

# Unidade de Saúde da Ilha do Faial

## Relatório de Gestão 2023



**Horta**

**Março de 2024**

## Índice

1- INTRODUÇÃO.....	5
2- CARACTERIZAÇÃO DA USIFAIAL.....	7
3- CONTEXTO ORGANIZACIONAL.....	9
a) Organograma Funcional Nominativo de Dirigentes e Chefias Intermédias .....	9
b) Organograma Completo .....	10
4 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO.....	11
a) Caraterização da População .....	11
b) Inscritos na USIFaial.....	11
c) População Abrangida.....	12
d) População com e sem Médico de Família .....	13
5 - CARTEIRA DE SERVIÇOS .....	14
6 - OBJETIVOS E METAS.....	16
a) Objetivos Gerais 2023.....	16
b) QUAR .....	16
7 – DESEMPENHO FINANCEIRO .....	21
Análise Orçamental.....	21
Análise Económica e Financeira.....	26
8 - DESEMPENHO OPERACIONAL.....	34
a) Indicadores contratualizados.....	34
i. Contratualização Externa .....	34
ii. Contratualização Interna.....	35
b) Processos Assistenciais .....	37
i. Situações de doença aguda.....	37
ii. Grupos vulneráveis, de risco e de multimorbilidade .....	38

iii.	Rastreios oncológicos (ROCCA, ROCMA, ROCRA, PICOA) .....	41
iv.	Vigilância do doente em contexto domiciliário (doença aguda e programada/preventiva) 42	
v.	Outros serviços e atividades assistenciais .....	42
vi.	Serviço Social .....	43
c)	Processos de Suporte .....	44
i.	Mudança para o Novo Edifício .....	44
ii.	Secretariado Clínico e Deslocação de Doentes .....	44
iii.	Aprovisionamento e Armazém .....	46
iv.	Património e Serviço e Instalações e Equipamentos .....	47
v.	Gestão Financeira .....	49
vi.	Área de Pessoal, Expediente e Arquivo (e outras valências) .....	50
vii.	Gabinete do Utente .....	52
viii.	Risco e Segurança .....	52
d)	Resultados Finais .....	62
9 -	RECURSOS HUMANOS .....	64
a)	Situação Atual .....	64
b)	Avaliação de Desempenho .....	67
c)	Formação .....	67
10 -	EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS .....	71
11 -	INSTRUMENTOS PARA GERIR E PROMOVER A QUALIDADE .....	73
a)	Gestão da Qualidade e Certificação .....	73
b)	Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude .....	74
12-	CONCLUSÃO .....	78
13 -	SIGLAS .....	79
14 –	ANEXOS .....	81
	ANEXO I - CONTRATO DE GESTÃO PLURIANUAL 2022-2024 .....	82
	ANEXO II - ACORDO MODIFICATIVO 2023 .....	92
	ANEXO III - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO (QUAR) 2023 .....	98



## 1- INTRODUÇÃO

O presente documento pretende apresentar os resultados da atividade desenvolvida na Unidade de Saúde da Ilha do Faial (doravante designada por USIFaial) no ano de 2023, para o qual foram definidas as seguintes linhas orientadoras:

- Recuperar as atividades assistenciais que constam da carteira de serviços, dando especial foco à programação de respostas às necessidades de grupos de risco e minimizando ao máximo interferências decorrentes do processo de mudança para o novo edifício;
- Promover a abertura de novos concursos nomeadamente Médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar de forma a colmatar as necessidades existentes;
- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde para a necessidade de recuperar a atividade assistencial e melhorar os resultados assistenciais (Núcleos de Saúde Familiar);
- Concretizar o processo de mudança para o novo edifício da USIFaial;
- Envolver toda a organização para a continuidade do processo de melhoria contínua, da Cultura da Qualidade e da Segurança, de modo a garantir a manutenção da Certificação e o cumprimento dos normativos em vigor.

Para a elaboração do presente Relatório de Atividades e de Gestão 2023 foram envolvidos os dirigentes, as chefias e os responsáveis de áreas/equipas das seguintes áreas/equipas:

- Aprovisionamento E Armazém;
- Área Financeira;
- Conduta E Corrupção;
- Gestão da Qualidade;
- Núcleo de Formação;
- Organização dos Processos de Deslocação de Doentes;
- Risco E Segurança;
- Equipa do Risco e Segurança;
- Serviço Social e Gabinete do Utente;
- Património E Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo;
- Secretariado Clínico.

Além dos contributos acima referidos o Conselho de Administração teve o apoio da equipa afeta ao Gabinete de Gestão da Qualidade e do coordenador da Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados.

O Relatório de Atividades e de Gestão 2023 depois de aprovado será enviado à tutela e disponibilizado na intranet e no site oficial da USIFaial (<https://usifaial.saude.azores.gov.pt>).

Horta, 27 de março 2024

O Conselho de Administração,

Dr. Andy Rodrigues

Dra. Nídia Neves Faria

Enf<sup>a</sup>. Maria Manuela Oliveira

## 2- CARACTERIZAÇÃO DA USIFAIAL

A USIFaial é uma pessoa coletiva de direito público, contribuinte fiscal n.º 510 183 085, com sede social em Estrada Príncipe Alberto do Mónaco, Freguesia da Matriz, Concelho da Horta, Ilha do Faial, sendo por isso um organismo dotado de autonomia administrativa e financeira, sujeita à tutela da Secretaria Regional da Saúde e do Desporto.

Criada em janeiro de 2011, a USIFaial é constituída por um Centro de Saúde e abrange toda a ilha do Faial. A sua orgânica decorre do Decreto Regulamentar Regional nº3/2011/A, de 28 de janeiro.

A Carta de Missão e Valores da USIFaial (aprovada pelo Conselho de Administração em 7 de julho de 2022) demonstra o compromisso desta instituição para com os profissionais e os seus utentes e é orientada por critérios de qualidade, eficácia e eficiência, simplificação de procedimentos, cooperação, comunicação eficaz e aproximação ao cidadão. A USIFaial é uma organização de prestação de Cuidados de Saúde Primários, que integra o Serviço Regional de Saúde.

Na sua Carta de Missão e Valores o Conselho de Administração expressa a vontade de alcançar um elevado nível ético, promovendo a sua divulgação interna e externa, de forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público.

### *Missão*

A **missão** da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipas multidisciplinares, de modo que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.

O objetivo das Equipas é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado **nível ético**, de forma **cortês e profissional**, com **rigor e qualidade técnico-científica**; utilizando as **boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais**.

### *Visão*

A nossa **visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando** com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

## Valores

Como **valores** das Equipas salientamos os seguintes:

- **Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relacionam, interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação:** traçar caminhos inovadores para criação de valores nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade, Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade e Urbanidade, por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

## Objetivos

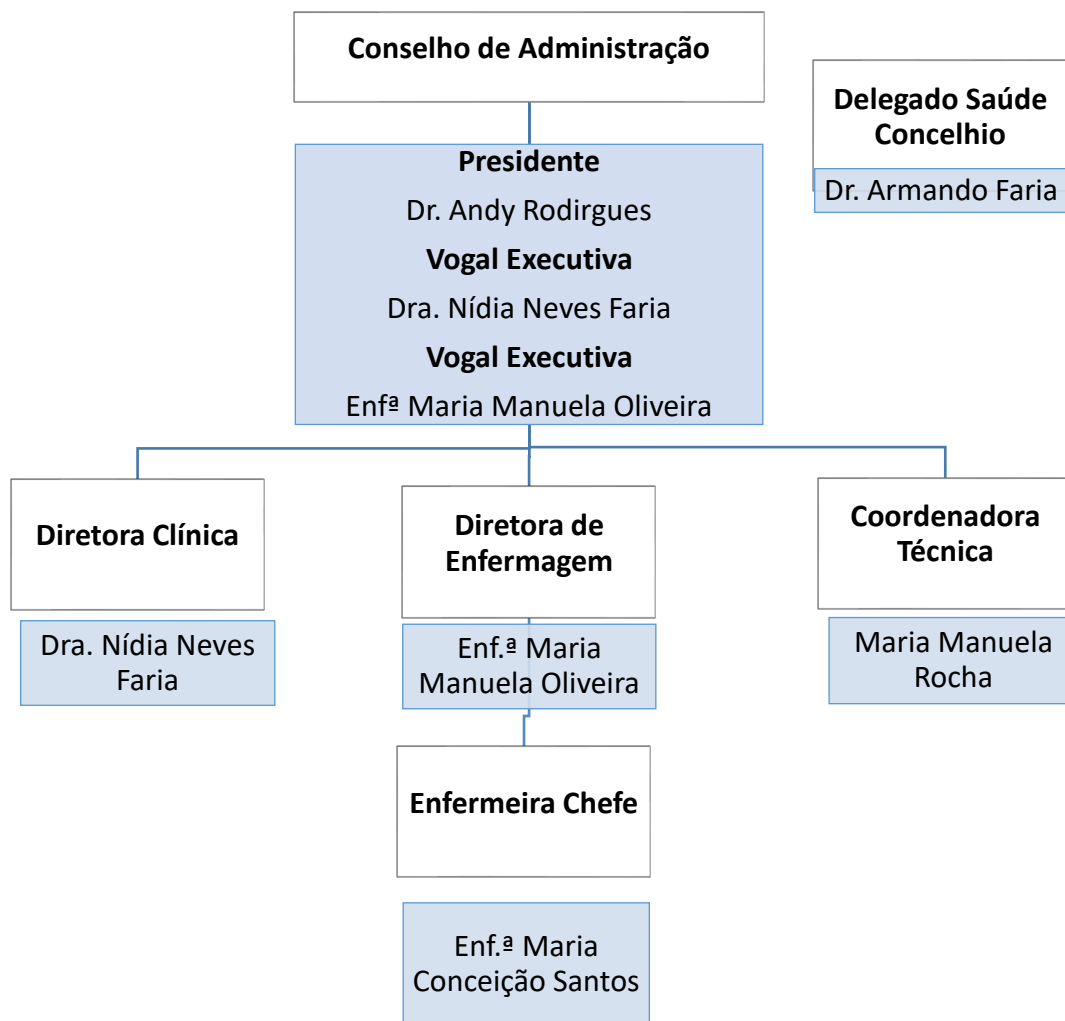
O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

1. Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
2. Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e as várias entidades e parceiros;
3. Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

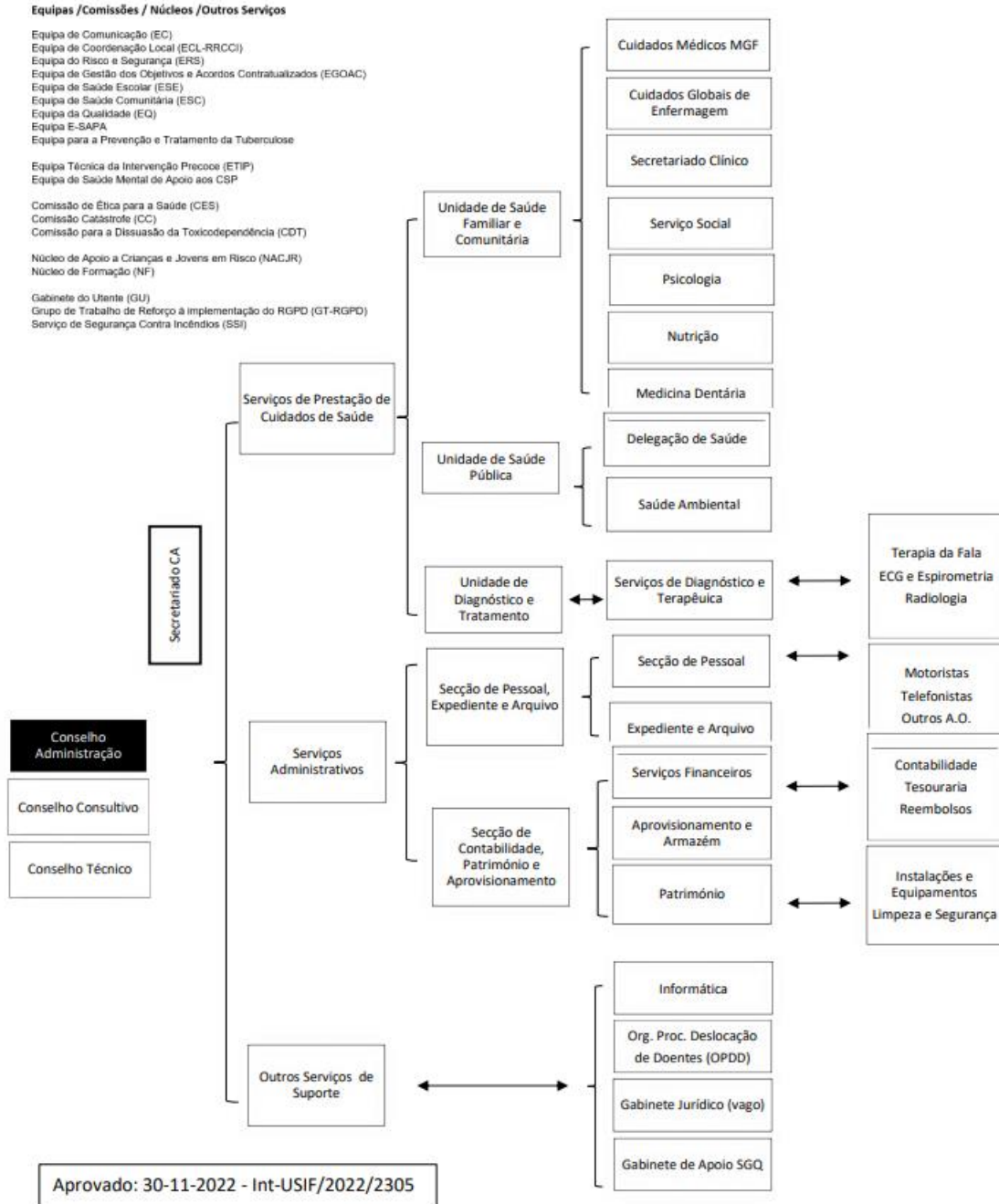


### 3- CONTEXTO ORGANIZACIONAL

#### a) Organograma Funcional Nominativo de Dirigentes e Chefias Intermédias



b) Organograma Completo



## 4 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO

### a) Caracterização da População

Segundo os dados mais recentes do INE, a população residente nos Açores diminuiu até 2021, tendo-se invertido em 2022, tendência seguida na ilha do Faial

Estimativas da População Residente	Anos				
	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Açores</b>	<b>242 846</b>	<b>242 823</b>	<b>242 497</b>	<b>236 413</b>	<b>239942</b>
Ilha do Faial	14 542	14 532	14 482	14 331	14423

Fonte: INE / 2023

Esta diminuição poderá ser explicada por consecutivos saldos naturais negativos, resultantes da diminuição de nascimentos, mas também por aumento da mortalidade, eventualmente relacionada com o envelhecimento da população.

Saldo Natural	2020			2021			2022		
	Nados vivos	Óbitos	Saldo	Nados vivos	Óbitos	Saldo	Nados vivos	Óbitos	Saldo
<b>Açores</b>	<b>2 102</b>	<b>2 439</b>	<b>-337</b>	<b>2 043</b>	<b>2 365</b>	<b>-322</b>	<b>2068</b>	<b>2710</b>	<b>-642</b>
Ilha do Faial	103	154	-51	110	191	-81	112	171	-59

Fonte: INE / 2023

### b) Inscritos na USIFaial

Relativamente ao número de inscritos, verifica-se que é superior ao número de residentes disponibilizado pelo INE, o que poderá estar relacionado com o fluxo de inscritos que residam em tempo parcial no Faial.

Ao inverso da população inscrita, as unidades ponderadas aumentam por vida do envelhecimento da população, podendo-se inferir por este aspeto a necessidade crescente de cuidados de saúde nos vários níveis de prevenção incluindo o tratamento e a reabilitação.

Grupos etários	2021		2022		2023	
	Inscritos	UP*	Inscritos	UP*	Inscritos	UP*
0 aos 6	812	1 218	829	1 244	807	1 211
7 aos 64	11 280	11 280	11 283	11 283	11 223	11 223
65 aos 74	1 719	3 438	1 718	3 436	1 732	3 464
75 e + anos	1 313	3 282	1 370	3 425	1 410	3 525
<b>Total</b>	<b>15 124</b>	<b>19 218</b>	<b>15 200</b>	<b>19 388</b>	<b>15 172</b>	<b>19 423</b>

\*UP – Unidades Ponderadas, de acordo com n.º 4 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho e os dados SISA de a 31/12/2023.

### c) População Abrangida

A população abrangida é constituída pelos residentes no Faial e inscritos, bem como por utentes esporádicos, com maior expressão na primavera e verão. Esta sazonalidade está diretamente relacionada com o turismo e com o histórico e consolidado movimento de iates que encontram abrigo na marina da Horta.

População Abrangida		Dezembro 2022	Dezembro 2023
Utentes Inscritos	Com Médico de Família	12 630	9427
	Sem Médico de Família por opção	74	104
	Sem Médico de Família	2520	5658
	<b>Total</b>	<b>15 224</b>	<b>15 189</b>
Cidadãos Residentes*		14 331	14 423
N.º de Famílias*		5449	

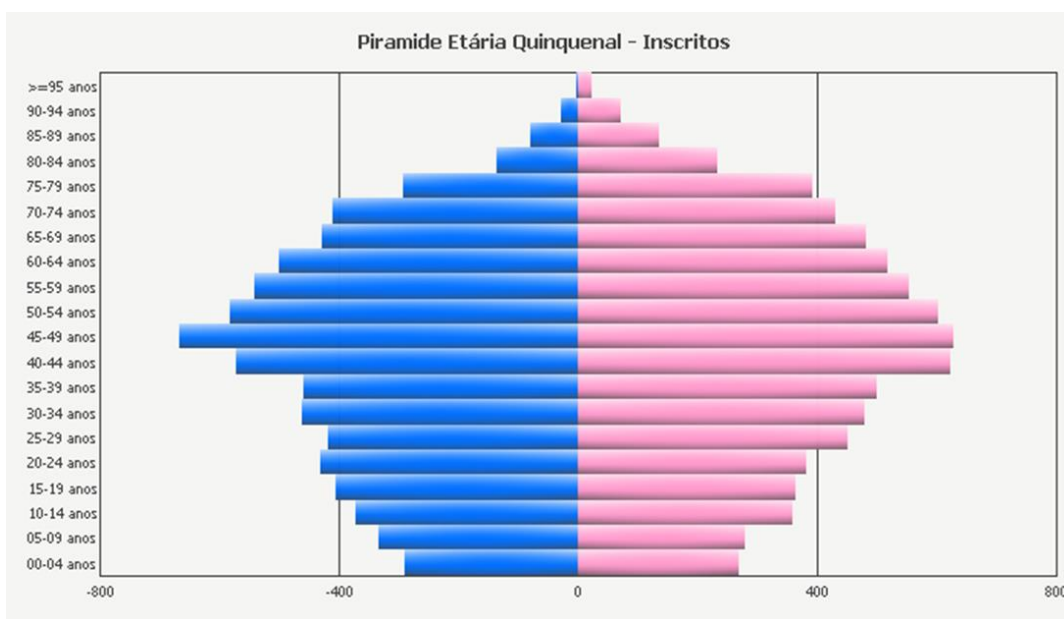
Fonte: SISA – Sistema Integrado de Saúde dos Açores e INE\* Censos 2021

A população inscrita na USIFaial é de 15.189 utentes, como se observa no quadro infra. É uma população envelhecida por estreitamento da base, conforme pirâmide etária quinquenal, sendo o número de nascimentos de 111 em 2023.

**Quadro - População inscrita na USIFaial**

Grupo Etário	Género		Total
	Homem	Mulher	
>=95	4	21	25
90-94	29	70	99
85-89	81	136	217
80-84	137	233	370
75-79	294	392	686
70-74	411	430	841
65-69	429	482	911
60-64	502	518	1 020
55-59	542	553	1 095
50-54	582	601	1 183
45-49	668	627	1 286
40-44	574	622	1 196
35-39	459	498	957
30-34	463	478	941
25-29	418	451	869
20-24	432	380	812
15-19	406	362	768
10-14	373	357	730
05-09	334	279	613
00-04	292	269	561
<b>Total</b>	<b>7 430</b>	<b>7 759</b>	<b>15 189</b>

FIGURA 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USIFAIAL (2023)



d) População com e sem Médico de Família

A 31 de dezembro de 2023, o número de utentes sem Médico de Família ascendia a 5658, o que representa 36,46 % dos inscritos na USIFaial.

