

ii. Este plano deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo Serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica.

f) Passagem de turno:

i. Cada passagem de turno, pelo risco de perda de comunicação inerente, deve ser feita verbalmente a partir da informação atualizada e mantida em registos clínicos;

ii. Deve existir consignado no horário dos profissionais tempo de sobreposição para este momento crítico.

g) Transferência inter-hospitalar:

i. O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo;

ii. Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o ao SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência;

iii. As situações mais comuns e antecipáveis de transferência inter-hospitalar devem estar previstas na carta de Rede de Referênciação;

h) Equipamento:

i. Cumprimento do equipamento mínimo definido no presente diploma, segundo o nível de responsabilidade do SU;

i) Informação:

i. Deve haver, em cada SU, acesso a fontes e bibliografia relevantes de informação técnica médica em formato eletrónico;

j) Controlo de qualidade:

i. Todos os SU devem assegurar funções de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a performance do Serviço, baseando-se nomeadamente nos Indicadores de Qualidade.

4. A monitorização do acesso, qualidade e desempenho do SIEM deve ser realizada através de Indicadores de Qualidade, que obedecem aos seguintes objetivos:

a) Compatibilidade com os sistemas de informação, atualmente, utilizados nas Instituições de Saúde em Portugal ou, no mínimo, facilmente implementáveis, informando de forma contínua e automática a partir destes sistemas de informação;

b) Refletir áreas Clínicas com significativo “peso” da doença (incidência, prevalência e custos associados) e que tenham sido contempladas no Plano Nacional de Saúde, Programas Prioritários ou demais documentos estratégicos internacionais, nacionais ou regionais relevantes;

c) Permitir monitorizar processos e resultados, incluindo resultados clínicos e os que se relacionam com a perspetiva do doente;

d) Permitir a vigilância epidemiológica, a geração de sinal atempado e o acionamento de planos de readequação de recursos e de respostas a nível institucional e de saúde pública;

e) Ser abrangente, permitindo monitorizar os aspetos mais relevantes da saúde na área da Urgência/Emergência;

f) Refletir o grau de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, os Sistemas de Atendimento Telefónico, o Sistema de Emergência Pré-hospitalar e o Sistema Hospitalar de Urgência;

g) Ser relevante, respondendo às principais questões/necessidades dos utilizadores;

h) Serem orientadores, não descrevendo apenas a situação atual mas apontar possíveis direções de melhoria (meta, objetivo);

i) Ser sinérgico, utilizar, partilhar informação e garantir a comparabilidade com a informação de outros Sistemas e Organizações (EUROSTAT, OCDE, NICE, TARN, e outros);

j) Refletir o desenvolvimento da acessibilidade, qualidade e desempenho do SIEM e das suas unidades, através do seu histórico e da proposta de metas progressivamente mais ambiciosas;

k) Ser um instrumento útil para a comparação do desempenho entre unidades, a identificação de boas-práticas e benchmarking.

5. Os Indicadores de Qualidade devem estar incorporados num painel nacional de indicadores estável, mas atualizável, definido pela DGS com a colaboração da ACSS, das ARS e do INEM, onde conste, a sua designação, objetivos, forma de cálculo, situações de exceção, padrão mínimo e meta.

6. São base de consideração de indicadores para o painel nacional, os propostos pela CRRNEU.

7. Os Indicadores de Qualidade constantes no painel nacional devem integrar o sistema de monitorização trimestral do Serviço Nacional de Saúde, da responsabilidade da ACSS, assegurando a sua publicação regular e acessibilidade ao cidadão e aos profissionais de saúde.

8. Cada ARS e cada instituição pode desenvolver, adicionalmente, Indicadores de Qualidade próprios, que deverão ser mantidos públicos e atualizados em página da internet própria, da responsabilidade da instituição proponente.

9. A avaliação das unidades integrantes do SIEM, refletida no cumprimento dos critérios mínimos, na evolução dos seus indicadores e desempenho, na posição relativa às restantes unidades comparáveis, na proposta de novas metas e de estratégias de desenvolvimento, a integrar nos planos e relatórios de atividades anuais, é da responsabilidade:

a) Ao nível institucional, das próprias instituições;

b) Ao nível regional, das ARS, que deverão refletir a evolução do desempenho dos SU sobre sua responsabilidade;

c) Ao nível nacional, do INEM, no relativo ao Sistema de Emergência Pré-hospitalar e da articulação com o Sistema Hospitalar de Urgência da ACSS e da DGS, no relativo ao desempenho da gestão e da qualidade clínica, respetivamente.

Artigo 23º

Norma transitória

1. Os SU devem, até de 30 de junho de 2015, concluir a adaptação necessária ao disposto no presente despacho.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, os SU dispõem do prazo de 3 anos a contar da data da entrada em vigor do presente despacho, para dispor de profissionais nas equipas de atendimento com a formação mínima completa prevista no artigo 21º, com exceção do reconhecimento de competências por parte das Ordens Profissionais, cujo prazo para o reconhecimento é de 5 anos.

Artigo 24º

Norma revogatória

1. São revogados:

a) O Despacho nº 18 459/2006, de 30 de julho, alterado pelo Despacho nº 24 681 /2006, de 25 de outubro;

b) O Despacho nº 727/2007, de 18 de dezembro de 2006.

2. São ainda revogadas todas as disposições contrárias ao disposto no presente despacho.

Artigo 25º

Entrada em vigor

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

25 de julho de 2014. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

208005532

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Aviso n.º 9178/2014

Nos termos do n.º 3 do artigo 146.º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, dá-se conhecimento de que foi celebrada a 25 de julho de 2014, entre a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., uma adenda, para o período entre 1 de janeiro de 31 de dezembro de 2014, ao contrato-programa em vigor entre tais entidades, a qual foi objeto de aprovação por parte dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde em 21 de julho de 2014 e em 30 de dezembro de 2013, respetivamente. O valor global máximo do contrato-programa, para o ano de 2014, é de € 34.689.000,00, ao qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

30 de julho de 2014. — O Presidente do Conselho Diretivo, *João Carvalho das Neves*.

208009331

Louvor n.º 438/2014

A Dr.ª Sandra Maria Pereira Rebelo do Carmo Parreira de Figueiredo Neto cessou as funções de coordenadora da Unidade de Regimes de Trabalho e Exercício Profissional (URT), do Departamento de Gestão e