedido de realização de medt no exterior a partir do Clínico, evitando a intervenção do administrativo.	Foi automatizado o pedido de TR a partir do Clínico sem intervenção do secretariado.	Informática	
							criar ponto de controlo pelo prescritor na aplicação dos TR para confirmar a recepção dos relatórios dos exames pedidos, que deve preceder a sua efetivação	sem desenvolvimento	Informática	
							formalizar os procedimentos de conferência de faturas	sem desenvolvimento	Serv. Financeiro	
4	garantir o adequado e atempado registo da atividade assistencial	R, C	perda de informação relevante para efeitos de faturação	2	3	Elev.	envio para o exterior de exames que possam ser realizados no Centro	criar ponto de controlo na aplicação dos TR para avaliar a capacidade interna de resposta pela direção do serviço	sem desenvolvimento	CA Informática
				1	3	Mod.		garantir o adequado e atempado registo de toda a informação assistencial	Realizadas ações informais e continuas para garantia dos registos da atividade. O S&D tem um procedimento interno de controlar os episódios que não têm EPR e n.º beneficiário associado de forma a corrigir erros futuros na faturação.	Gestão de Doentes

1.8.5 MATRIZ DE RISCO – PLANEAMENTO E CONTROLO DE GESTÃO

Código	Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco			Controlos / Medidas 2014	Situação 2014	Responsável
				Prob. Ocor.	Impacto	Grão de Risco			
1	Cumprir dos prazos para reporte da informação	R, F	Não cumprimentos dos prazos de envio dos Mapas SICA e Relatório mensal para SES Aplicação de penalizações financeiras	1	3	Mod	Manter e equipa do PCG com pelo menos dois elementos integrados na função, de forma a garantir o cumprimento dos prazos de reporte.	Houve uma rotatividade elevada de elementos da equipa, com saída de dois técnicos que estavam integrados no serviço. Integração de novo técnico no final de 2014. Envio mensal do SICA e do RADEF em cumprimento dos prazos.	PCG
2	Garantir a monitorização atempada da informação de gestão necessária ao acompanhamento das metas contratualizadas com a Tutela e com os serviços	R, F	deteção tardia de desvios face às metas contratualizadas	2	3	Elev	análise mensal de desvios e reporte interno e externo com sinalização das situações mais críticas garantir a adequabilidade do modelo de monitorização com os objetivos definidos	Enviada informação de talhada para as direções de serviço e para as direções de departamento.	CA PCG
3	Garantir o apoio ao CA na elaboração dos principais documentos de planeamento	E, R, F	ineficiente consolidação das metas negociadas internamente e desvio face aos objetivos globais fraca integração entre as várias peças orçamentais (plano de produção, compras, RH, orçamento anual e plurianual)	1	3	Mod	garantir o apoio ao CA na elaboração dos vários documentos de planeamento anual e plurianual, garantindo a consistência com a contratualização interna	descentralização das metas de produção pelos serviços procurando alcançar os volumes de produção contratados com a Tutela. Contratualização interna para a área cirúrgica concluída em dez/13 e da área médica no início de 2014.	CA PCG

1.8.6 MATRIZ DE RISCO – GESTÃO DO PATRIMÓNIO

Objetivo	Tipo	Evento / Risco	Avaliação de Risco		Controlos / medidas 20014	Situação 2014	Responsável
			Prob. Ocor.	Impacto			
Utilização adequada e segurança física de bens públicos	O, C	<p>Extravio de bens por causa humana</p> <p>Transferência de bens entre diferentes salas e pisos (localizações) sem comunicação e atualização do inventário</p> <p>Apropriação/ utilização indevida de bens públicos, designadamente para fins privados</p>	1	3	<p>Verificação periódica de bens</p> <p>Controlo da utilização dos bens e do destino dado aos mesmos</p> <p>Implementação de medidas de controlo permanente, designadamente de entrada e saída de bens da localização original</p>	<p>O Serviço de Património controla a entrega de bens adquiridos, ficando com a declaração do serviço que recebe o equipamento. Não consegue garantir que no caso de movimentação de bens entre serviços, as transferências sejam todas comunicadas ao Património. Verificação periódica de bens condicionada por insuficiência de elementos na equipa.</p>	<p>Património</p> <p>Responsável de cada serviço</p>
			Mod				
Abates	O	<p>Bem abatido continuar nos serviços/abates sem autorização</p> <p>Utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período que decorre até à sua eliminação física</p>	1	2	<p>Realização de conferências físicas periódicas, para verificar se os bens abatidos ainda se encontram no local; 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</p>	<p>O Serviço de Património garante a existência de autorização de todos os bens abatidos, e que os mesmos foram isolados em local de acesso restrito.</p> <p>A saída de dois elementos da equipa que não foram substituídos condiciona a verificação física regular dos bens</p>	<p>Património</p>
			1	2			