A distribuição de inscritos na USIFaial por Médico de Família/NSF é como consta do quadro.

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DE UTENTES POR NSF

Núcleo de Saúde Familiar		Nº Utentes
NSF1		1 833
NSF3		1637
NSF4		692
NSF7		1 757
NSF8		1769
NSF9		1 739
NSF2	Sem Médico de Família	5658
NSF5		
NSF6		
Sem Médico de Família por opção		104
<b>Total</b>		<b>15 189</b>

## 5 - CARTEIRA DE SERVIÇOS

### Consultas:

- Cessação Tabágica (médicas e/ou enfermagem);
- Consulta Complementar (médicas);
- Diabetes Mellitus (enfermagem e /ou médicas);
- Medicina Dentária (Médicos dentistas);
- Nutrição (Nutricionistas);
- Planeamento Familiar (enfermagem e/ou médicas);
- Psicologia (Psicólogas);
- Risco Cardiovascular/Hipertensão Arterial (enfermagem e/ou médicas);
- Saúde da Mulher (enfermagem e/ou médicas);
- Saúde do Adulto (médicas);
- Saúde Infanto-Juvenil- (enfermagem e/ou médicas, e medicina dentária nos Exames Globais de Saúde (EGS);
- Saúde Materna (enfermagem e/ou médicas);
- Terapia da Fala;
- Viajante (Delegado de Saúde).

### Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

- Eletrocardiogramas;
- Espirometrias;
- Raio X convencional (parceria com o Hospital da Horta).

### Outros serviços clínicos:

- Cuidados de Enfermagem;
- Vacinação.

### Prestação de serviços nos domicílios:

- Cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros profissionais de saúde);

### Prestação de serviços nas extensões de saúde:

- Cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros profissionais de saúde).

---

### Outros serviços:

- Intervenção Precoce;
- Serviço Social;
- Gabinete do Utente;
- Deslocação de Doentes;
- Reembolsos de Despesas Médicas;
- Apoios diversificados prestados por equipas multidisciplinares para a continuidade assistencial:
  - Comissão de Dissuasão à Toxicodependência;
  - Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco;
  - Grupo de Apoio aos Cuidadores Informais.

### Sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) – mediante prescrição médica:

- Artigos de Incontinência para adulto;
- Auxiliares de terapêutica respiratória e circulatória;
- Produtos de apoio para a higiene pessoal;
- Produtos de apoio relacionados com a alimentação;
- Produtos de apoio para utentes acamados.

## 6 - OBJETIVOS E METAS

### a) Objetivos Gerais 2023

Como referido anteriormente os grandes objetivos/linhas orientadoras para 2023 forma os seguintes:

- Recuperar as atividades assistenciais que constam da carteira de serviços, dando especial foco à programação de respostas às necessidades de grupos de risco e minimizando ao máximo interferências decorrentes do processo de mudança para o novo edifício;
- Promover a abertura de novos concursos nomeadamente Médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar de forma a colmatar as necessidades existentes;
- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde para a necessidade de recuperar a atividade assistencial e melhorar os resultados assistenciais (Núcleos de Saúde Familiar);
- Concretizar o processo de mudança para o novo edifício da USIFaial;
- Envolver toda a organização para a continuidade do processo de melhoria contínua, da Cultura da Qualidade e da Segurança, de modo a garantir a manutenção da Certificação e o cumprimento dos normativos em vigor.

### b) QUAR

O Programa do XIII Governo dos Açores e os diferentes instrumentos de gestão, entre eles o Contrato de Gestão 2022 - 2024, e em particular a Carta de Compromisso 2023, servem de base à definição dos objetivos estratégicos que constam do QUAR 2023 (anexo II).

#### Objetivos Estratégicos (OE) – Plurianuais

- OE1 - Desenvolver estratégias prioritárias de intervenção nas principais co-morbilidades de saúde que afetam os Faialenses;
- OE2 - Melhorar as ferramentas de promover e gerir a qualidade;
- OE3 - Preparar a Unidade de Saúde para o novo edifício com impacto mínimo na prestação de cuidados de saúde;
- OE4 - Garantir metodologias e instrumentos de apoio à gestão que promovam a melhoria do desempenho e da eficiência.

#### Objetivos Operacionais (OO) – Anuais

Objetivos operacionais de eficácia:



---

**OO1 – Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial****Indicadores:**

- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI DM;
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI RCV;  
Apesar das melhorias nos resultados de alguns indicadores verifica-se que em nenhum dos mesmos não se atingiram as metas definidas para 2023. Salienta-se a necessidade de sensibilizar os profissionais para mudança de paradigma na vigilância dos utentes com risco cardiovascular da área de abrangência da unidade.
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI POA;
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SIJ e PAI FCIP;
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SM;
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE PF;
- ✓ Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI ACA;
- ✓ Aumentar o número Consultas de Psicologia;
- ✓ Percentagem de utentes rastreados no PICCOA.

**OO2 – Garantir o planeamento e acompanhamento das atividades prioritárias****Indicadores:**

- ✓ Taxa de execução do plano de atividades;
- ✓ Taxa de cumprimento das datas do plano de atividades.

**Objetivos operacionais de eficiência:****OO3 - Gerir eficazmente o orçamento da USIFAIAL****Indicador:**

- ✓ Taxa de execução financeira do orçamento;

**OO4 – Garantir o cumprimento dos indicadores contratualizados externamente****Indicadores:**

- ✓ Cumprimento dos indicadores contratualizados externamente para o ano 2023;
- ✓ Garantir eficazmente o cumprimento dos indicadores contratualizados afetos ao financiamento.

#### OO5 - Gestão da Mudança para o novo edifício

Indicador:

- ✓ Garantir as ações necessárias para a mudança de instalações conforme previsto nos planos de trabalho

Objetivos operacionais de qualidade:

#### OO6 - Garantir as existências das ferramentas de gestão da qualidade

Indicadores:

- ✓ Sistema de Controlo Interno;
- ✓ Plano de Gestão Riscos e Infrações Conexas.

#### OO7 - Implementação de ações de melhoria /corretivas implementadas

Indicador:

- ✓ Percentagem de ações de melhoria /corretivas implementadas (controlo pelo GAQ)

#### OO8 - Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial

Indicador:

- ✓ Aumentar n.º de consultas médicas presenciais realizadas (MGF)

#### OO9 - Promover e desenvolver competências de gestão, administração/qualidade

Indicador:

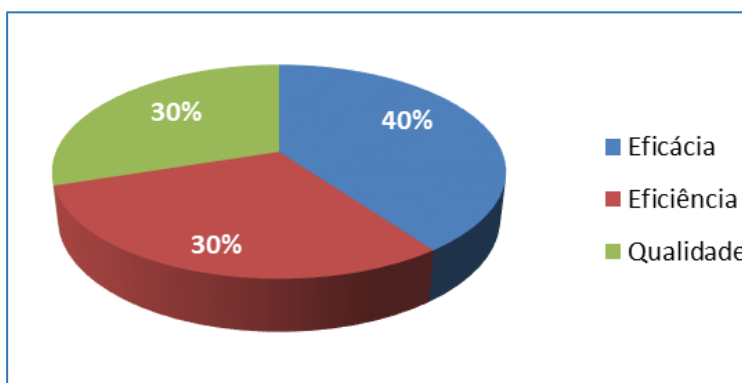
- ✓ Aumentar as competências para colaboradores/dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade.

Da análise efetuada a 31 de dezembro de 2023, aos resultados dos 20 indicadores dos Objetivos Operacionais do Quar 2023, verifica-se que:

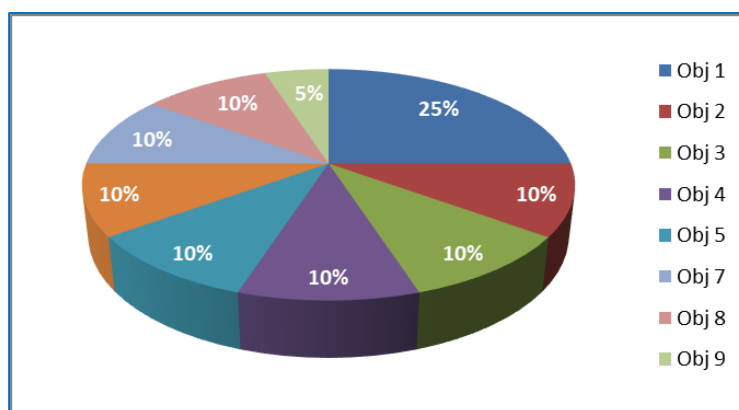
- ✓ 70 % foram atingidos;
- ✓ 30% não foram atingidos.

Dos objetivos atingidos, 64% foram superados sendo que a taxa de execução final foi de 71%.

Quadro – Peso de cada tipo de objetivo no resultado final



Quadro – Peso de cada objetivo operacional no resultado final



Quadro - Resultados dos Indicadores do QUAR 2023

Objetivos Estratégicos	Objetivos Operacionais	Tipo	Indicadores	Metas	Resultado	
OE1	OO1	EFICÁCIA	MELHORAR OS RESULTADOS DOS INDICADORES RELACIONADOS COM OS PROCESSOS ASSISTENCIAIS	1	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI DM	50% / 63% / Superado
			2	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI RCV	50% / 0% / Não Atingido	
			3	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI POA	50% / 29% / Não Atingido	
			4	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SIJ e FCIP	50% / 86% / Superado	
			5	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SM	50% / 60% / Superado	
			6	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE PF	50% / 83% / Atingido	
			7	Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com o PAI Asma da Criança e do Adulto	50% / 50% / Atingido	
			8	Aumentar o número de consultas de Psicologia (Cons. PSI)	10% / 33% / Superado	
			9	Percentagem de utentes rastreados no PICCOA	63% / 38% / Não Atingido	
OE4	OO2		GARANTIR O PLANEAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES PRIORITÁRIAS	10	Taxa de execução do plano de atividades	75% / 76% / Atingido
			11	Taxa de cumprimento das datas do plano de atividades	75% / 100% / Superado	

Objetivos Estratégicos	Objetivos Operacionais	Tipo	Indicadores	Metas	Resultado
OE4	OO3	EFICIÊNCIA	12	Taxa de execução financeira do orçamento	80% / 91% / Superado
OE4	OO4		13	Cumprimento dos indicadores contratualizados externamente para o ano 2023	50% / 39% / Não Atingido
			14	Garantir eficazmente o cumprimento dos indicadores contratualizados afetos ao financiamento	75% / 95% / Superado
OE3	OO5		15	Garantir as ações necessárias para a mudança de instalações conforme previsto nos planos de trabalhos	90% / 100% / Superado

Objetivos Estratégicos	Objetivos Operacionais	Tipo	Indicadores	Metas	Resultado
OE2	OO6	QUALIDADE	16	Sistema de Controlo Interno	100% / 70% / Não Atingido
			17	Instrumentos de Corrupção e Fraude	100% / 100% / Superado
OE2	OO7		18	Percentagem de ações de melhoria/corretivas implementadas	75% / 79% / Atingido
OE1; OE4	OO8		19	Aumentar o número de consultas médicas presenciais realizadas (MGF)	5% / -12% / Não Atingido
OE4	OO9		20	Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade	100% / 100% / Superado

Quadro - Taxa de Realização dos Indicadores do QUAR 2023

Tipo	Objetivos operacionais	Indicadores	Taxa de Realização	Desvio
EFICÁCIA	OO1	1	63%	13%
		2	0	-50%
		3	29%	-21%
		4	86%	36%
		5	60%	10%
		6	83%	33%
		7	50%	0
		8	33%	23%
		9	38%	-25%
EFICIÊNCIA	OO2	10	76%	1%
		11	100%	25%
	OO3	12	91%	11%
EFICIÊNCIA	OO4	13	39%	-11%
		14	95%	20%
QUALIDADE	OO5	15	100%	10%
	OO6	16	70%	-30%
		17	100%	0
	OO7	18	79%	4%
	OO8	19	-12%	-17%
OO9	20	100%	0%	

## 7 – DESEMPENHO FINANCEIRO

De seguida será apresentada uma análise orçamental e financeira da Instituição.

### Análise Orçamental

O valor do orçamento proposto e aprovado para a USIFaial para o exercício de 2023, publicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2023/A, foi de 6.054.400 EUR. Este valor inclui as transferências da Região Autónoma dos Açores, no montante de 6.050.000 EUR e as receitas próprias no valor de 4.400 EUR.

A este, acresce um reforço orçamental de 20.000 EUR, a dívida da Região Autónoma dos Açores, correspondente aos duodécimos que ficaram por pagar nos anos de 2021 e 2022, no valor global de 1.584.208 EUR, os valores correspondentes ao Plano de Investimentos em equipamentos para o novo edifício no montante de 181.334 EUR e, o saldo de gerência de 2022 no valor de 140.937 EUR.

O orçamento final de 2023 cifrou-se nos 7.980.879 EUR tendo sido efetuadas 15 Alterações Orçamentais. A execução orçamental atingiu os 70,39% (compromissos assumidos e pagos) e física 91%.

Comparando o orçamento inicial aprovado com o de 2022, verifica-se um decréscimo na ordem dos 616.010 EUR o que em termos percentuais corresponde a um decréscimo de 10%.

Orçamento Inicial	Orçamento Corrigido	Receita Cobrada	Despesa Paga	Saldo de Gerência	
6 054 400,00 €	7 980 879,00 €	6 398 767,31 €	6 241 310,77 €	157 455,50 €	2023
6 670 410,00 €	7 958 273,00 €	6 267 704,95 €	6 126 768,99 €	140 935,96 €	2022
↓ -10,2%	↑ 0,3%	↑ 2,0%	↑ 1,8%	↑ 10,5%	

Nos quadros seguintes é possível analisarmos, e compararmos, a origem e aplicação das fontes de financiamento do orçamento para 2023. Assim,

Comparativo do orçamento por fonte de financiamento

Fontes de Financiamento	2022					2023					Variação 2023 / 2022	
	Orç. Inicial (OI)	%	Orç. Corrigido (OC)	%	Δ OI/OC	Orç. Inicial (OI)	%	Orç. Corrigido (OC)	%	Δ OI/OC	OC (€)	OC (%)
311/310 - RG não afetas a prj. cofinanciados	6.664.610,00 €	99,9%	7.935.110,00 €	99,7%	19,1%	6.050.000,00 €	99,9%	7.945.499,00 €	99,6%	31,3%	10.389,00 €	0,1%
483/31Z - Plano de Recuperação e Resiliência	0,00 €		17.363,00 €			0,00 €		30.980,00 €	0,4%		13.617,00 €	78,4%
500 - RP não afetas a prj. cofinanciados	5.800,00 €	0,1%	5.800,00 €	0,1%	0,0%	4.400,00 €	0,1%	4.400,00 €	0,1%	0,0%	-1.400,00 €	-24,1%
<b>TOTAL</b>	<b>6.670.410,00 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.958.273,00 €</b>	<b>99,8%</b>	<b>19,3%</b>	<b>6.054.400,00 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.980.879,00 €</b>	<b>99,6%</b>	<b>31,8%</b>	<b>22.606,00 €</b>	<b>0,3%</b>

O *orçamento corrigido* ascendeu a 7.980.879 EUR, o que corresponde a uma variação absoluta de 1.926.479 EUR (32%) face ao *orçamento inicial* aprovado.

## Origem de Fundos

Em 2023, a receita cobrada foi de 6.257.830 EUR, representando um grau de execução do orçamento face ao *orçamento do ano* na ordem dos 80%, um acréscimo de 2 p.p. comparativamente a 2022. O *saldo de gerência integrado no ano* foi de 140.937 EUR perfazendo uma receita cobrada total de 6.398.767 EUR e um grau de execução global do orçamento da receita de 82%.

Comparativamente ao ano precedente, verifica-se um aumento da *receita cobrada do ano* de 257.030 EUR (4%).

## Execução da receita por tipo de receita

Tipo de Receita	2022				2023				2022/2023	
	Orçamento do Ano	Orçamento Disponível	Receita Cobrada no Ano	Grau de Execução	Orçamento do Ano	Orçamento Disponível	Receita Cobrada no Ano	Grau de Execução	Δ Receita cobrada no ano (€)	Δ Receita cobrada no ano (%)
	(OA)	(OD)	Ano		(OA)	(OD)	Ano			
Transf. da RAA - Administ. Regional	7 531 425,00 €	7 328 623,20 €	5 946 927,59 €	79,0%	7 654 808,00 €	7 501 704,04 €	6 070 771,14 €	79,3%	123 843,55 €	2,0%
Taxas, multas e outras penalidades	1 500,00 €	1 500,00 €	1 170,00 €	78,0%	1 500,00 €	1 500,00 €	1 525,00 €	101,7%	355,00 €	23,3%
Vendas de bens e serviços correntes	3 700,00 €	3 700,00 €	2 339,59 €	63,2%	2 200,00 €	2 200,00 €	2 562,96 €	116,5%	223,37 €	8,7%
Outras receitas correntes	100,00 €	100,00 €	0,00 €		100,00 €	100,00 €	1 637,21 €	1637,2%	1 637,21 €	
Receitas de Capital - Trf. RAA - Adm. Reg.	154 643,00 €	154 643,00 €	50 363,00 €	32,6%	181 334,00 €	181 334,00 €	181 334,00 €	100,0%	130 971,00 €	72,2%
Saldo de Gerência		266 904,77 €				140 935,96 €		0,0%		
<b>Total Tipo de Receita</b>	<b>7 691 368,00 €</b>	<b>7 755 470,97 €</b>	<b>6 000 800,18 €</b>	<b>78,0%</b>	<b>7 839 942,00 €</b>	<b>7 827 774,00 €</b>	<b>6 257 830,31 €</b>	<b>79,8%</b>	<b>257 030,13 €</b>	<b>4,1%</b>

As **Transferências da Administração** Regional constituem uma origem de fundos estrutural no quadro do sistema de financiamento da Saúde na Região. Em 2023, o financiamento orçamental direto da Região ascendeu a 6.252.105 EUR que corresponde a 99,9% da receita cobrada pela USIFaial.

A receita cobrada de **Taxas multas e outras penalidades** obteve um acréscimo de 23% face a 2022, da **Vendas de bens e serviços correntes** 9% e das **Receitas de Capital** de 72%.

## Aplicação de Fundos

### Execução da despesa por tipo de despesa

Tipo de Despesa	2022						2023						2022/2023	
	Orçamento	Saldo de	Cativos	Orçamento	Despesa	Grau	Orçamento	Saldo de	Cativos	Orçamento	Despesa	Grau	Δ Despesa	Δ Despesa
	do Ano	Gerência	Legais/	Disponível	Paga	de	do Ano	Gerência	Legais/	Disponível	Paga	de	paga	paga
	(OA)	Anterior	Congelamentos	(OD)		Execução	(OA)	Anterior	Congelamentos	(OD)		Execução	(€)	(%)
Despesas com o pessoal	3 259 980,00 €			3 259 980,00 €	2 952 186,87 €	90,6%	3 191 434,00 €			3 191 434,00 €	3 067 818,29 €	96,1%	115 631,42 €	3,8%
Aquisição de bens e serviços correntes	4 053 843,43 €	266 904,77 €	202 801,80 €	4 117 946,40 €	3 138 118,28 €	76,2%	4 570 630,00 €	140 935,96 €	136 584,96 €	4 574 981,00 €	3 032 445,00 €	66,3%	-105 673,28 €	-3,5%
Juros e outros encargos	27 000,00 €			27 000,00 €	14 463,76 €	53,6%	22 840,00 €			22 840,00 €	19 783,06 €	86,6%	5 319,30 €	26,9%
Transferências correntes - Famílias	17 500,00 €			17 500,00 €	14 158,80 €	80,9%	2 000,00 €			2 000,00 €	0,00 €	n.d.	-14 158,80 €	100,0%
Outras despesas correntes	1 100,00 €			1 100,00 €	1 190,74 €	108,2%	2 800,00 €			2 800,00 €	1 859,42 €	66,4%	668,68 €	36,0%
Investimento	129 143,00 €			129 143,00 €	6 650,54 €	5,1%	191 175,00 €			191 175,00 €	119 405,00 €	62,5%	112 754,46 €	94,4%
<b>Total Tipo de Despesa</b>	<b>7 488 566,43 €</b>	<b>266 904,77 €</b>	<b>202 801,80 €</b>	<b>7 552 669,40 €</b>	<b>6 126 768,99 €</b>	<b>81,1%</b>	<b>7 980 879,00 €</b>	<b>140 935,96 €</b>	<b>136 584,96 €</b>	<b>7 985 230,00 €</b>	<b>6 241 310,77 €</b>	<b>78,2%</b>	<b>114 541,78 €</b>	<b>1,8%</b>

A **despesa paga** ascendeu a 6.241.310 EUR, correspondendo a um grau de execução de 79,5% quando comparado com o “**orçamento do ano**” (exclui saldo de gerência integrado) e de 79,6% quando comparada com o “**orçamento disponível**” (orçamento do ano + saldo de gerência – cativos). A verba cativada, no montante de 136.585 EUR, referente a 6% do orçamento da USIFaial em aquisições de bens e serviços, não foi totalmente descativada.

Em 2023 verificou-se um crescimento total da **despesa paga** de 114.542 EUR o que representa 1,8%. Este crescimento deveu-se ao aumento das **Despesas com o pessoal** no montante de 115.631 EUR (3,8%), dos **juros e outros encargos** no montante de 5.319 EUR (26,9%), das **outras despesas correntes** no



montante de 668 EUR (36%) e, o **investimento** no montante de 112.754 EUR (94,4%). Por sua vez, as rubricas de **aquisição de bens e serviços correntes** e, **transferências correntes – famílias** registaram um decréscimo no montante de 105.673 EUR (3,5%) e 14.158 EUR (100%) respetivamente.

## Resultados da Execução Orçamental

De acordo com a execução orçamental de 2023, o “*saldo de gerência*” do exercício ascende a 155 455 EUR.

### Execução saldo orçamental por fonte de financiamento

Fontes de Financiamento	Orçamento	Receita	Saldo de Gerência	Receita	Grau de	Despesa	Grau de	Saldo de
	Corrigido	do Ano	Anterior	Total	execução	Paga	execução	Gerência
	(1)	(2)	(3)	4=2+3	5=4/1	(6)	7=6/1	8=4-6
310 - Estado Receitas Gerais (RG) não afetas a projetos	7 945 499,00 €	6 147 269,00 €	140 935,96 €	6 288 204,96 €	79,1%	6 210 407,19 €	78,2%	77 797,77 €
500 - Receita Própria (RP) não afeta a projetos cofinanc	4 400,00 €	6 496,31 €		6 496,31 €	147,6%	0,00 €	0,0%	6 496,31 €
31Z - PRR - Açores	30 980,00 €	104 065,00 €		104 065,00 €	335,9%	30 903,58 €	99,8%	73 161,42 €
<b>TOTAL</b>	<b>7 980 879,00 €</b>	<b>6 257 830,31 €</b>	<b>140 935,96 €</b>	<b>6 398 766,27 €</b>	<b>80,2%</b>	<b>6 241 310,77 €</b>	<b>78,2%</b>	<b>157 455,50 €</b>

## Análise Económica e Financeira

### Situação Financeira

A estrutura patrimonial da Instituição é como se apresenta no quadro seguinte:

#### Estrutura patrimonial

Aplicações de Fundos	2023	Origens de Fundos	2023
Ativo Fixo	184 086,45 €	Capitais Permanentes	610 240,34 €
Ativo Circulante	1 897 344,08 €	Capitais Alheios	1 472 360,37 €
Acréscimos e Dif. (Ativo)	1 170,18 €	Acréscimos e Dif. (Passivo)	0,00 €
	2 082 600,71 €		2 082 600,71 €

#### Estrutura do ativo

Ativo	2023	Estrutura	2022
Ativos fixos	184.086,45 €	8,8%	112.372,54 €
Investimentos Financeiros	0,00 €	0,0%	0,00 €
Inventários e Dívidas de Terceiros	1.739.888,58 €	83,5%	1.875.236,32 €
Disponibilidades	157.455,50 €	7,6%	140.935,96 €
Acréscimos e Diferimentos	1.170,18 €	0,1%	1.147,97 €
<b>TOTAL</b>	<b>2.082.600,71 €</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.129.692,79 €</b>

Na ótica patrimonial, o **ativo líquido** da USIFaial situou-se nos 2.082.600,71 EUR euros, apresentando uma diminuição de 2% quando comparado com 2022.

O **ativo fixo** (ativos fixos e investimentos financeiros) ascende a 184.086,4554 euros e representa 9% do **ativo total**. O aumento verificado nesta rubrica é fruto das aquisições de equipamentos realizadas para o edifício novo da USIFaial.

O **ativo circulante** ascende a 1.897.344,08 EUR representando 91% do ativo total.

As **disponibilidades** a 31 de dezembro de 2023 assumem um peso de 8% na estrutura do ativo e totalizam 157.455,50 EUR, correspondendo ao saldo de gerência para 2024.

## Estrutura dos fundos próprios e passivo

Fundos Próprios e Passivo	2023	Estrutura	2022
<b>Fundos Próprios</b>	610 240,34 €	29,3%	657 571,51 €
Património	46 947,14 €	2,3%	46 947,14 €
Outras variações no Patrim. Líquido	1 627 658,23 €	78,2%	1 627 658,23 €
Resultados Transitados	-671 171,36 €	-32,2%	-1 934 555,08 €
Resultado Líquido do Exercício	-393 193,67 €	-18,9%	917 521,22 €
<b>Passivo</b>	1 472 360,37 €	70,7%	1 472 121,28 €
Provisões	0,00 €	0,0%	0,00 €
Dívidas a Terceiros	1 027 782,76 €	49,4%	1 041 246,66 €
Acréscimos e Diferimentos	444 577,61 €	21,3%	430 874,62 €
<b>TOTAL</b>	2 082 600,71 €	100,0%	2 129 692,79 €

O valor dos **“fundos próprios”** é de 610.240,34 EUR inferior ao de 2022 em 47.331,17 EUR. Esta diferença é explicada pelos resultados obtidos nos exercícios de 2023 e 2022.

O **passivo** a 31 de dezembro de 2023 ascende a 1.027.782,76 euros, um decréscimo de 13.463 EUR quando comparado com o exercício de 2022.

## Situação Económica

## Análise dos Rendimentos

## Rendimentos

RENDIMENTOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
IMPOSTOS CONTRIBUIÇÕES E TAXAS	1 170,00 €	1 525,00 €	-355,00 €	23,3%
VENDAS	149,57 €	151,83 €	-2,26 €	1,5%
PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	673,50 €	2 141,70 €	-1 468,20 €	68,6%
VARIAÇÕES NOS INVENTÁRIOS DA PRODUÇÃO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TRABALHOS P/PRÓPRIA ENTIDADE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TRANSF. E SUBSÍDIOS CORR. OBTIDOS	7 062 115,59 €	6 148 325,14 €	913 790,45 €	-14,9%
REVERSÕES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
GANHOS POR AUMENTO DE JUSTO VALOR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
OUTROS RENDIMENTOS E GANHOS	58 429,69 €	54 629,68 €	3 800,01 €	-7,0%
JUROS, DIVIDENDOS E OUTROS REND. SIMILARES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
<b>TOTAL RENDIMENTOS</b>	7 122 538,35 €	6 206 773,35 €	915 765,00 €	-14,8%

Em 2023 o total de *rendimentos* da USIFaial ascendeu a 6.206.773 EUR, um decréscimo de 915.765 EUR (13%) relativamente ao ano precedente. Esta diminuição deveu-se sobretudo à diminuição das *Transferências e subsídios correntes obtidos* no montante de 913.790 EUR. As restantes rubricas de rendimentos apresentam variações imateriais.

#### Prestações de serviços e concessões

PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
TAXAS	1.170,00 €	1.525,00 €	355,00 €	30,3%
PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	673,50 €	2.141,70 €	1.468,20 €	218,0%
<b>TOTAL PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES</b>	<b>1.843,50 €</b>	<b>3.666,70 €</b>	<b>1.823,20 €</b>	<b>98,9%</b>

As prestações de serviços e concessões apresentam um crescimento na ordem dos 99% quando comparados com o exercício de 2022. No entanto, em termos absolutos, a variação é de apenas 1.823 EUR.

#### Transferências e subsídios correntes obtidos

TRANSFERÊNCIAS E SUBS. CORRENTES OBTIDOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
Transferências - Tesouro	6 940 855,00 €	6 070 000,00 €	870 855,00 €	-14,3%
Outras transferências correntes obtidas	120 980,00 €	77 554,00 €	43 426,00 €	-56,0%
Subsídio Social Mobilidade	280,59 €	771,14 €	-490,55 €	63,6%
<b>TOTALTRANSFERÊNCIAS E SUBS. CORRENTES OBTIDOS</b>	<b>7 062 115,59 €</b>	<b>6 148 325,14 €</b>	<b>913 790,45 €</b>	<b>-14,9%</b>

No que concerne às transferências e subsídios obtidos, verifica-se um decréscimo, em valor absoluto na ordem dos 913.790 EUR o que corresponde a uma diminuição de 14,9%.

#### Outros rendimentos

OUTROS RENDIMENTOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
OUTROS RENDIMENTOS SUPLEMENTARES MONETÁRIOS	1.257,16 €	1.626,36 €	369,20 €	29,4%
GANHOS EM INVENTÁRIOS - SOBRAS	2.072,05 €	165,93 €	-1.906,12 €	-92,0%
OUTROS GANHOS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SINISTROS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
CORREÇÕES RELATIVAS A PERÍODOS ANTERIORES	15.345,69 €	14.268,19 €	-1.077,50 €	-7,0%
INUTAÇÃO DE SUBSÍDIOS E TRANSFERÊNCIAS	39.754,79 €	0,00 €	-39.754,79 €	-100,0%
OUTROS NÃO ESPECIFICADOS	0,00 €	38.569,20 €	38.569,20 €	100,0%
<b>TOTAL OUTROS RENDIMENTOS</b>	<b>58.429,69 €</b>	<b>54.629,68 €</b>	<b>3.800,01 €</b>	<b>-7,0%</b>

A rubrica de outros rendimentos apresentou um decréscimo de 7% o que corresponde, em valor absoluto a uma diminuição da mesma em 3.800 EUR. Nesta rubrica 2 pontos a relatar, a *Imputação de subsídios e transferências*, com um decréscimo de 100% dado já ter sido reconhecido na sua totalidade o subsídio em 2022 e, o acréscimo na rubrica de *outros não especificados*, no montante de 38. 569 EUR, que são o

reconhecimento do ganho com a anulação de dívida para com o Hospital da Horta conforme despacho do Governo Regional do Açores.

### Análise dos Gastos

Os gastos da USIFaial em 2023 totalizaram 6.581.530 EUR verificando-se, relativamente a 2022, um acréscimo de 374.491 EUR o que representa, em termos relativos um crescimento na ordem dos 6%.

#### Gastos

GASTOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
TRANSF. E SUBSÍDIOS CONCEDIDOS	14 158,80	973,38	-13 185,42 €	-93,1%
CUSTO DAS MERC. VEND. E MAT. CONS.	237 024,88 €	177 175,93 €	-59 848,95 €	-25,3%
FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	2 992 109,35 €	3 244 706,46 €	252 597,11 €	8,4%
GASTOS COM O PESSOAL	2 926 301,91 €	3 101 515,55 €	175 213,64 €	6,0%
GASTOS DE DEPRECIAÇÃO E AMORTIZAÇÃO	4 085,36 €	17 156,61 €	13 071,25 €	320,0%
PERDAS POR IMPARIDADE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PERDAS POR REDUÇÕES DE JUSTO VALOR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PREVISÕES DO PERÍODO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
OUTROS GASTOS	18 257,53 €	31 653,91 €	13 396,38 €	73,4%
GASTOS POR JUROS E OUTROS ENCARGOS	13 079,30 €	26 785,18 €	13 705,88 €	104,8%
<b>TOTAL DE GASTOS</b>	<b>6 205 017,13 €</b>	<b>6 599 967,02 €</b>	<b>394 949,89 €</b>	<b>6,0%</b>

A rubrica de **transferências e subsídios concedidos**, apresenta, em 2023, um decréscimo na ordem dos 93% relativamente ao ano anterior.

À semelhança da rubrica de anterior, também a rubrica de **custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas**, apresenta, em 2023, um decréscimo de 25% o que se traduz, em valor absoluto, menos 59.849 EUR que o valor verificado em 2022.

Já os **fornecimentos e serviços externos**, aumentaram 252.597 EUR (8%).

Contrariando as anteriores rubricas, os **gastos com pessoal**, que pela natureza da missão da USIFaial detêm tradicionalmente um peso decisivo na estrutura de custos (47%), registaram um crescimento de 6%. Totalizando 3.100.236 EUR contra os 2.926.302 EUR de 2022. Este aumento deve-se essencialmente a atualizações e reposicionamento de carreiras.

As **depreciações do exercício** registam um aumento de 320% (13.071 EUR). Este aumento é justificado pela aquisição dos novos materiais e equipamentos para o novo edifício desta Unidade de Saúde.

A rubrica **outros gastos** teve um aumento de 73%, totalizando 31.654 EUR.

Os **Gastos por juros e outros encargos**, respeita a juros suportados com a *Associação Nacional de Farmácias*, e apresenta um acréscimo de 105% o que equivale em termos absolutos a 13.706 EUR.

#### Custo das Matérias Vendidas Matérias Consumidas

CMVMC	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
MERCADORIAS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PRODUTOS FARMACÊUTICOS	165.516,27 €	126.436,73 €	-39.079,54 €	-23,6%
Medicamentos	105.111,47 €	105.221,70 €	110,23 €	0,1%
Reagentes e produtos de diagnóst rápido	51.924,30 €	5.568,57 €	-46.355,73 €	-89,3%
Outros produtos farmacêuticos	8.480,50 €	15.646,46 €	7.165,96 €	84,5%
MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO	57.832,51 €	37.482,37 €	-20.350,14 €	-35,2%
PRODUTOS ALIMENTARES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,0%
MATERIAL DE CONSUMO HOTELEIRO	4.081,06 €	4.044,92 €	-36,14 €	-0,9%
MATERIAL DE CONSUMO ADMINISTRATIVO	9.254,43 €	9.027,86 €	-226,57 €	-2,4%
MATERIAL DE MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO	219,66 €	82,82 €	-136,84 €	-62,3%
OUTRO MATERIAL DE CONSUMO	120,95 €	101,23 €	-19,72 €	-16,3%
<b>TOTAL DE CMCMC</b>	<b>237.024,88 €</b>	<b>177.175,93 €</b>	<b>-59.848,95 €</b>	<b>-25,3%</b>

O **CMVMC** decresceu 25% comparativamente a 2022, cifrando-se nos 177.176 EUR. Esta redução deve-se em especial à redução do consumo de *reagentes e produtos de diagnóstico rápido*, que registou um decréscimo em termos absolutos de 46.356 EUR (89%) e do consumo de material clínico no montante de 20.350 EUR (35%).

#### Fornecimentos e serviços externos

FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
SUBCONTRATOS E PARCERIAS	2.787.144,60 €	2.970.784,75 €	183.640,15 €	6,6%
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	78.094,90 €	143.960,15 €	65.865,25 €	84,3%
MATERIAIS DE CONSUMO	260,88 €	1.423,15 €	1.162,27 €	445,5%
ENERGIA E FLUÍDOS	24.714,48 €	19.337,52 €	-5.376,96 €	-21,8%
DESLOCAÇÕES ESTADAS E TRANSPORTES	14.679,94 €	16.660,20 €	1.980,26 €	13,5%
SERVIÇOS DIVERSOS	87.214,55 €	92.540,69 €	5.326,14 €	6,1%
<b>TOTAL FORNECIMENTOS E SERVIÇOS</b>	<b>2.992.109,35 €</b>	<b>3.244.706,46 €</b>	<b>252.597,11 €</b>	<b>8,4%</b>

O detalhe da rubrica de subcontratos é a que a seguir se apresenta:

## Rubrica de subcontratos

SUBCONTRATOS E PARCERIAS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
SC - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA	45 264,00 €	0,00 €	-45 264,00 €	-100%
SC - MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO	79 649,06 €	114 056,79 €	34 407,73 €	43,2%
SC - MCD - Patologia clínica	66 462,96 €	57 879,59 €	-8 583,37 €	-12,9%
SC - MCD - Anatomia Patológica	9 567,00 €	11 423,00 €	1 856,00 €	19,4%
SC - MCD - Radiologia convencional	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MCD - Tomografias axiais computadorizadas	0,00 €	25 569,90 €	25 569,90 €	100,0%
SC - MCD - Ecografias	0,00 €	8 988,45 €	8 988,45 €	100,0%
SC - MCD - Ressonâncias magnéticas	3 619,10 €	6 185,00 €	2 565,90 €	70,9%
SC - MCD - Cardiologia	0,00 €	4 010,85 €	4 010,85 €	100,0%
SC - MCD - Pneumologia/Imunoalergologia	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MCD - Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MEIOS COMPLEMENTARES TERAPÊUTICA	96 221,07 €	131 891,22 €	35 670,15 €	37,1%
SC - MCT - Medicina física e de reabilitação	234,40 €	1 087,50 €	853,10 €	364,0%
SC - MCT - Outros (oxigenoterapia)	95 986,67 €	130 803,72 €	34 817,05 €	36,3%
SC - PRODUTOS VENDIDOS POR FARMÁCIAS	2 110 610,90 €	2 152 946,69 €	42 335,79 €	2,0%
SC - PVF - Prescritos no SRS	1 675 537,03 €	1 649 883,28 €	-25 653,75 €	-1,5%
SC - PVF - Prescritos na privada	273 919,28 €	292 270,59 €	18 351,31 €	6,7%
SC - PVF - Controlo de diabetes	161 154,59 €	210 792,82 €	49 638,23 €	30,8%
SC - PVF - Em conferência	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - INTERNAMENTOS	379 579,23 €	480 525,18 €	100 945,95 €	26,6%
SC - Intern.- Cuidados Continuados	379 579,23 €	480 525,18 €	100 945,95 €	26,6%
SC - TRANSPORTE DE DOENTES	23 336,20 €	26 886,70 €	3 550,50 €	15,2%
SC - Bombeiros	0,00 €	271,40 €	271,40 €	0,0%
SC - TD - Transporte de doentes	16 301,00 €	18 360,62 €	2 059,62 €	12,6%
SC - TD - Outros transportes (diárias)	7 035,20 €	8 254,68 €	1 219,48 €	17,3%
SC - TRABALHOS EXECUTADOS NO EXTERIOR	52 484,14 €	64 478,17 €	11 994,03 €	22,9%
SC - TEE - REEMBOLSOS A UTENTES	52 484,14 €	64 478,17 €	11 994,03 €	22,9%
SC - TEE - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA	322,76 €	429,28 €	106,52 €	33,0%
SC - TEE - CONSULTAS/ESPECIALIDADES MÉDICO CIRÚRGICA	322,76 €	429,28 €	106,52 €	33,0%
SC - TEE - MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO	3 254,63 €	4 937,93 €	1 683,30 €	51,7%
SC - TEE - MCD - Patologia clínica	564,68 €	698,44 €	133,76 €	23,7%
SC - TEE - MCD - Anatomia patológica	126,49 €	335,37 €	208,88 €	165,1%
SC - TEE - MCD - Imagiologia	2 284,46 €	3 783,19 €	1 498,73 €	65,6%
SC - TEE - MCD - Cardiologia	24,70 €	68,34 €	43,64 €	176,7%
SC - TEE - MCD - Pneumologia	167,60 €	52,59 €	-115,01 €	-68,6%
SC - TEE - MCD - Otorrinolaringologia	86,70 €	0,00 €	-86,70 €	-100,0%
SC - TEE - MEIOS COMPLEMENTARES TERAPÊUTICA	17 119,94 €	21 595,04 €	4 475,10 €	26,1%
SC - TEE - MCT - Medicina física e reabilitação	5 506,56 €	8 240,71 €	2 734,15 €	49,7%
SC - TEE - MCT - Saúde oral	11 613,38 €	13 354,33 €	1 740,95 €	15,0%
SC - TEE - MCT - Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - TEE - APARELHOS COMPLEMENTARES DE TERAPÊUTICA	31 786,81 €	37 515,92 €	5 729,11 €	18,0%
SC - TEE - ASSISTÊNCIA NO ESTRANGEIRO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
<b>TOTAL SUBCONTRATOS E PARCERIAS</b>	<b>2 787 144,60 €</b>	<b>2 970 784,75 €</b>	<b>183 640,15 €</b>	<b>6,6%</b>

O crescimento verificado na rubrica **Subcontratos** é de 7% explica-se pela variação em várias rúbricas, conforme exposto no quadro supra.

## Evolução outros fornecimentos e serviços externos

OUTROS FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
<b>SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</b>	78.216,70 €	143.960,15 €	65.743,45 €	84,1%
Trabalhos especializados	8.137,70 €	82.666,88 €	74.529,18 €	915,9%
Publicidade, comunicação e imagem	859,98 €	434,90 €	-425,08 €	-49,4%
Vigilância e segurança	35.134,07 €	36.605,82 €	1.471,75 €	4,2%
Honorários	7.544,00 €	4.387,40 €	-3.156,60 €	-41,8%
Conservação e reparação	26.240,17 €	19.303,11 €	-6.937,06 €	-26,4%
Outros serviços especializados	300,78 €	562,04 €	261,26 €	86,9%
<b>MATERIAIS DE CONSUMO</b>	139,08 €	1.423,15 €	1.284,07 €	923,3%
Peças, ferramentas e utens. Desgaste rápido	0,00 €	328,65 €	328,65 €	100,0%
Livros e documentação técnica	114,50 €	461,20 €	346,70 €	302,8%
Outros materiais	24,58 €	633,30 €	608,72 €	2476,5%
<b>ENERGIA E FLUÍDOS</b>	24.714,48 €	19.337,52 €	-5.376,96 €	-21,8%
Eletricidade	17.199,32 €	13.759,22 €	-3.440,10 €	-20,0%
Combustíveis e lubrificantes	6.778,41 €	5.177,95 €	-1.600,46 €	-23,6%
Água	736,75 €	400,35 €	-336,40 €	-45,7%
Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
<b>DESLOCAÇÕES E ESTADAS E TRANSPORTES</b>	14.679,94 €	16.660,20 €	1.980,26 €	13,5%
Deslocações e estadas	12.927,23 €	16.036,88 €	3.109,65 €	24,1%
Transportes de pessoal	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Transportes de mercadorias e outros bens	1.311,26 €	623,32 €	-687,94 €	-52,5%
Outros	441,45 €	0,00 €	-441,45 €	-100,0%
<b>SERVIÇOS DIVERSOS</b>	87.214,55 €	92.540,69 €	5.326,14 €	6,1%
Comunicações	5.248,32 €	5.150,58 €	-97,74 €	-1,9%
Seguros	1.463,60 €	1.178,71 €	-284,89 €	-19,5%
Limpeza Higiene e Conforto	80.502,63 €	86.211,40 €	5.708,77 €	7,1%
Outros Serviços	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
<b>TOTAL OUTROS FORNECIMENTO DE SERVIÇOS</b>	<b>204.964,75 €</b>	<b>273.921,71 €</b>	<b>68.956,96 €</b>	<b>33,6%</b>

A rubrica de **Serviços especializados** apresentou um acréscimo de 84% o que se traduz em valor absoluto no montante de 65.743 EUR contribuindo para este resultado o crescimento da rubrica de *trabalhos especializados* com um crescimento de 74.529 EUR relativamente ao ano homólogo.

Os **Materiais de consumo**, verificaram igualmente um acréscimo, de 1284 EUR.

A **Energia e outros fluídos** registou uma diminuição na ordem dos 5.376 EUR (22%) face a 2022 em virtude da mudança de instalações verificada no decorrer de 2023.

As **Deslocações e estadas**, verificaram um aumento de 1.980 EUR, devido ao ainda efeito retoma das deslocações pós-pandemia.



## Evolução gastos com pessoal

GASTOS COM O PESSOAL	2022	2023	Δ ABS. 2022/2023	Δ % 2022/2023
REMUN. DOS ORGÃOS SOCIAIS E DE GESTÃO	72 399,57 €	103 521,40 €	31 121,83 €	43,0%
REMUNERAÇÕES CERTAS E PERMANENTES	2 060 517,87 €	2 273 955,22 €	-213 437,35 €	10,4%
Remunerações base	1 614 251,08 €	1 803 496,80 €	-189 245,72 €	11,7%
Subsídio de férias	170 484,99 €	173 756,49 €	-3 271,50 €	1,9%
Subsídio de natal*	156 923,52 €	160 917,82 €	-3 994,30 €	2,5%
Subsídio de refeição	95 237,82 €	118 816,16 €	-23 578,34 €	24,8%
Gratificações	21 223,98 €	16 918,83 €	4 305,15 €	-20,3%
Suplementos e prémios	2 240,00 €	0,00 €	2 240,00 €	-100,0%
Outras	156,48 €	49,12 €	107,36 €	-68,6%
ABONOS VARIÁVEIS OU EVENTUAIS	25 789,91 €	11 538,33 €	14 251,58 €	-55,3%
Ajudas de custo	1 908,44 €	1 654,44 €	254,00 €	-13,3%
Trabalho extraordinário	22 893,79 €	8 967,92 €	13 925,87 €	-60,8%
Abono para falhas	987,68 €	915,97 €	71,71 €	-7,3%
ENCARGOS SOBRE REMUNERAÇÕES	533 070,91 €	555 214,01 €	-22 143,10 €	4,2%
ACIDENTES TRAB. E DOENÇAS PROFISSIONAIS	2 681,02 €	4 851,88 €	-2 170,86 €	81,0%
OUTROS GASTOS - VESTUÁRIO	176,71 €	89,71 €	87,00 €	-49,2%
OUTROS ENCARGOS SOCIAIS	231 665,92 €	152 345,00 €	79 320,92 €	-34,2%
Remunerações por doença	154 774,42 €	69 502,10 €	85 272,32 €	-55,1%
Subsídios de parentalidade	13 506,62 €	16 939,58 €	-3 432,96 €	25,4%
Pessoal a aguardar aposentação	16 607,52 €	14 691,47 €	1 916,05 €	-11,5%
Outras pensões	46 777,36 €	51 211,85 €	-4 434,49 €	9,5%
Encargos com a saúde	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
Subsídio familiar a crianças e jovens	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
<b>TOTAL GASTOS COM PESSOAL</b>	<b>2 926 301,91 €</b>	<b>3 101 515,55 €</b>	<b>-175 213,64 €</b>	<b>6,0%</b>

Os **gastos com pessoal**, assumem a maior preponderância na estrutura de gastos da USIFaial ultrapassando em 2023 a barreira dos 3 milhões de euros. Estes gastos por si só representam 47% do total dos gastos da instituição.

Esta rubrica de gastos, engloba a *estimativa para férias, subsídio de férias* e respetivos encargos a liquidar no ano de 2024 relativos a 2023. O número médio de colaboradores no exercício de 2023 foi de **98**.

## 8 - DESEMPENHO OPERACIONAL

### a) Indicadores contratualizados

De acordo com o contrato de gestão anexo ao plano de atividades que dá origem ao atual documento, bem como ao acordo modificativo celebrado entre a USIFaial e a DRS, está prevista a existência de contratualização externa e interna.

#### i. Contratualização Externa

Do total dos indicadores contratualizados (28), foram atingidos ou superados 11 e dos restantes, 7 ficaram próximos da meta ou os resultados foram melhores que o ano anterior, conforme quadros infra.

Nº do Indicador	USI Faial - Indicadores Desempenho 2023 e respetivas metas				
	Designação	2023	2022	2021	
		Meta	Dezembro		
<b>3.12.01</b>	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	<b>65%</b>	80,48	57,55	63,82
<b>C.1.V2</b>	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes sem MF. ( Em dias)	<b>30</b>	22,01	19,33	20,58
<b>5.04.01</b>	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	<b>20%</b>	30,97	20,98	4,71
<b>Novo</b>	Implementação de Equipa de Intervenção em Cessaçao Tabágica	<b>100%</b>	100	NA	NA
<b>6.22.01</b>	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	<b>76%</b>	79,61	74,07	73,74
<b>7.15</b>	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador	<b>154 €</b>	114,25	154,2	130,06
<b>9.02</b>	Proporção de utentes com obesidade, excesso de peso ou diabetes com, pelo menos, uma consulta de nutrição no período em análise	<b>12%</b>	13,66	9,45	9,79
<b>DA.18</b>	Percentagem de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas ativos há mais de 6 meses	<b>4%</b>	3,98	4,86	6,10
<b>COA.1</b>	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	<b>80%</b>	85	NA	ND
<b>COA.3</b>	Percentagem de inscritos rastreados para o ROCCRA (faixa etária entre os 50 e os 74 anos)	<b>50%</b>	71	47	ND
<b>PR.4</b>	Negociação interna	<b>100%</b>	100	100	100

Nº do Indicador	USI Faial - Indicadores Desempenho 2023 e respetivas metas				
	Designação	2023		2022	2021
		Meta	Dezembro		
<b>C.1.V1</b>	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes com MF. (Em dias)	<b>15</b>	<b>41,78</b>	45,39	38,25
<b>5.07.03</b>	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	<b>80%</b>	<b>70,61</b>	50,24	23,58
<b>5.13.05</b>	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	<b>60%</b>	<b>54,40</b>	50,91	57,26
<b>S.5.E</b>	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25	<b>32%</b>	<b>31,25</b>	29,86	32,06
<b>5.25</b>	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	<b>77%</b>	<b>73,57</b>	71,80	67,77
<b>6.91</b>	Percentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica.	<b>25%</b>	<b>16,97</b>	0,36	0,66
<b>COA.2</b>	Percentagem de mulheres rasteadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	<b>70%</b>	<b>43</b>	35	ND

Relativamente aos indicadores afetos ao financiamento constata-se que nos 7 indicadores afetos ao financiamento, foram obtidos resultados compatíveis com um patamar de financiamento e em 4 destes o financiamento máximo.

Área	Nº do Indicador	Designação	Contratualizado	Peso	Valor Total do Incentivo	Avaliação Final do Ano						
						Num	Den	Realizado	Grau cumprimento	Aval. Final Ano	Financiamento Máx F.Ano	Financiamento F.Ano
Desempenho Assistencial	5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	20%	15%	45 375 €	363	1 172	30,97%	155%	100%	45 375 €	45 375 €
	5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	80%	15%	45 375 €	877	1 242	70,61%	88%	100%	45 375 €	40 838 €
	5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	77%	15%	45 375 €	9 864	13 407	73,57%	96%	100%	45 375 €	45 375 €
	6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	40%	15%	45 375 €	540	1 615	33,44%	84%	100%	45 375 €	40 838 €
	5.22.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos com prescrição crónica inferior a 5 fármacos (Escolha DRS)	43%	15%	45 375 €	491	1 396	35,17%	82%	100%	45 375 €	40 838 €
	DA.18	Percentagem de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas activos há mais de 6 meses (Escolha USI)	4%	15%	45 375 €	4 772	119 899	3,98%	100%	100%	45 375 €	45 375 €
Processo	PR.4	Negociação interna	100%	10%	30 250 €	1	1	100,00%	100%	100%	30 250 €	30 250 €
			<b>Total de Incentivo Possível</b>	<b>100%</b>	<b>302 500 €</b>						<b>Total 4º Trimestre</b>	<b>288 888 €</b>

Salienta-se a que o desempenho da USIFaial, permitiu o acesso a 288 888 € do total possível para o ano de 302 500 €, o que corresponde a 95,5%.

## ii. Contratualização Interna

A carta de compromisso firmada entre o presidente do conselho de administração e as diretoras clínica e de enfermagem formalizam a contratualização interna, em que está definido um conjunto de indicadores e metas.

N.º	Código	Indicador	Meta	Cumprimento	Dezembro		
					2023	2022	2021
1	3.22.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	35	NC	25,94	26,77	31,03
2	3.15.04	Taxa de utilização global de consultas (méd./ enf.) nos últimos 3 anos	95	C	96,56	96,89	96,59
3	USIFaial	Tempo entre hora marcada e atendimento - Mediana (minutos) -P10.R05	15	C	10	11	11
4	C2.V1	Percentagem de Consultas dentro do TMRG - Com MdFs	65	NC	49,74	45,65	45,34
5	USIFaial	Proporção de inscritos com 45 anos e mais com vac. Antitetânica	95	C	95	98	98,8
6	USIFaial	Proporção de inscritos com 25 anos e mais com vac. Antitetânica	95	NC	74	71	85,8
7	6.12.01	Proporção recém-nascidos com consulta méd. vigilância até 28 dias	92	C	94,90	93,62	90,53
8	USIFaial	Proporção de inscritos com 65 anos e mais com vacina da gripe.	60	NC	36,04	43,09	46,99
9	USIFaial	Proporção de raparigas com 12 anos com vacina HPV	95	C	100	98	100
10	USIFaial	Proporção de inscritos com 65 anos e mais com vac. antitetânica	95	NC	82	85	81,8
11	7.06.01	Custo médio anual de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP - €)	200	NC	205,04	192,24	194,60
12	4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos.	25	C	49,40	23,98	20,80
13	PAI.DT2.4	População com diabetes em vigilância.	50	NC	33,91	31,39	38,63
14	PAI.POA.1	% pré-obesos com risco cardiovascular avaliado.	5	NC	2,97	3,54	4,02
15	PAI.RCA.01	% utentes com PA medida e PA ótima/normal.	80	NC	77,53	81,12	84,30
16	USIFaial	Percentagem de satisfação global dos utilizadores dos serviços prestados pela USIFaial	85	NC	65,3	71,75	NA
17	PAI.DT2.5.04	% Diabéticos vigiados com IMC >=30	44	NC	47,32	45,65	45,73
18	PAI.DT2.5.06	% Diabéticos vigiados com >= 130 e/ou >= 80	55	NC	70,66	63,76	65,41
19	PAI.RCA.09	% utentes com HTA em vigilância	50	NC	26,75	24,50	31,37
20	2013.270 V1	% Utentes com pelo menos 6 cons. médicas gravidez entre o DUM e o 42 dia de puerpério.	45	NC	33,33	29,11	26,67
21	2013.302 V4	E - Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida	95	C	95,83	97,96	97,87
22	2013.302 V5	F - Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330 [dias).	98	C	100	99,01	97,87
23	USIFaial	Percentagem de pessoas com asma com pelo menos duas consultas por ano (R96 no SOAP M1)	70	NC	54,84	51,13	70,21
24	PAIPOA	Percentagem de Inscritos pré Obesos vigiados	60	C	73	73,25	71,88
25	PAIPOA	Percentagem de Codificação de pré-obesos com o Código T83.	90	NC	73,09	79	76,86
26	PAIPOA3	Percentagem de Pré obesos com HTA	30	NC	37,71	38,55	38,10
27	USIFaial	Permilagem de inscritos com idade >= 1 ano com número de beneficiário comum.	4	NC	4,70	3,04	3,72

N.º	Código	Indicador	Meta	Cumprimento	Dezembro		
					2023	2022	2021
28	USIFaial	Número de notificações anuais no sistema interno (Risco clínico)	10	C	22	6	3
29	USIFaial	Percentagem de utentes com data de validade do Subsistema de saúde desatualizada	3,5	C	2,90	ND	ND
30	6.09.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	85	C	94,90	93,62	90,53
31	USIFaial - PNSD	Percentagem de trabalhadores participantes na avaliação da Cultura da Segurança do Doente – Questionário.	75	C	79,41	NA	NA
32	8.3	% de Crianças com 6 anos completos, que realizaram o Exame Global de Saúde.	45	C	60,00	55,91	45,54

Como se pode verificar, do conjunto dos 32 indicadores contratualizados internamente, 13 atingiram ou superaram a meta, o que corresponde a 41%.

### b) Processos Assistenciais

A atividade assistencial inerente à carteira básica de serviços será reestruturada tendo em conta as prioridades clínicas devendo ser avaliada a possibilidade de adiamento de algumas situações de vigilância controlada, tendo por base a análise da urgência (necessidade imediata de cuidados) e a importância (necessidade ou não de avaliação presencial) dos cuidados a serem prestados.

Passamos a descrever as atividades assistenciais, seus objetivos, intervenientes, resultados esperados, etc.

#### i. Situações de doença aguda

Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Agendamento de consulta de agudos do médico de família no próprio dia em horário definido na agenda.	AT Med.	6000 Consultas Diretas Médicas	5453 Consultas Médicas
Consulta de intersubstituição com agendamento no próprio dia (consulta complementar)	AT Med.	7000 Consultas complementares	9961 consultas (consulta complementar)
Na procura espontânea de cuidados ou contacto telefónico (preferencial): - Esclarecimento da situação e estratificação de risco (telefonicamente) - Agendamento de consulta para hora pré-definida em conformidade com a situação e com a estratificação de risco	AT Enf. Med.	Possibilidade do utente de marcar consultas telefonicamente.	Garantida a possibilidade de marcação de consulta por Telefone, e via linha de Saúde Açores

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

Tipo de consultas	Realizado			Resultado esperado
	2021	2022	2023	2023
Consulta por doença	3 643	7 954	5453	6 000
Consulta Complementar	7 661	7 471	9961	7 000

## ii. Grupos vulneráveis, de risco e de multimorbilidade

Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Rastreio metabólico do recém-nascido (entre o 3.º e o 6.º dia)	AT Enf.	95%	97,22
Primeira consulta de vida do recém-nascido e seguintes até aos 11 meses (6 consultas)	AT Enf. Med.	75%	79,61
Três consultas dos 12 aos 18 meses		65%	86,02
Consulta anual até aos 5 anos		60%	56,83
Uma consulta entre os 10 e os 13 anos		50%	40
Uma consulta entre os 15 e os 18 anos		50%	44,26
Atualização do Plano Nacional de Vacinação – Plano Regional de Vacinação	AT Enf.	Taxa de cobertura vacinal: 95% das crianças até aos dois anos 90% aos 6 anos  90% HPV aos 12 anos	Taxa de cobertura vacinal: 96,49% das crianças até aos dois anos 98,21% aos 6 anos 98,75% HPV aos 12 anos

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

Consulta programada – saúde da mulher /planeamento familiar e saúde materna				
Ações		Responsável	Resultado	
			Esperado	Obtido
PLANEAMENTO FAMILIAR	Início de contraceção, fornecimento de contraceptivos, incluindo os de emergência;	AT Enf. Med.	<ul style="list-style-type: none"> <li>1000 mulheres com pelo menos uma consulta (M/E) de PF.</li> <li>Pelo menos 7% das mulheres seguidas em PF tenham até 18 anos incluindo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>866</li> </ul>
	Incrementar a utilização do boletim de saúde reprodutiva.		Entrega de 50 Boletins de Saúde Reprodutiva (BSR)	Entregues 12 BSR em primeiras consultas e a mulheres com idade inferior a 25 anos
	Resposta ao pedido de referência para interrupção voluntária da gravidez		N.º médio de referências dos 3 últimos anos= 2,33	N.º de referências em 2023 = 1
	Consulta pré-concepcional		25% das gravidezes	56 CEnf. em 111 gravidezes =50,45%
	Consulta de planeamento familiar após interrupção voluntária da gravidez; Intercorrências, com pré-agendamento		Realização de consultas de não programadas de planeamento familiar.	Existência de consulta não programada, que no médico de família quer na consulta complementar.
SAÚDE MATERNA	Primeira consulta de gravidez (antes 12 semanas)	AT Enf. Med	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre superior a 85%	85,71
	Segunda consulta (15-16 semanas)	AT Enf. Med	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna, superior a 65%	69,13
	Terceira consulta (26-28 semanas): administração de vacina Tdpa.			88 Tdpa Administradas em 111 Gravidezes = 79,20%
	Avaliação de intercorrências na gravidez em qualquer idade gestacional		Existência de consultas não Planeadas de Saúde Materna	Existência de consulta não programada, que no médico de família quer na consulta complementar.
	Referenciação para a consulta hospitalar quando necessário.		N.º de referências média dos 3 últimos anos Média=50,6	61
	Consulta de revisão do puerpério até ao 42.º dia após o parto		55% das mulheres grávidas	50

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

Consultas programadas para os grupos de Risco (Diabetes Mellitus, DPOC, Asma, Risco Cardiovascular, Obesidade, Nutrição, Idosos em Domicílio)			
Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Utentes com patologia controlada podem ter consulta presencial, na USIFaial ou no domicílio, de acordo com o critério clínico e médico.	AT Med.	70% dos doentes com a vigilância recomendada (nº de consultas médicas)	Considerado incluídos PAI DM, PAI POA, RCV e Asma. <b>73,06%</b>
Possibilidade de contactar o utente via correio eletrónico (ex.: marcação de consultas, prescrição de MCDT's, etc.).	AT	30% dos utentes tenham no seu processo clínico o endereço eletrónico.	<b>20%</b>
Vigilância do controlo metabólico do utente diabético	Enf. Med.	25% dos doentes com Diabetes Mellitus tenham registado no seu processo clínico em cada semestre o resultado da Hemoglobina Glicosilada.	<b>30,97%</b>
Utentes em início de insulinoaterapia	AT Med.	Com pelo menos 3 consultas médicas por ano.	<b>70%</b> dos utentes tiveram 3 ou mais consultas. A <b>30%</b> foi realizado diagnóstico no último trimestre de 2023.
Acesso do doente à renovação de receituário por telefone/correio eletrónico e prescrição sem papel		* 90% da prescrição de receituário sem papel. * Mais de 95% dos utentes com nº de telemóvel registado no processo clínico.	<b>96,31%</b>  <b>98,17%</b>
Após o contacto indireto (telefone/correio eletrónico) deve ficar agendada consulta de seguimento.	AT Enf. Med TS	70% dos doentes com a vigilância recomendada (nº de consultas médicas de seguimento)	Informação não disponível

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico; TS= Técnico Superior

Para os adultos, de uma forma em geral, podem ser agendadas consultas, seja da iniciativa da equipa ou do utente, sendo a modalidade (presencial ou não presencial) definida por acordo entre as partes e após triagem por contato indireto e estratificado o risco do utente. Devem ser dadas prioridades a:



**Consulta programada de saúde do adulto**

Devem ser dadas prioridades a:	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Atendimento/referenciação de utente com resultados sugestivos de doença oncológica e descompensação de doentes crónicos (Diabetes, DPOC, Hipertensão, entre outras).	AT  Med.	Superior ao número médio de referenciação dos últimos 2 anos. Considerado n.º utentes com consultas de especialidade de oncologia, hematologia e pneumologia. Média 165,5 Uteses	168
Consultas para atestado de carta de condução e uso e porte de arma e outras “de rotina” devem ser agendadas, por não serem prioritárias, de acordo entre as partes.		N.º de contactos indiretos superior à média dos dois últimos anos. 13909	12958
Avaliação de MCDT, sempre que possível em contato indireto.			
Renovação de receituário crónico, preferencialmente em contato indireto.		N.º de renovações de receituário crónico, em contato indireto, média nos últimos dois anos. 8964	8090

Legenda: AT= Assistente Técnico; Med.= Médico

## iii. Rastreios oncológicos (ROCCA, ROCMA, ROCRA, PICOA)

Face aos indicadores contratualizados para 2023 também é dada especial atenção aos rastreios oncológicos de acordo com os critérios que serão elegíveis para a contratualização externa/2023.

Rastreio oncológico	Indicador	Resultado	
		Esperado	Obtido
ROCMA	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	80%	85%
ROCCA	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	70%	43%
ROCCRA	Percentagem de inscritos rastreados para o ROCCRA (faixa etária entre os 50 e os 74 anos)	50%	71%
PICCOA	Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (faixa etária entre os 40 e os 75 anos)	65%	38%

## iv. Vigilância do doente em contexto domiciliário (doença aguda e programada/preventiva)

Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Realizado
Cuidados em domicílio devem ser realizados de acordo com o critério clínico da equipa de saúde e após estratificação do risco;	AT Enf. Med	Em função das necessidades dos utentes - 400	775
Administração de terapêutica e realização de tratamentos de enfermagem inadiáveis e que careçam de continuidade _ domicílios de enfermagem.	AT Enf.	Em função das necessidades dos utentes - 6000	6872

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

## v. Outros serviços e atividades assistenciais

Vacinação			
Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Plano Regional de Vacinação	AT Enf.	Taxas de cobertura vacinal superior a 85%	Taxa de cobertura por vacina superior a 85%, embora em algumas faixas etária possa ser ligeiramente inferior
Vacinação Sazonal (Gripe e/ou Covid-19)	AT Enf.	Taxa de vacinação superior a 60% dos utentes com idade superior a 65 anos.	Taxa de cobertura vacinal utentes >=65: Covid – 22,01 % Gripe – 41,09 %
Realização de convocatórias aos utentes do Faial para a consulta enfermagem de vigilância (por escrito e telefonicamente)	AT Enf.	Superior à Média dos últimos dois anos (superior a 490).	815
Vacinação do viajante (interligação com a Delegação de Saúde)	AT Enf. Med.	Em função da procura. Superior ao realizado em 2022. (superior a 74 utentes)	76
Serviços de carácter assistencial - utentes sem equipas de saúde			
Atendimento Migrantes / Estrangeiros / Esporádicos, utentes sem médico por opção	AT Enf. Med. TS	Atendimento aos utentes esporádicos que procurem a USIFaial. (130 utentes em 2022).	207 utentes com inscrição esporádica com pelo menos uma consulta médica

## vi. Serviço Social

Ações	Responsável	Resultado		
		Esperado	Obtido	
Atender, informar, encaminhar os utentes/famílias e registar as intervenções realizadas	AT RA TSS	Número de atendimentos realizados pelo serviço social em 2022	Contatos Diretos: 260 Contatos Indiretos: 1357	E
Identificar, analisar e avaliar os problemas/necessidades dos utentes e elaborar o respetivo diagnóstico social	RA TSS	Número de diagnósticos sociais realizados em 2022	Número de diagnósticos sociais:420	E
Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social	RA TSS	Número de planos de intervenção social realizados em 2022	Número de planos de intervenção social:420	E
Efetuar visitas domiciliárias	RA TSS	Média dos últimos dois anos: Não disponível	37	E
Concessão e gestão de ajudas técnicas (cadeiras de rodas)	RA TSS	Número de concessão de ajudas técnicas:2	4	E
Atender/prestar apoio psicossocial aos doentes e acompanhantes e entregar a documentação inerente ao processo de deslocação	AT RA TSS	Número de processos de deslocação entregues pelo serviço social em 2022: Não disponível	Contatos diretos:151 Contatos indiretos:244	E
Prestar os esclarecimentos necessários e apoiar no preenchimento do requerimento para a comparticipação do transporte de cadáveres de doentes falecidos no âmbito do processo de deslocação	AT RA TSS	N.º de esclarecimentos e apoios realizados em 2022: 7	2	E
Participação em equipas externas e internas no âmbito do serviço social	RA TSS	Participação ativa sempre que atribuída essa função/responsabilidade.	20 Reuniões	E

Legenda: AT – Assistente técnico; RA- Responsável de Área; TSS – Técnico Serviço Social

## c) Processos de Suporte

### i. Mudança para o Novo Edifício

A mudança para o novo edifício foi planeada para ocorrer no ano 2023, tendo-se previsto que o processo estivesse concluído no 1º semestre. Tal objetivo foi atingido com êxito. Com vista a minimizar as interferências e constrangimentos na prestação de cuidados, a mudança foi efetuada por fases e/ ou por serviços.

Fase	Atividade	Data de realização
1ª	Receção do mobiliário e equipamentos	Janeiro de 2023
	Elaboração do Plano de Mudança	Fevereiro 2023
	Montagem do equipamento e distribuição pelos postos de trabalho e de atendimento	1ª semana de março 2023
	Limpeza Geral ao Edifício	1ª semana de fevereiro
	Obras para corrigir defeitos de construção efetuadas progressivamente e de acordo com a disponibilidade do nosso parceiro, o Hospital da Horta EPER, nomeadamente com o serviço de instalações.	Decorreram ao longo de 2023
2ª	Início da arrumação dos postos de trabalho do edifício anterior e embalagem/empacotamento dos documentos e outros materiais para o novo edifício	11 abril 2023
	Início da mudança	Prevista para 24-04-2023, antecipada para 21 -04-2023
	Áreas de suporte e responsável do serviço de informática	21 a 28-04-2023
	Psicologia Nutrição Serviço Social (apenas 1 colaboradora) Terapia da fala Medicina Dentária	26-04-2023
	Restantes serviços clínicos e técnicas de informática	08 a 09-05-2023
3ª	Acordos de exploração entre USIFaial e Hospital da Horta, EPER	abril a outubro de 2023

### ii. Secretariado Clínico e Deslocação de Doentes

O **secretariado clínico** é uma das áreas fundamentais de suporte a toda a atividade assistencial. Foram traçados para o ano 2023 dois grandes objetivos:

- A identificação inequívoca das pessoas e a atualização dos dados pessoais;
- Reduzir e prevenir os duplicados dos processos / histórias clínicas dos doentes.

Secretariado Clínico				
Responsáveis pela execução: AT, RA e AO	Resultado			
	Ações	Esperado	Obtido	
Avaliação qualitativa e quantitativa				
Manter atualizado a lista de utentes inscritos na USIFaial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permilagem de inscritos com idade &gt;= 1 ano com número de beneficiário comum, inferior a 4.</li> <li>Todos os utentes com mais de um ano de vida tenham o NNU registado no seu processo clínico.</li> </ul>	A todos os utentes foi realizado atendimento e dado encaminhamento para os diversos tipos de consultas e serviços na área de prestação de cuidados.	4,70	E
Confirmação dos dados dos utentes no atendimento			99,30	E
Proceder à gestão de consultas presenciais (Marcação, desmarcação e transferências)	Que a percentagem de desmarcações de consultas médicas por “Erro de marcação” seja inferior a 5% do total das desmarcações.	A todos os utentes foi realizado atendimento e dado encaminhamento para os diversos tipos de serviços de prestação de cuidados, assim como agendamento, desmarcações. Por impossibilidade do M1 para as consultas foi feita confirmação na véspera e para os utentes que não tinham possibilidade de comparecer efetuou-se novo agendamento. (transferências).	8,30	PE
Agendamento de contatos indiretos (ex.: solicitação renovação de receituário, exames, atestados/CIT)	Número de agendamentos para contatos indiretos seja superior a 13000	Às solicitações de receituário/exames foi dado encaminhamento para os respetivos médicos de família e na ausência do médico para outro colega. Para os utentes sem médico de família foi criada uma tabela em que os respetivos pedidos são distribuídos aos médicos de forma equitativa.	Número de agendamentos para renovação de medicação por contato indireto- 13006	E
Agendar rastreios PICCOA /ROCCA	Taxa de utentes convocados superior a 80% para PICCOA e para o ROCCA superior a 50%	Todos os períodos disponibilizados para agendamentos foram preenchidos.	PICCOA – 57,6 ROCCA – 47,6	PE
Contatar utentes que não responderam/faltaram ao ROCMA/ROCCRA	Taxa de participação ao ROCMA e ao ROCCRA superior a 80% e 55% respetivamente	No ROCMA foram contactadas as utentes faltosas ao rastreio e informado o COA dos motivos da não comparência. No ROCCRA os colegas dos NSF imprimiram as listas com os utentes que faltaram por freguesia e entraram em contato direto com os mesmos.	ROCMA- 85,2 ROCCRA- 70,8	E
Atender os utentes para consultas presenciais	Ausência de marcações na agenda eletrónica de utentes com o status “ainda não chegou” e “em atendimento” após encerramento da unidade.	A todos os utentes foi realizado atendimento e dado encaminhamento para os diversos tipos de agendamento (consulta médica, psicologia, nutrição, medicina dentária, consultas de enfermagem), etc. Foi efetuado contacto a todas as desmarcações de consultas.	1,19 % de todas as marcações tem o status “ainda não chegou” e “em atendimento”	E

Legendas:

E-Executa; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional

Organização dos Processos de Deslocação de Doentes					
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa e qualitativa					
Ações	Responsável	Resultados			
		Esperados	Obtidos		
Confirmar o preenchimento de todos os campos da credencial de deslocação e garantir o encaminhamento de todos os processos para a Junta Médica	AT RA AO TS	N.º de processos registados em 2023	Foi dada entrada de 158 processos -EMG:10 (HSEIT) -Endocrinologia:6 (HDES) -Neurocirurgia: 70 HDES -Reumatologia: 7 (HDES) -RMN: 45 processos (43 CMPV e 2 HSEIT) -Tomo densitometria Óssea: 7 (CMPV) Garantir o encaminhamento de todos os processos para a Junta Médica: Total de processos de deslocação que foram encaminhados: 161 Total de processos de deslocação não autorizados pela Junta Médica: 24		E
Registrar todos os processos no Sistema de Gestão de Deslocação de Doentes (SGDD)	AT RA TS		Total de processos registados: 158 Total de processos atualizados: 118		E
Garantir a execução de todas as fases do processo de deslocação de doentes:	AT RA AO TS	N.º de pedidos admitidos em 2023 e processos completos.			E
-Solicitar os pedidos de agendamento de consultas/exames ao Hospital de destino/entidades convencionadas			Total de pedidos de consultas/exames: 137 -Total de consultas: 84 (79 HDES) (5 HSEIT) -Total de exames: 53 (43 CMPV) (10 HSEIT)		
-Contatar os utentes para recolha dos dados necessários para posterior avaliação do escalão da comparticipação do valor da diária			Total de processos: 118  Total de desistências por iniciativa do utente: 16		
-Solicitar a reserva de transporte aéreo -Receber e confirmar a documentação entregue pelo utente após a deslocação.			Solicitar a reserva de transporte aéreo: - Total de processos: 118 - Total de faturas confirmadas:118  Receber e confirmar a documentação entregue pelo utente após a deslocação- Total de processos: 118		
-Colaborar na entrega de processos de deslocação subsequentes			Total de processos entregues: 209		
-Verificar toda a documentação entregue pelos utentes e proceder ao cálculo da respetiva comparticipação no âmbito do requerimento para a comparticipação do transporte de cadáveres de doentes falecidos no âmbito do processo de deslocação			Total de processos:2		

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional

### iii. Aprovisionamento e Armazém

Atividade: Gestão de Stocks - Garantir que a USIFaial cumpra com os normativos em vigor, revistos, atualizados e aprovados, para documentar as entradas e saídas de materiais, produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o percurso desses produtos e prazos de validade, conforme boas práticas recomendadas.

<b>Gestão e Aquisição de Bens e Serviços</b>			
<b>Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
<b>Ações</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Obtido</b>
Prever, propor, controlar, repor a existências de stocks, elaboração, abertura e início de Procedimentos aquisitivos de Bens e Serviços externos	AT AO RA	Inexistência de rutura/desvios na reposição/existência de materiais	E
Suster e apoiar todos os processos e procedimentos de aquisições de bens e serviços anuais previstos ou por solicitude de serviços		Inexistência de desvios ou não conformidades nos processos de aquisição de bens e serviços	E
Manter e suster o controlo sobre serviços e bens em conformidade com o contratualizado, fornecido, adquirido e entregue - qualidade/quantidade/validade.		Existência de evidências do controlo e sempre que existam desvios evidência da notificação ao CA e respetiva correção.	E
Promover e suster atualização/registo de dados na gestão de stocks e serviços - entradas/saídas.		Registos atualizados	E
Inventário anual de existência de Bens/stocks – verificar variáveis dos acertos da gestão anual – elaborar relatório, resumo sucinto das ações laborais e registos.		Balanço anual e respetivos registos, documentos e ações associados	E
Verificar, prevenir, conter excessos e suster consumos (adequados/desadequados) à funcionalidade dos serviços utilizadores		Existência de registos de controlo	E
Realizar inventário intercalar ou direcionado a setores/Bens de consumos/existências			PE
Entrega e registos de consumos de bens requisitados pelos vários serviços – saídas de stocks		Existência de registos de controlo das requisições internas	E
Receção, controlo e arrumo de bens fornecidos em armazém		Existência de registos de controlo de entrada e armazenamento.	E
<b>Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Sem informação disponível			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional

#### iv. Património e Serviço e Instalações e Equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) tem por objetivo garantir a manutenção preventiva e corretiva (se aplicável) dos equipamentos médicos, administrativos e das instalações da USIFaial (estrutura, manutenção, higienização, climatização, etc.).

Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa e qualitativa- Gestão de equipamentos e instalações				
Ações	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido	
Existência plano de gestão/manutenção preventiva de equipamentos, atualização, registos e ações de reparação efetuadas internamente (ex.: cadeira de medicina dentária)	RA AO	Execução das ações do plano superior a 90% Plano atualizado	Foi feito pedido para manutenção não foi concluído uma vez que estava a decorrer o processo de aquisição de novos equipamentos	PE
Manter os registos das assistências técnicas e assegurar as datas de realização das mesmas assim como o arquivo dos registos associados		90% de cumprimento das datas das assistências técnicas	Sem informação	E
Atividades do Plano Controlo de Legionella – efetuar as purgas e manter registo atualizado das mesmas	RA AO ERS CMH	Existência dos registos das ações realizadas	Não foi realizada por estarmos de saída para o edifício novo.	NE
Monitorização diária da segurança das instalações e equipamentos(edifício) da USIFaial	RA AO	Existência de registos e da correção das não conformidades detetadas	Sem informação	E
Gestão da rede fria (frigoríficos) monitorizando diariamente as temperaturas (SmartVue)			Sem informação	E
Pequenas manutenções em equipamentos médicos e instalações			Sem informação	E
Solicitação de orçamentos a fornecedores para reparações/manutenção, sempre que aplicável			Existência de registos associados	Sem informação

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional; CMH-Câmara Municipal da Horta; ERS-Equipa do Risco e Segurança



Além das atividades de gestão dos equipamentos e instalações, também lhe são atribuídas outras, tais como a gestão do “Inventário”, de modo a dar continuidade ao cumprimento dos requisitos legais e normas internas em vigor, como por exemplo a afixação em todos os gabinetes ou áreas de trabalho de uma lista atualizada do equipamento existente e que se proceda, pelo menos anualmente, à verificação e atualização de todo o material inventariado.

Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa - Inventário				
Ações	Responsável	Resultado		
		Esperado	Obtido	
Gestão do inventário: a afixação em todos os gabinetes ou áreas de trabalho de lista atualizada dos equipamentos (sede e extensões)	RA AO	Existência de registos afixados.	Inventário afixado em todos os gabinetes	E
Património, controlo permanente do inventário “ERP-Primavera”	RA	Registo do património atualizado no “ERP-Primavera” Evidência da(s) inventariações físicas realizadas no ano 2023 aos bens do ativo imobilizado	Todos os bens da USIF estão atualizados no ERP-Primavera	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional; CMH-Câmara Municipal da Horta; ERS-Equipa do Risco e Segurança

Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa - Segurança e outros serviços				
Ações	Responsável	Resultado		
		Esperado	Obtido	
Assegurar a correta atuação perante derrame de matéria orgânica ou de resíduos contaminados com matéria orgânica na sede da USIFaial	AO	Se aplicável existência de registos do trabalho executado.	Conhecimento dos procedimentos, mas não existiram situações que justificasse a necessidade de atuação	NE
Participar e cumprir com as funções atribuídas em termos de Equipa da Comissão de Catástrofe e do Plano de Emergência Interno	RA AO		Participação e cumprimentos de todas as ações e funções	
Assegurar o controlo do serviço prestado por empresas contratadas externamente: segurança e vigilância; jardinagem e, higiene e limpeza	AO	Evidências de registos de controlo e/ou correções de não conformidades	Assegurado o controlo do serviço prestado com evidencias de registos	E
Assegurar o controlo da reposição de material de desinfecção e limpeza	AO ERS	Existência de documentos de gestão das requisições	Controlo de reposição assegurado existência de documentos.	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional; CMH-Câmara Municipal da Horta; ERS-Equipa do Risco e Segurança

## v. Gestão Financeira

Controlo dos desvios orçamentais - A USIFaial dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados, a fim de os corrigir e, realiza o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento

do orçamento aprovado para a atividade da Unidade, relativamente a despesas (reembolsos a utentes, transportes, serviços, etc.) e receitas que lhe são devidas (seguros, migrantes, etc.).

Avaliação dos Resultados – Avaliação quantitativa e qualitativa					
Garantir o controlo dos desvios orçamentais					
Ações	Responsável	Resultado			
		Esperado	Obtido		
Monitorização periódica do controlo orçamental	AT RA	Existência de documentos de controlo orçamental	O controlo orçamental é monitorizado regularmente para verificação da existência de desvios. Existem documentos de controlo orçamental retirados do ERP Primavera e um quadro em Excel onde são efetuadas as previsões e o controlo orçamental.		E
No caso de desvios relativamente ao orçamento aprovado, estabelecem-se medidas corretivas passíveis de verificação e aprovadas pelo Conselho de Administração		Existência de plano de melhoria se identificado desvios ao orçamento aprovado	No caso de desvios, são elaboradas as Alterações Orçamentais que são aprovadas pelo Conselho Administração.		E
Controlo interno aos normativos da área da contabilidade com registos associados		Existência de evidências de controlo	Os normativos da área da contabilidade são do conhecimento das funcionárias e são revistos, sempre que possível, nos prazos previstos. No entanto, não existe uma monitoria ao cumprimento dos normativos.		PE
Controlo Fundo Maneio					
Monitorização, análise e revisão do fundo de manei	AT RA	Existência registos de gestão do fundo de manei	O Fundo de Maneio é controlado e monitorizado pela tesoureira. Existe o Resumo Diário de Tesouraria que é retirado diariamente do ERP Primavera; existe igualmente um Resumo Diário de Tesouraria elaborado em Excel pela tesoureira; e existe um mapa de Controlo de Fundo de Maneio em Excel, onde são controlados os valores utilizados em cada rubrica orçamental, no sentido de identificar desvios e corrigi-los		E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área

vi. Área de Pessoal, Expediente e Arquivo (e outras valências)

Avaliação dos Resultados - Avaliação quantitativa e qualitativa					
Serviço de Pessoal					
Ações	Responsável	Resultado			
		Esperado	Obtido		
Garantir a monitorização e controlo do cumprimento dos normativos inerentes ao setor.	AT RA	Registos de controlo e de monitorização	Sem informação		E
Manter atualizados os processos individuais dos trabalhadores da USIFaial		Processos individuais atualizados	Sem informação		E

Verificar e controlar os registos de assiduidade e pontualidade dos trabalhadores.		Ausência de faltas e atrasos injustificados	Nos atrasos injustificados o controlo de registos torna-se de difícil devido às irregularidades dos horários.	PE
Atualizar as Fichas de Descrição Individual de Funções (FDIF) e dos objetivos de cada trabalhador		FDIF atualizadas e documentos associados com os objetivos anuais (por trabalhador)	Sem informação	NE
<b>Gestão de Correspondência</b>				
Garantir a uniformização das ações realizadas no Serviço de Expediente e definição de circuitos e prazos de execução	AT RA	Existência de documentos normativos revistos e atualizados	Sem informação	E
Criar mecanismos adequados para tratamento da documentação (informação) recebida e expedida		Evidência do plano de melhoria e da execução das ações	Sem informação	E
Melhorar e garantir a celeridade e eficiência no acesso à informação			Sem informação	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; AO- Assistente Técnico; RA-Responsável de área

### Viaturas

Garantir que a USIFaial faz a gestão da sua frota, disponibilizando viaturas adaptadas e equipadas para visitas domiciliárias.

<b>Avaliação dos Resultados - Avaliação quantitativa e qualitativa</b>				
<b>Serviço de viaturas para serviço externo, apoio a domicílios e serviços administrativos</b>				
Ações	Responsável	Resultado		
		Esperado	Obtido	
Monitorizar as condições de manutenção das viaturas.	AO RA	Existência de livros de cadastro e registos atualizados.	Sem informação	E
Registos diários de todos os percursos das viaturas e quilometragem			Sem informação	E
Manter atualizada a base de dados dos registos de viaturas e livro de cadastro			Sem informação	E
Garantir a limpeza e higiene semanal das viaturas		Registos de limpeza e de controlo da execução da limpeza	No 1º semestre não foi possível monitorizar esta ação. No final do 2º semestre foi efetuada 1 monitorização e implementadas as medidas corretivas identificadas como necessárias	PE

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AT- Assistente técnico; AO- Assistente Técnico; RA-Responsável de área

vii. Gabinete do Utente

**Objetivo:** gerir a opinião dos utentes e implementar ações de melhoria de forma a promover a qualidade e a humanização dos serviços

Ações	Responsável	Resultado		
		Esperado	Obtido	
Atender, informar e orientar os utentes segundo os normativos em vigor	AT RA TSS	Média de atendimentos dos dois últimos anos:58	86	E
Gestão do processo de exposição/participação dos utentes conforme o normativo associado		-N.º de Processos no SUGERE -Ofícios de resposta 8 -Taxa de realização de planos de ação superior a 90% das participações.	-N.º de Processos no SUGERE. 16 -Ofícios de resposta :15 -Taxa de realização de planos de ação: Não disponível	E
Implementar o Inquérito de Satisfação dos Utentes das Unidades de Saúde de Ilha da RAA e elaborar o respetivo relatório		Relatório da satisfação dos utentes	Existência de relatório e de plano de melhoria	E
Efetuar análise e recolha da opinião dos utentes nos meios de comunicação social locais		Existência de item no relatório de atividades do gabinete do utente acerca deste assunto	Existência de relatório de atividades do gabinete do utente e plano de melhoria.	E

Legenda: AT – Assistente técnico; RA- Responsável de Área; TSS – Técnico Serviço Social  
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

viii. Risco e Segurança

Equipa do Risco e da Segurança

Decorrente da publicação do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 publicado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, o desenvolvimento das ações inerentes ao mesmo será o grande enfoque de trabalho da ERS.

Uma das atividades que se identificou como sendo necessário realizar é a avaliação de risco clínico, a grande prioridade de 2023 após a mudança para as novas instalações.

O objetivo geral da ERS é o de desenvolver a Cultura da Segurança do Doente na USIFaial, tendo sido traçados como objetivos específicos (correspondentes neste plano a áreas de atuação) para 2023, os seguintes:

- Assegurar as atividades da responsabilidade da ERS;
- Implementar as intervenções previstas no plano operacional da estratégia do Risco e Segurança;

- Executar as atividades para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD);
- Colaborar e apoiar as atividades de outras equipas com relação direta na segurança do doente.

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
<b>Assegurar as atividades da responsabilidade da ERS</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Promover reuniões trimestrais da ERS e respetivas atas	Coordenadora ERS	Convocatórias e atas das reuniões	E
Assegurar as sessões de integração da área de intervenção	Enfermeiras ERS	Divulgação das sessões de integração e respetivos relatórios de formador	E
Elaboração/revisão dos documentos relativos às áreas de intervenção da ERS	Todos os elementos ERS	Registo no sistema de comunicação e-Doclink	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

ERS-Equipa do Risco e da Segurança

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>
<b>Assegurar as atividades da responsabilidade da ERS – áreas de atuação</b>
<b>Promover reuniões trimestrais da ERS e respetivas atas</b>
Das 4 reuniões trimestrais da ERS previstas, foram realizadas 3, pois a 22/9/2023 não se realizou porque não houve quórum (ausência de 4 elementos justificadas), 4 ordens de trabalho divulgadas e 3 atas em arquivo. Na reunião do primeiro trimestre foi desencadeada uma ação relacionada com o uso seguro do medicamento que culminou em dezembro numa reunião entre a USIFaial (CA e ERS) com todas as farmácias da Ilha do Faial, com o objetivo de articularmos a melhoria entre a dispensa de medicamentos e a prescrição médica, nesta foi decidido avançar com a construção de um documento de informação à população sobre algumas regras a cumprir. É de salientar ainda a reunião realizada entre a equipa de trabalho do armazém – aprovisionamento com a coordenadora da ERS e presença do Presidente do CA, para iniciarmos o trabalho melhoria nas condições de armazenamento (utilização do antigo espaço da reprografia) e etiquetagem dos medicamentos, produtos químicos e outro material clínico.
<b>Assegurar as sessões de integração da área de intervenção</b>
Foi realizada 1 sessão de integração a novos colaboradores a 25/01/2023.
<b>Elaboração/revisão dos documentos relativos às áreas de intervenção da ERS</b>
Elaboração/revisão dos documentos relativos às áreas de intervenção da ERS - Foram revistos os procedimentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ relacionados com a deposição e remoção de resíduos hospitalares (total de 6 – 4 de deposição e 2 de remoção);</li> <li>✓ Metodologia de gestão e avaliação dos riscos clínicos e gerais dos doentes;</li> <li>✓ Derrame de matérias perigosas;</li> <li>✓ Emergências ambientais;</li> <li>✓ Prevenção de quedas,</li> <li>✓ Precauções Básicas de Controlo de Infeção.</li> </ul> Foi elabora e remetido á Diretora de Enfermagem e Diretora Clínica o Plano de Contingência (PC) das Infeções Respiratórias, que irá agregar o previsto nos Plano de Contingência da Gripe e COVID-19.

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Implementar as intervenções previstas no plano operacional da estratégia do Risco e Segurança</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado obtido</b>
Atribuir responsáveis pelo cumprimento das intervenções entre os elementos da ERS	Coordenadora ERS	Ata das reuniões da ERS	PE
Priorizar a avaliação do risco clínico nas novas instalações	ERS com apoio dos colaboradores da USIFaial	Mapa e matriz do risco elaborado Plano de prevenção	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

ERS-Equipa do Risco e da Segurança

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>
<b>Implementar as intervenções previstas no plano operacional da estratégia do Risco e Segurança – áreas de atuação</b>
<b>Atribuir responsáveis pelo cumprimento das intervenções entre os elementos da ERS</b>
<p>Agrupando por temas no plano operacional temos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicadores de qualidade e segurança: constam da contratualização interna e indiretamente da contratualização externa;</li> <li>✓ Avaliação da cultura de segurança: aplicado o questionário da DGS;</li> <li>✓ Revisto PROD – Metodologia de gestão dos riscos clínicos e gerais do doente;</li> <li>✓ Avaliação de risco clínico foi iniciada em junho de 2023 e ainda se encontra a decorrer;</li> <li>✓ Plano de emergência interno esteve em vigor até à mudança de instalações;</li> <li>✓ Profissionais de saúde da equipa médica e de enfermagem participaram em formação sobre SBV;</li> <li>✓ A acessibilidade física nas novas instalações apresenta ligeiro constrangimentos face ao desnível do piso de acesso. Existe um elevador que permite o acesso ao primeiro andar. Mantém-se algumas dificuldades ao nível do contacto telefónico, bem como, o cumprimento dos tempos máximos de resposta pelos médicos devido às elevadas listas de utentes que possuem;</li> <li>✓ Riscos relacionados com fármacos: antecipamos a revisão do PRO – Uso Seguro do Medicamento, como anexo a este foi atualizada a lista de medicamentos LASA e MAM;</li> <li>✓ Estava previsto e foi preparado documento para auditoria aos dispositivos médicos. Contudo, a mesma não foi realizada este ano de 2023;</li> <li>✓ Manutenção preventiva e reparação de avarias dos equipamentos médicos tem sido cumprida – registos no serviço de instalações e equipamentos;</li> <li>✓ A realização de concurso para prestação de serviços de limpeza determinou a mudança de empresa;</li> <li>✓ A disponibilidade de EPI e acidentes com a rede de frio não foram alvo de qualquer notificação;</li> <li>✓ A notificação de incidentes cresceu tendo passados das 6 notificações, rececionadas em 2022, para 22 rececionadas em 2023;</li> <li>✓ Saúde do trabalhador – nomeada Equipa de Saúde Ocupacional.</li> </ul>
<b>Priorizar a avaliação do risco clínico nas novas instalações</b>
Avaliação de risco clínico foi iniciada em junho de 2023 e ainda se encontra a decorrer; foram efetuadas 8 avaliações de risco clínico em 2023. Prevê-se a conclusão com a construção do mapa e matriz de risco em 2024;

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

ERS-Equipa do Risco e da Segurança

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Executar as atividades para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD)</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Desenvolver as ações planeadas como práticas seguras a implementar na USIFaial	ERS; EGOAC; EQ; CA	Documentos elaborados Relatórios de atividades	PE
Assegurar formação aos profissionais e doentes sobre os Pilares e objetivos estratégicos do PNSD	Coordenadora da ERS	Divulgação e relatórios de formadores	E
Garantir o cumprimento das indicações da DGS relacionadas com o previsto no PNSD (avaliação da cultura de segurança na USIFaial, divulgação das alterações da plataforma NOTIFICA)	Coordenadora da ERS	Relatórios da avaliação da cultura de segurança e do NOTIFICA	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

CA- Conselho de Administração; EGOAC-Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados; EQ- Equipa da Qualidade; ERS-Equipa do Risco e da Segurança

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>
<b>Executar as atividades para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD) - Áreas de atuação</b>
Desenvolver as ações planeadas como práticas seguras a implementar na USIFaial
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Cultura de Segurança</u> Pilar 1 - Avaliação da cultura de segurança: aplicado o questionário da DGS este ano. Foi utilizado a página Oficial da USIFaial no facebook para proceder à sua divulgação e utilizado o material audiovisual disponível na página da DGS;</li> <li>✓ <u>Liderança e governação</u> Pilar 2 - Indicadores de qualidade e segurança: constam da contratualização interna e indiretamente da contratualização externa e Painel de controlo;</li> <li>✓ <u>Comunicação</u> Pilar 3 – Relatório de autoauditoria n.º 3/2023;</li> <li>✓ <u>Prevenção e gestão de incidentes de segurança</u> Pilar 4 – Revisto PROD: Consentimento informado livre e esclarecido, de acordo com a atualização da norma regional. Foram realizadas auditorias ao referido procedimento;</li> <li>✓ <u>Práticas seguras em ambientes seguros</u> Pilar 5 – UPP - Está a ser construído o manual de tratamento de feridas. Foi efetuada a revisão do PROD – Prevenção de quedas 2/518 concluído em julho de 2023. Identificação do doente - realizadas auditorias com relatório na Intranet, formação sobre o tema dirigida aos trabalhadores do secretariado clínico onde foi abordado o tema Identificação do utente. Uso seguro do medicamento - revisto PROD uso seguro do medicamento com inclusão da lista de medicamentos LASA e MAM. Controlo de infeção - todas as atividades no âmbito da UL-PPCIRA constam do relatório de atividades da mesma.</li> </ul>
Assegurar formação aos profissionais e doentes sobre os Pilares e objetivos estratégicos do PNSD
Sessões de formação sobre Boas Práticas para Prevenir Incidentes de Segurança que decorreu a 12 e 24 de janeiro e 24 de outubro. O total de profissionais que assistiram à formação foi de 86,4%. Foi abordado o previsto no PNSD 2021-2026 na sua globalidade. Para os utentes utilizámos a página da USIFaial no facebook para proceder a sua divulgação, foi utilizado o material audiovisual disponível na página da DGS;
Garantir o cumprimento das indicações da DGS relacionadas com o previsto no PNSD (avaliação da cultura de segurança na USIFaial, divulgação das alterações da plataforma NOTIFICA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formação sobre Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos que decorreu em 15, 20 e 21 de novembro. Total de profissionais que assistiram à formação 96,1%.</li> <li>✓ Questionário da DGS sobre Avaliação da Cultura de Segurança em cuidados de Saúde Primários, realizado de 10 de maio a 15 de junho.</li> <li>✓ Relatório de monitorização semestral, e relatório anual do sistema Interno de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.</li> </ul>

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Colaborar e apoiar as atividades de outras equipas com relação direta na segurança do doente</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Apoiar a UL-PPCIRA	ERS	Registos da UL-PPCIRA	E
Apoiar a Equipa do Serviço de Segurança Interno	ERS	Registos associados	PE
Colaborar com o Gabinete Apoio ao Sistema da Qualidade/Equipa da Qualidade	Coordenadora da ERS; UL-PPCIRA	Registos associados	E

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

ERS-Equipa do Risco e da Segurança

<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>
<b>Colaborar e apoiar as atividades de outras equipas com relação direta na segurança do doente – áreas de atuação</b>
<b>Apoiar a UL-PPCIRA</b>
A ERS no decorrer de 2023 desenvolveu atividades em colaboração com a UL-PPCIRA, atendendo que os elementos desta integram a ERS.
<b>Apoiar a Equipa do Serviço de Segurança Interno</b>
Parcialmente executado uma vez que a ERS apoio o SIE que é responsável pela Segurança do Edifício.
<b>Colaborar com o Gabinete Apoio ao Sistema da Qualidade/Equipa da Qualidade</b>
Equipa da Qualidade: a gestora da ERS continua a ser elemento integrante da equipa da qualidade. No âmbito das atividades que desenvolve, estas promovem evidências para o projeto de Acreditação em Saúde nos standards de que é auto avaliadora. Despacho n.º 23/2023 de renomeação da EQ.

### Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, no seu Pilar 5, tem um objetivo estratégico dedicado ao PPCIRA, onde traça metas para as áreas de maior impacto nomeadamente:

- Higiene das mãos como o 1º momento de controlo de infeção e,
- Redução da resistência aos antimicrobianos por diminuição do consumo de antibióticos.

Com a recente nomeação de nova equipa para a Unidade Regional do Programa de Prevenção do Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos da Região Autónoma dos Açores houve um incremento na sua atividade, que se traduz por um acompanhamento e dinamismo de apoio às atividades das Unidades Locais que, no nosso caso, reflete-se no projeto PrevenITU ou seja, pela primeira vez temos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários vigilância epidemiológica associada a cuidados de saúde envolvendo dispositivos médicos que requerem técnicas invasivas.

O objetivo geral da ERS é o de contribuir para a segurança do doente através de boas práticas na diminuição de infeções e resistências a antimicrobianos. Para 2023 traçamos como objetivos específicos (correspondentes neste plano a áreas de atuação), os seguintes:

- Assegurar as atividades da responsabilidade da UL-PPCIRA;
- Implementar e desenvolver o Projeto PrevenITU;
- Executar as auditorias anuais da HM, Uso de Luvas e Estrutura e Processo das PBCI's;
- Divulgar as atividades de implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA).



Assegurar as atividades da responsabilidade da UL-PPCIRA;			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	
Promover reuniões trimestrais da UL-PPCIRA e respetivas atas	Coordenadora da UL-PPCIRA	Convocatórias e atas das reuniões	PE
Assegurar as sessões de integração da área de intervenção	Enfermeiros da UL-PPCIRA	Divulgação das sessões de integração e respetivos relatórios de formador	E
Elaboração/revisão dos documentos relativos às áreas de intervenção da UL-PPCIRA	Todos os elementos da UL-PPCIRA	Registo no sistema de comunicação e-Doclink	E
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das 4 reuniões trimestrais da UL-PPCIRA USIFaial previstas, foram realizadas 3, devido à falta de (ausências justificadas).</li> <li>• Realizadas 3 reuniões pela UR-PPCIRA com UL's-PPCIRA.</li> <li>• Foi realizada 1 sessão de integração a novos colaboradores a 25/01/2023.</li> <li>• Formação da UR-PPCIRA via teams sobre HM a 13/01 e presencial a 22/06/2023, PBCI's via teams a 13/11.</li> <li>• Realizada sessão de formação na SCMH às auxiliares de ação médica sobre HM a 23/5.</li> <li>• Realizadas 3 sessões de formação para divulgação da norma nº 9 Vigilância epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico aos enfermeiros. Aos médicos de MGF foi dado conhecimento da norma por e-Doclink.</li> <li>• Foram revistos os procedimentos relacionados com a deposição e remoção de resíduos hospitalares num total de 6 procedimentos.</li> <li>• Mensalmente foram enviados lembretes (via email) a todos os colaboradores da USIFaial sobre os vários critérios das PBCI's.</li> <li>• Fornecidos 15 frascos de SABA de bolso 100ml e 11 frascos de creme hidratante das mãos (pela 1ª vez na USIFaial) a profissionais de saúde.</li> <li>• Afixados cartazes sobre HM e 5 momentos nas novas instalações em todos os gabinetes dos profissionais de saúde.</li> <li>• Cumpridas as ações de melhoria dos relatórios de HM, UL e PBCI's de 2022.</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

UL-PPCIRA = Unidade Local –Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e resistência aos Antimicrobianos; UL= Unidade Local; MGF= Medicina Geral e Familiar

Implementar e desenvolver o Projeto PreventIU			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido
Divulgação do projeto PreventIU aos profissionais de saúde da USIFaial	UL-PPCIRA	Relatórios de formação	E
Elaboração de documentos de suporte à implementação do projeto PreventIU	UL-PPCIRA	Registo no sistema de comunicação e-Doclink	E
Assegurar as reuniões e comunicação de dados entre a UL-PPCIRA da USIFaial e UR-PPCIRA com a UL-PPCIRA do HH	UL-PPCIRA	Relatos de reuniões	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foram realizadas 4 sessões de formação sobre “feixes de intervenções” para a prevenção da ITU associada ao CV. Participaram 84,21% dos profissionais de saúde da USIFaial.</li> <li>• A UL-PPCIRA da USIFaial reuniu com a médica do Serviço de Urologia e coordenadora da UL-PPCIRA do HH a 3/4/2023 para apresentação do projeto e estabelecer parceria na partilha de informação de utentes com utilização de Cateter Vesical na Comunidade.</li> <li>• A UR-PPCIRA ao longo de 2023 liderou 6 reuniões entre as duas Unidades de Saúde envolvidas no projeto, sendo uma em cada trimestre para análise e ratificação dos dados obtidos com o cálculo dos indicadores, uma para analisarmos as dúvidas que surgiram, na prática, com o lançamento dos dados na base de registo criada para o tratamento estatístico dos mesmos, e finalmente, uma reunião onde foi analisada a apresentação planeada pela coordenadora da UR-PPCIRA para levar ao Congresso Nacional do PPCIRA.</li> <li>• Os documentos de suporte ao projeto, foram atualizados sempre que justificado durante o ano de 2023, pelos elementos envolvidos no projeto da UL-PPCIRA USIFaial e USISM e UR-PPCIRA.</li> <li>• Os dados relativos a 2023 do projeto foram enviados à médica do Serviço de Urologia e Coordenadora da UL-PPCIRA do HH.</li> </ul>			

Legendas: E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

UL-PPCIRA = Unidade Local –Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e resistência aos Antimicrobianos; UL= Unidade Local; MGF= Medicina Geral e Familiar

Executar as auditorias anuais da HM, Uso de Luvas e Estrutura e Processo das PBCI's			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido
Proceder às auditorias de estrutura e processo nas novas instalações nos 120 dias após a mudança	Enf. da UL-PPCIRA	Relatório de auditoria	E
Assegurar formação e divulgação dos resultados das auditorias dos anos anteriores, com enfoque nos 90% de cumprimento do 1º momento da HM conforme meta do PNSD	Coordenadora da UL-PPCIRA	Divulgação e relatório de formador	E
Divulgar plano de auditoria da HM e Uso de luvas, e executar	UL-PPCIRA	Relatórios da auditoria	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Divulgado o plano de auditoria.</li> <li>Realizadas 3 sessões de formação para divulgação de resultados das auditorias anteriores, que decorreu de 10 a 12 outubro. Participaram 71,7% dos profissionais de saúde da USIFaial.</li> <li>Foi realizada a auditoria de estrutura e processo nos 120 dias após a mudança para as novas instalações.</li> </ul>			

Legendas:

UL-PPCIRA = Unidade Local –Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e resistência aos Antimicrobianos; UL= Unidade Local; MGF= Medicina Geral e Familiar

Divulgar as atividades de implementação do Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA)			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Desenvolver ações que conduzam à redução em 5% da prescrição global de antibióticos na USIFaial comparativamente a 2022 (PNSD)	UL-PPCIRA e Diretora Clínica	Registo no sistema de comunicação e-Doclink. Relatórios de divulgação dos dados no e-Doclink/correio eletrónico/outros	E
Iniciar a comunicação e colaboração entre as UL do HH e USIFaial sobre a identificação de microrganismos multirresistentes e o teste de sensibilidade a antibióticos, bem como, aconselhamento no PAPA	UL-PPCIRA	Relatos de reuniões. Divulgação de dados no e-Doclink/correio eletrónico/outros.	PE
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução de 8,47% na prescrição dos antimicrobianos comparativamente a 2022.</li> <li>PrevenITU: Reunião com MGF 's da USIFaial e elemento da UR-PPCIRA para análise/discussão do documento sobre os critérios de infecção associado ao cateter vesical a 30/1/2023 e prescrição de antibiótico.</li> <li>Realizada reunião pela UR-PPCIRA, UL-PPCIRA do HH e as UL 's da área de abrangência ao HH a 14/02/2023 onde se iniciou articulação entre as organizações.</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

UL-PPCIRA = Unidade Local –Plano de Prevenção e Controlo de Infecção e resistência aos Antimicrobianos; UL= Unidade Local; MGF= Medicina Geral e Familiar

### Prevenção e Tratamento da Tuberculose (Tb)

O objetivo geral consiste em contribuir para a manutenção da baixa incidência de TB na Ilha do Faial, mais especificamente assegurar as atividades da responsabilidade da Equipa de Prevenção e Tratamento da Tuberculose.

Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido

Promover reuniões de trabalho para elaboração dos documentos referentes à prevenção e tratamento da Tuberculose	Coordenadora e equipa EPTT_PFT	Convocatórias e atas das reuniões Documentos aprovados	NE
Assegurar as sessões de divulgação do previsto para a prevenção e tratamento da tuberculose junto dos profissionais de saúde	Coordenadora e equipa EPTT_PFT	Divulgação das sessões de informação e respetivos relatórios de formador	NE
Acompanhamento dos casos de TB que surjam e vigilância epidemiológica dos contactos	Todos os elementos da equipa Coordenadora e equipa EPTT_PFT	Relatório de atividades da equipa	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Promover reuniões de trabalho para elaboração dos documentos referentes à prevenção e tratamento da Tuberculose			
Objetivo específico não cumprido – iniciámos a elaboração documental relativa à TB, no entanto, não foi colocada em circuito de aprovação por não estar concluída			
Assegurar as sessões de divulgação do previsto para a prevenção e tratamento da tuberculose junto dos profissionais de saúde			
Objetivo não cumprido – a divulgação aos profissionais depende da elaboração documental e uma vez que esta não está concluída e aprovada não podemos cumprir este objetivo.			
Acompanhamento dos casos de TB que surjam e vigilância epidemiológica dos contactos			
Objetivo cumprido – acompanhamos e entregamos medicação a uma utente em tratamento de TB pulmonar, que concluiu com sucesso em setembro. Em agosto o Delegado Concelhio de Saúde recebeu notificação de um teste IGRA positivo, esta utente recusou tratamento. Da investigação epidemiológica realizada a este caso obtivemos mais um elemento da família também com IGRA positivo, este sim está a fazer o tratamento preventivo.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

EPTT-PFT = Equipa de Prevenção e Tratamento da Tuberculose – Pontos Focais para a Tuberculose.

## Segurança dos Profissionais

Avaliação dos Resultados – Avaliação Qualitativa			
Áreas de Atuação	Responsabilidade	Resultado	
		Esperado	Obtido
Equipamentos de proteção individual - garantir que todos os profissionais da USIFaial tenham acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI).	ERS APRO CA	Ausência de pedidos ou registo de ocorrência por falta EPI's.	E
Adesão ao “Notific@” - garantir que a USIFaial estabelece e aplica um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar, conforme Notific@ - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e de Eventos Adversos, sensibilizando os profissionais para a sua utilização.	ERS CA	Existência de procedimento atualizado, divulgado e de fácil acesso dos trabalhadores – Intranet.	E
Saúde, higiene e segurança no local de trabalho - identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais. A USIFaial dispõe de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor.	ERS	Atualização do plano tendo em conta o novo edifício.	PE
Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes) - existência de orientações relativas à identificação de pessoas externas à organização (visitantes), incluindo os DIM, e disponha do respetivo sistema para que todos os profissionais estejam devidamente identificados, tal como previsto no Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril.	SIE	Que todos os visitantes às instalações da USIFaial sejam identificados e identificáveis no período de permanência nas instalações.	PE
Imunização dos profissionais - garantir que todos os profissionais da USIFaial tenham acesso à imunização do tétano, hepatite B, sarampo, gripe sazonal e vacinação COVID 19.	ERS	Registo das vacinas administradas e recusadas/contraindicadas.	E

Legendas:

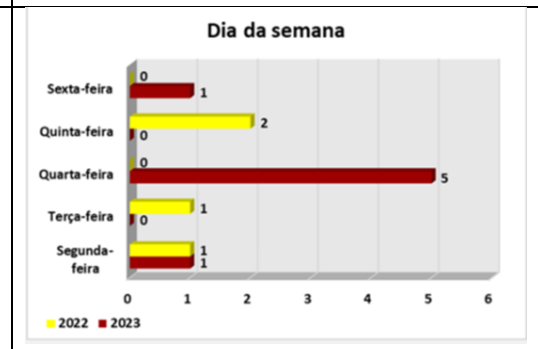
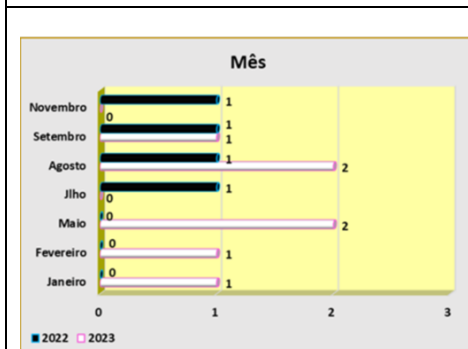
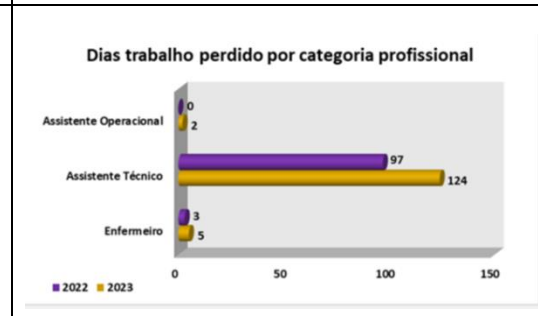
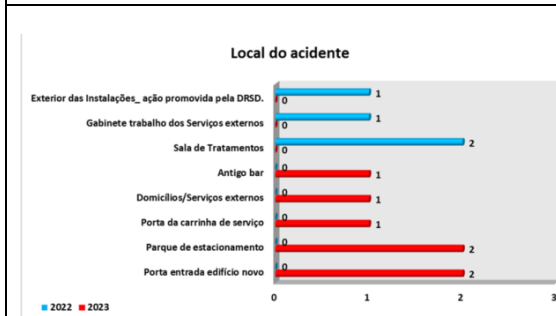
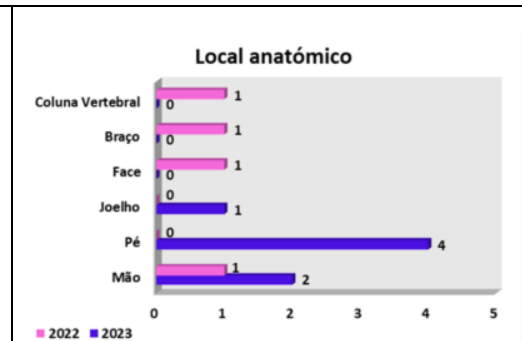
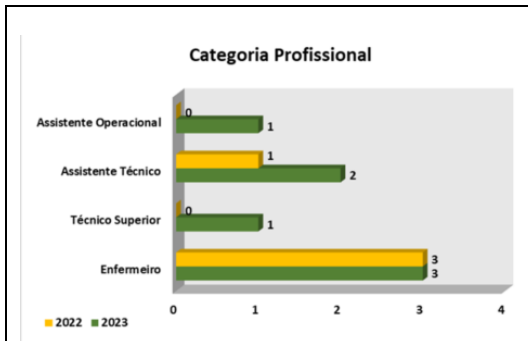
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

APRO= Aprovisionamento; CA= Conselho de Administração; ERS = Equipa do Risco e Segurança; SIE= Serviço de Instalações e Equipamentos

Avaliação dos Resultados – Avaliação Quantitativa	
Equipamentos de proteção individual - garantir que todos os profissionais da USIFaial tenham acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>A USIFaial disponibilizou os EPI necessários à segurança dos trabalhadores durante a prestação de cuidados, desconhece-se falhas de stock e de queixas de disponibilização por parte dos profissionais.</li> <li>No ano em análise, e sempre que justificado o risco de contaminação biológica, o Delegado de Saúde notificou os profissionais da USIFaial, através do Medicine One, email ou e-Doclink, para uso obrigatório de EPI's, mais especificamente uso de máscara, por período limitado de tempo.</li> </ul>	
Adesão ao “Notific@” - garantir que a USIFaial estabelece e aplica um procedimento para a notificação de incidentes e eventos adversos, no qual se define quem, como, quando e onde notificar, conforme Notific@ - Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e de Eventos Adversos, sensibilizando os profissionais para a sua utilização.	

- Elaborado procedimento metodologia para a avaliação e gestão dos riscos laborais.
- Formação sobre Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos que decorreu em 15, 20 e 21 de novembro. Total de profissionais que assistiram à formação foi de 96,1%. Nestas foi divulgada a constituição da Equipa de Saúde Ocupacional e recomendado a notificação dos riscos/incidentes relacionados com a segurança do trabalhador para os elementos desta equipa.
- No presente ano foram rececionados no Sistema Interno de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos 8 notificações.
- Apresentam-se os seguintes dados dos acidentes em serviço comparando os anos de 2022 e 2023:

Acidentes em serviços 2023	Acidentes em serviços 2022
Total de acidentes 2023: 7	Total de acidentes 2022: 4
Participações: 7	Participações: 4
<b>7 acidentes</b>	<b>3 acidentes/1 incidente</b>
Regime de Contrato de trabalho em Funções Públicas - todos	
Horário Rígido;	
<b>7 género feminino</b> (idades: 51,52,28,51,28,55,49)	<b>4 género femininos</b> (idades: 40, 50,62,62)



Saúde, higiene e segurança no local de trabalho - identificar e eliminar os riscos que possam afetar os profissionais, incluindo aqueles que são motivados pelas condições de segurança no trabalho, pelas condições ambientais e pelas condições ergonómicas e psicossociais. A USIFaial dispõe de um Plano de Prevenção de Riscos Laborais implementado de acordo com a legislação em vigor.

- Em 2023 foi efetuada a última sessão de formação sobre avaliação de riscos laborais, referentes aos riscos identificados em 2022, decorreu ainda nas antigas instalações.
- A gestora da ERS solicitou à equipa de psicologia (1º semestre de 2023) avaliação dos riscos psicossociais, que decorreu no 2º semestre.
- Em 2023, com a mudança para as novas instalações foi iniciada a avaliação de risco laboral para adequação dos mesmos à nova realidade, prevê-se estar concluída em 2024.
- Foi nomeada a Equipa de Saúde Ocupacional a 22/09/2023, deixando esta área de atuação de ser integrada no Plano de Atividade da ERS a partir de 2024.

Identificação de profissionais e pessoas estranhas à organização (visitantes) - existência de orientações relativas à identificação de pessoas externas à organização (visitantes), incluindo os DIM, e disponha do respetivo sistema para que todos os profissionais estejam devidamente identificados, tal como previsto no Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril.

- O responsável do SIE refere que esta prática foi mantida antes da mudança para as novas instalações.
- Aquando da realização das operações de manutenção das instalações no presente edifício o SIE refere que não tem controlo das entradas e saídas dos visitantes. Não tem entregue cartões e por vezes as entidades de manutenção externas procedem ao serviço solicitado presencialmente sem o informarem previamente.

Imunização dos profissionais - garantir que todos os profissionais da USIFaial tenham acesso à imunização do tétano, hepatite B, sarampo, gripe sazonal e vacinação COVID 19.

No final do presente ano a percentagem de trabalhadores da USIFaial sem vacinas do PRV atualizada/sem registo de qualquer administração é o seguinte:

Vacina	Trabalhadores com vacina desatualizada/sem registo vacinal	Taxa cobertura vacinal
Td	2,04%	97,96 %
VHB	7,14%	92,86%
Gripe	51,16%	48,84%

- Relativamente à vacinação Covid, apresentamos os seguintes dados percentuais:

Covid	Percentagem adesão
Sem vacina	6,12 %
≤ 2 doses	13,27 %
3 doses	58,16 %
≥ 4 doses	22,45 %

#### d) Resultados Finais

A mudança para o novo edifício constituiu um grande desafio para a USIFaial. Esse processo foi planeado e realizado de forma a minimizar repercussões negativas na prestação de cuidados e nos resultados de desempenho da Unidade.

Tendo em conta os contributos e resultados obtidos e de acordo com a estrutura do relatório de atividades 2023, é possível apresentar um quadro geral do grau de situação das ações implementadas no ano de 2023:

Áreas de atividade		Resultados			
		E	PE	NE	Total
<b>Qualidade e controlo</b>	Gestão da Qualidade e Certificação	3	1	0	4
	Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção	10	3	0	13
	Avaliação de Desempenho	2	0	0	2
<b>Sub Total</b>	<b>N.º</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
	<b>%</b>	<b>78,95</b>	<b>21,05</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Processos Assistenciais</b>	Situações de doença aguda	1	0	1	2
	Grupos vulneráveis, de risco e de multimorbilidade	4	0	3	7
	Saúde da mulher /planeamento familiar e saúde materna	8	0	2	11
	Consultas programadas para os grupos de Risco	4	0	1	5
	Consulta programada de saúde do adulto	1	0	2	3
	Rastreamentos oncológicos (ROCCA, ROCMA, ROCRA, PICOA)	2	0	2	4
	Vigilância do doente em contexto domiciliário	2	0	0	2
	Outros serviços e atividades assistenciais	4	0	1	5
	Serviço Social	8	0	0	8
<b>Sub Total</b>	<b>N.º</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>47</b>
	<b>%</b>	<b>72,34</b>	<b>0,00</b>	<b>25,53</b>	<b>100,00</b>
<b>Processos de Suporte</b>	Organização dos Processos de Deslocação de Doentes	3	0	0	3
	Secretariado Clínico	5	2	0	7
	Aprovisionamento e Armazém	8	1	0	9
	Património e Serviço e Instalações e Equipamentos	9	1	2	12
	Gestão Financeira	3	1	0	4
	Área de Pessoal, Expediente e Arquivo (e outras valências)	8	2	1	11
	Gabinete do Utente	4	0	0	4
	Risco e segurança	21	7	2	30
	Formação	8	1	0	9
<b>Sub Total</b>	<b>N.º</b>	<b>69</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>89</b>
	<b>%</b>	<b>77,53</b>	<b>16,85</b>	<b>5,62</b>	<b>100,00</b>
<b>Total</b>	<b>N.º</b>	<b>118</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>155</b>
	<b>%</b>	<b>76,13</b>	<b>12,26</b>	<b>10,97</b>	<b>100,00</b>

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

Constatamos que foi possível implementar, com êxito, 76% das ações previstas no plano de atividades, pelo que se destaca o envolvimento, motivação e participação com sentido de responsabilidade de todos os trabalhadores, bem como entidades parceiras da USIFaial.

Ações Executadas		Ações parcialmente executadas	Medidas não executadas	Total das ações previstas no Plano de Atividades 2023
N.º	118	19	17	155
%	76,13	12,26	10,97	100,00

Relativamente às ações parcialmente executadas e às ações não executadas devem ser alvo de análise mais cuidada por parte do superior hierárquico dos responsáveis pela implementação de medidas.

Dos 28 indicadores contratualizados foram atingidos ou superados 11 e, dos restantes, 6 ficaram próximos da meta e/ou os resultados foram melhores que no ano anterior.

Quanto aos indicadores afetos ao financiamento, 7 obtiveram resultados compatíveis com um patamar de financiamento, e 4 o máximo de financiamento possível.

Saliente-se a que o desempenho da USIFaial permitiu o acesso a 288.888 EUR de um total possível de 302.500 EUR para o ano de 2023, o que corresponde a 95,5%.

No que respeita à contratualização interna, de referir que dos 32 indicadores contratualizados, 13 atingiram ou superaram a meta, o que corresponde a 41%.

Da análise efetuada a 31 de dezembro de 2023, aos resultados dos 20 indicadores dos Objetivos Operacionais do Quar 2023, verifica-se que:

- ✓ 70 % foram atingidos;
- ✓ 30% não foram atingidos.

Dos objetivos atingidos, 64% foram superados sendo a taxa de execução final, do QUAR, de 71%. Conclui-se, pois, com agrado, que os resultados ora apresentados são bastante positivos, demonstrando compromisso na implementação das ações preconizadas no Plano de Atividades da USIFaial de 2023, bem como o seu processo de melhoria.

## 9 - RECURSOS HUMANOS

### a) Situação Atual

A sua atuação abrange o ambiente interno da organização, sendo aplicada diretamente sobre as pessoas através dos cargos ocupados e/ou das responsabilidades atribuídas de acordo com as carreiras profissionais e competências, afetando assim as pessoas aos diferentes postos de trabalho e equipas existentes na USIFaial.

A orgânica da USIFaial prevê a existência de 3 dirigentes intermédios: enfermeira chefe (1) e coordenadores técnicos (2). Atualmente estão ocupados 2 cargos de chefia, a saber: pela enfermeira chefe e pela



coordenadora técnica (área de pessoal, expediente e arquivo), sendo que existe 1 lugar vago de coordenador técnico. Nunca foi autorizado pela tutela a abertura de concurso para este lugar.

Apesar dos esforços, persiste a escassez de profissionais na área da carreira médica de Medicina Geral e Familiar, de Técnicos Superiores para as áreas de suporte, em particular nas áreas de Direito, Gestão e Recursos Humanos, assim como pessoal com formação específica para as áreas de instalações e equipamentos.

Para garantir o seu funcionamento, e face à complexidade e exigências atuais em termos legais, mantém-se a dinâmica interna de designar responsáveis de área/setores de atividade, de entre os seus trabalhadores, sem que estas nomeações impliquem custos ou acréscimos salariais, ou seja, sem repercussões remuneratórias.

#### Quadro – Pessoal Dirigente

	Tipo de Vínculo	Cargo/Carreira	N.º
Pessoal Dirigente	Regime de Comissão de Serviço	Presidente do Conselho de Administração (Técnico Superior de Regime Geral)	1
		Vogal Executivo, Diretora Clínica (Médica)	1
		Vogal Executivo e Diretora de Enfermagem (Enfermeira)	1
	<b>Total</b>		<b>3</b>

A USIFaial tem o total de 98 trabalhadores sendo que: três (3) são da carreira de dirigente, duas (2) chefias intermédias, 93 trabalhadores (independentemente do vínculo)

#### Quadro – Chefias Intermédias

	Tipo de Vínculo	Cargo/Carreira	N.º
Chefias Intermédias	Tempo indeterminado	Enfermeira Gestora	1
		Coordenador Técnico (*)	1
		(*) existe 2 lugares no quadro de coordenador técnico. Atualmente existe 1 lugar vago.	
<b>Total</b>		<b>2</b>	

#### Quadro – Pessoal das carreiras gerais e especiais

	R.C.T.F.P.	Cargo/Carreira	N.º
Pessoal Médico	Tempo indeterminado	Assistente Graduado Sénior	0
		Assistentes Graduados 1 médico acumula funções de Delegado de Saúde; *1 acumula Funções de Vogal Executivo e Diretora Clínica que não é contabilizada neste quadro apesar de prestar cuidados de saúde	4(+1*)
		Assistentes	1
	Termo resolutivo incerto	Internos de Medicina Geral e Familiar	4
<b>Total</b>		<b>9</b>	
Pessoal Técnico Superior	Tempo indeterminado	Área Serviço Social	3
		Psicologia	2
		Gestão da Qualidade	1

			Medicina Dentária	1
			Nutrição	2
			Organização e Gestão de Empresas	1
			Psicologia	1
<b>Total</b>				<b>11</b>
<b>Pessoal de Enfermagem</b>	Tempo indeterminado		Enfermeira Gestora * não é contabilizado por estar no quadro das chefias	1*
			Enfermeiros Especialistas	3
			Enfermeiros	23
<b>Total</b>				<b>26</b>
<b>Pessoal Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica</b>	Tempo indeterminado	Área	Saúde Ambiental	0
			Radiologia	1
			Cardiopneumologia	1
			Terapia da Fala	1
<b>Total</b>				<b>3</b>
<b>Pessoal Assistente Técnico</b>	Tempo indeterminado		Coordenador Técnico * não é contabilizado por estar no quadro das chefias	1*
			Assistentes Técnicos	25
	Termo resolutivo incerto		Assistentes Técnicos	1
<b>Total</b>				<b>26</b>
<b>Pessoal Assistente Operacional</b>	Tempo indeterminado		Assistentes Operacionais	13
	Termo resolutivo incerto		Assistentes Operacionais	1
	Afetação Interna Temporária		Assistentes Operacionais	1
<b>Total</b>				<b>15</b>
<b>Pessoal de Informática</b>	Tempo indeterminado		Técnicos de Informática Nível 1 – Grau 3	<b>3</b>

Fonte: Serviço de Pessoal / situação a 31 de dezembro 2023

Considerando que o absentismo influencia o desempenho da unidade, nomeadamente a prestação de cuidados, importa reportar este aspeto da gestão dos recursos humanos.

O absentismo laboral para Ortiz e Samaniego (1995) é o incumprimento das obrigações laborais, por parte de um colaborador, que se traduz na falta ao trabalho de forma imprevista quando deveria estar no mesmo (cit in Grau, Vallejo, Tomás, & Rodrigues, 2005).

No entanto há a considerar o conceito de absentismo legal em que a ausência ao trabalho é convertida em faltas justificadas ou injustificadas.

O absentismo total médio em 2023, foi de 70 dias, ou seja, menos 27 dias que em 2022, o que corresponde a uma variação de 2938 dias de trabalho.

Com absentismo superior à média da USIFaial estão os grupos profissionais: Enfermagem, Assistente Operacional e os Técnicos de Diagnostico e Terapêutica.

#### Quadro - Absentismo por grupo Profissional e tipo de faltas

Carreiras/Outros	Ano	Dirigentes (CA)	Médicos	Internos MGF	Enfermagem	Técnico Diagnóstico e Terapêutica	Técnico Superior	Assistente Técnico	Assistente Operacional	Informática	Total	Variação (2022-2023)
N.º Trabalhadores	2022	3	6	5	27	4	10	27	16	3	101	-3
	2023	3	5	4	27	3	11	27	15	3	98	
Faltas (Não contabilizado férias ou artigos)	2022	51	474	629	1551	753	186	1078	606	108	5433	-3065
	2023	70	130	112	618	123	165	661	412	78	2368	
Absentismo (média)	2022	17	79	126	57	188	19	40	38	36	54	-30
	2023	23	26	28	23	41	15	24	27	26	24	
Total de Faltas	2022	95	648	757	2317	817	474	1893	1046	186	9783	-2938
	2023	149	282	209	2257	226	709	1665	1203	147	6846	
Absentismo Total (média)	2022	32	108	151	86	204	47	70	65	62	97	-27
	2023	50	56	52	84	75	64	62	80	49	70	

Não considerando as ausências programadas dos trabalhadores (férias e “artigos”) o absentismo médio foi de 24 dias, enquanto que no período homólogo foi de 54, o que corresponde uma variação de - 3065 dias.

### b) Avaliação de Desempenho

Garantir o cumprimento do Sistema de Avaliação de desempenho			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado Obtido	
Fim do ciclo avaliativo	Coordenadora Técnica e Avaliadores	Ciclo encerrado	E
Novo ciclo avaliativo	Coordenadora Técnica e Avaliadores	Objetivos traçados para o novo ciclo	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<b>Fim do ciclo avaliativo</b>			
Foi concluída a Avaliação do Biénio 2021/2022, validada pelo Conselho Coordenador de Avaliação em 10/10/2023, e Homologada pelo Presidente do Conselho de Administração em 12/12/2023.			
<b>Novo ciclo avaliativo</b>			
A avaliação do Biénio 2023/2024, foi feita as contratualizações dos objetivos individuais de cada trabalhador bem como as respetivas competências de acordo com a Orientação n.º 1/2009 da Direção Regional da Saúde.			
<b>CARREIRAS ESPECIAIS</b>			
Pessoal de Enfermagem – Feita avaliação e desempenho dos Enfermeiros cujo triénio terminava em 2023. Feita contratualização de objetivos individuais para os anos 2023/2024, de todos os enfermeiros de acordo com o Manual de Acreditação.			
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica – Feita avaliação dos técnicos que apresentaram relatório, uma vez que neste ano ainda não foi implementada a Avaliação e Desempenho para os TSDT.			
<b>OBJETIVOS INDIVIDUAIS:</b>			
Feita contratualização de objetivos individuais para os anos 2023 (início do ano) e 2024 (fim do ano 2023), de todos os profissionais de acordo com o Manual de referência do Processo de Acreditação.			

### c) Formação

À atividade inerente à equipa do Núcleo de formação (NF) estão associados os seguintes objetivos:

- Desenvolver ações inerentes ao cumprimento do Plano de Formação Interno;
- Gestão e Divulgação dos Pedidos de Formação Externa;
- Gestão e organização das tarefas da equipa NF;

- Planificar as necessidades de formação dos colaboradores.

<b>Desenvolver ações inerentes ao cumprimento do Plano de Formação Interno</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Existência de Plano de Formação Interno	NF	Plano de Formação 2023	E
Execução do Plano de Formação Interno	NF	Taxa de execução do Plano de Formação 2023	PE
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
<b>Existência de plano de formação interno</b>			
O Plano de Formação para o ano de 2023 foi elaborado com base na identificação das necessidades formativas existentes na instituição, em áreas consideradas prioritárias e tendo em conta, a mudança de instalações para o novo edifício. Assim e apesar da programação existente a realização e/ou a alteração das ações formativas propostas estiveram condicionadas por fatores internos e externos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração da nova equipa;</li> <li>• Afetação dos elementos do núcleo a outras áreas;</li> <li>• Mudança de instalações para a nova sede;</li> <li>• Sobrecarga e afetação dos trabalhadores em atividades não previstas.</li> </ul> Pelos motivos acima expostos o plano de formação sofreu alterações, finalizando na versão 4.			
<b>Execução do Plano de Formação Interno</b>			
Foram implementadas formações “Extraplano” para cumprir requisitos legais, necessidades de evidência e planos de ação de melhoria contínua: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial</li> <li>• Funcionamento do Desfibrilhador e Equipamento para mediação da Hemoglobina Glicada</li> <li>• Higiene das Mãos e Uso de Luvas</li> <li>• Sessão de apresentação e divulgação do Plano de Emergência Externo</li> <li>• Vigilância Epidemiológica da Infeção do Local Cirúrgico</li> <li>• Processos assistenciais: ações de melhoria e resultados</li> <li>• Abordagem da Dor: Guia de prática clínica da USIFaial</li> <li>• PDMA: Sinais de alerta e abordagem clínica</li> <li>• Consentimento Informado</li> <li>• Alergias.</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada

NF= Núcleo de Formação

<b>Gestão e Divulgação dos Pedidos de Formação Externa</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Gestão dos Pedidos de Formação Externa	NF	Processos finalizados	E
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade	NF; CA	Participação em formação de temas afins	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Gestão dos Pedidos de Formação Externa			
O NF deu seguimento em tempo útil à emissão de pareceres, no âmbito da sua responsabilidade a pedidos de formação externa.			
Efetuou-se a divulgação de toda a formação externa que deu entrada na USIFaial, remetida através do grupo do SGC-“Núcleo de Formação”.			
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade			
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade através da implementação das seguintes sessões:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PADIS (com início em 2022 e finalização em 2023)</li> <li>• Definição de Objetivos e Monitorização (SIADAPRA)</li> <li>• A Norma NP EN ISO 9901:2015</li> <li>• Ética e Conflito de Interesses</li> <li>• Webinar “Ética na Administração Pública e a Problemática da Corrupção”</li> <li>• IV Curso de Planeamento e Gestão Municipal de Emergência de Proteção Civil</li> <li>• Lei Geral de Trabalho em Funções Públicas</li> <li>• III Conferência Regional “A Prevenção da Corrupção e a Transparência”</li> <li>• Conferência “Humanização e Liderança nos Cuidados de Saúde” (PADIS)</li> <li>• Transparência e Acesso à Informação Administrativa</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada

CA=Conselho de Administração; NF= Núcleo de Formação

<b>Gestão e organização das tarefas da equipa NF</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Realização de reuniões e sessões de trabalho da equipa NF	NF	Reuniões realizadas e atas elaboradas	E
Registos de Formação	NF	A 31 de dezembro registos de toda a formação 2023	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Realização de reuniões e sessões de trabalho da equipa NF			
O ano de 2023 ficou marcado pelos constrangimentos acima explanados, contudo o NF conseguiu desenvolver todo o trabalho proposto, sendo algumas das tarefas as seguintes:			
*Reunião com o CA sobre o plano de formação externo do CEFAPA e do SINTAP (2 reuniões);			
*Reuniões mensais (12 reuniões) e Sessões de trabalho semanais (36 sessões.)			
Registos de Formação			
Até 31 de dezembro de 2023 os registos de formação externa e interna foram todos efetuados, constando da base de dados da Gestão da Formação 2023 e do arquivo eletrónico nas pastas de cada processo formativo.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada

NF= Núcleo de Formação

Planificar as necessidades de formação dos colaboradores			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido
Levantamento das necessidades formativas para 2024	NF	Questionário para o <i>Levantamento de Necessidades Formativas 2024</i>	E
Plano de Formação Interno 2024	NF	Plano de Formação 2024	E
Elaboração do Manual de Acolhimento e Integração do Colaborador (extraplano)	NF	Manual de Acolhimento e Integração	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
Levantamento das necessidades formativas para 2024			
O NF aplicou um questionário para o <i>Levantamento de Necessidades Formativas 2024</i> aos dirigentes, chefes, responsáveis, coordenadores entre outros, da USIF. O contributo obtido permitiu a elaboração do PF para o ano 2024.			
Plano de Formação Interno 2024			
Foi elaborado com base na informação obtida junto do Plano de Formação 2024 e outra considerada prioritária e imprescindível pelos dirigentes da USIF e pelo próprio NF.			
Elaboração do Manual de Acolhimento e Integração do Colaborador			
O NF elaborou o Manual de Acolhimento e Integração do Colaborador com o objetivo de facilitar a integração de um/a novo/a colaborador/a na USIFaial.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada

NF= Núcleo de Formação

## 10 - EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

Em 2023 a Unidade de Saúde da Ilha do Faial /Centro de Saúde da Horta, como atrás descrito, funcionou em 2 espaços distintos:

- Janeiro à 1ª quinzena de maio de 2023 – Edifício da Vista Alegre (antigas instalações);
- A partir de maio de 2023 nas novas instalações, sito à Estrada Príncipe Alberto do Mónaco;

Paralelamente ao processo de gestão da mudança foi necessário finalizar a seleção de mobiliário/equipamento para eventual “abate”, “continuidade”, “cedência”, etc.

Por causas externas à Unidade e apesar de estar prevista não foi possível a adjudicação da obra para espaço destinado ao armazém, arquivos (geral, clínico, reembolsos), armazenamento de mobiliário e de equipamentos.

Em 2023 foram efetuadas diversas aquisições, como seja mobiliário, equipamento informático e outros bens com vista à atualização de equipamentos médicos, num total de 88.870,44 EUR. Estas aquisições foram efetuadas e apoiadas ao abrigo dos programas PO Açores 2020 e PRR nos montantes de 75.098,32 EUR e 13.772.12 EUR.

A USIFaial encontra-se equipada para a realização de atividades assistenciais e de suporte. Anualmente, é assegurada a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos por entidades externas certificadas para o efeito. Estes trabalhos são efetuados através de contratação de serviços.

Quanto a comunicações, a USIFaial dispõe, em todos os seus serviços, de telefones digitais VOIP.

Os administrativos dos Núcleos de Saúde Familiares possuem linhas telefónicas diretas e endereços de e-mail personalizados, ferramentas essenciais para melhorar a comunicação entre os profissionais do núcleo de saúde familiar e os seus utentes.

Os serviços externos de enfermagem também estão equipados com telemóveis, um por serviço.

Os meios de transportes são recursos fundamentais para a prestação de cuidados junto da população. Neste sentido, a USIFaial tem nos seus ativos nove viaturas sendo que, atualmente, apenas 6 estão operacionais e a assegurar todo o serviço de transporte necessário. As viaturas foram adquiridas entre os anos 2000 e as mais recentes 2008. Continua a ser URGENTE a substituição das mesmas pois o custo de reparação/manutenção destas é superior ao seu valor de mercado e, sem viaturas, não é possível assegurar os serviços externos, como sejam os cuidados de enfermagem e médicos nos domicílios e nas extensões, atividades desenvolvidas de segunda a sábado.

Destaque para o facto da urgência na sua substituição não estar relacionado apenas com os custos de reparação/manutenção mas também, com os riscos de utilização e segurança dos trabalhadores.

Quadro – Viaturas da USIFaial

Quant. viaturas	Marca - Modelo	Ano	Idade	Combustível	Estado	Observações
2	Renault - Kangoo 2 VP	2008	15	gasóleo	Operacional	Mau estado Chapa/Pintura
2	Renault - Kangoo V.P. Pack 1.5	2006	17	gasóleo	Operacional	Mau estado Chapa/Pintura
1	Renault - Kangoo V.P. Pack 1.5	2006	17	gasóleo	Operacional	Mau estado Chapa/Pintura Avarias frequentes
1	Toyota - Corolla	2000	23	gasolina	Operacional	Muito mau estado Chapa/Pintura
1	Fiat - Palio W.E. 1.9 JTD	2004	19	gasóleo	Avariado	Desde setembro 2021
1	Fiat - Palio Weekend TD 70	2000	23	gasóleo	Avariado	Desde novembro 2021
1	Fiat - Palio Weekend TD 70	2000	23	gasóleo	Avariado	Desde janeiro 2022



## 11 - INSTRUMENTOS PARA GERIR E PROMOVER A QUALIDADE

### a) Gestão da Qualidade e Certificação

Comprometidos assim com a melhoria desta Unidade de Saúde, em 2023 deu-se continuidade ao compromisso com os critérios de qualidade do manual de referência assegurando, deste modo, a continuidade do processo e preparando a visita de acompanhamento agendada para março de 2024. Foram ainda implementadas as ações inerentes ao Gabinete de Gestão de Qualidade assim como apoio ao órgão de gestão sempre que solicitados. Os resultados das atividades desenvolvidas em 2023 são apresentados nas seguintes tabelas:

Assegurar a continuidade do processo e preparando a visita de acompanhamento			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Certificação	GAQ\EQ	Atividades inerentes à manutenção da Certificação e preparação da visita de acompanhamento	E
Melhoria Contínua	Resp. ações de melhoria	Ações de melhoria resultantes de avaliações internas ou externas.	PE
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<p><b>Certificação –Executado.</b></p> <p>No ano de 2023 existiram dois fatores que implicaram a necessidade de reorganização das ações inerentes ao Processo de Certificação: a mudança para o novo edifício e nova versão do Manual de Standards (v8), acontecimentos que se concretizaram quase em simultâneo. A mudança para o novo edifício implicou a necessidade de rever alguns circuitos e procedimentos uma vez que a dinâmica nas novas instalações é diferente. A nova versão do manual de referência, por seu lado, implicou um trabalho de novo estudo e análise dos standards o que nalguns casos implicou uma reorganização das ações de melhoria (mudanças de calendarização de ações, revisões antecipadas de normativos, etc.).</p> <p>No último trimestre foi concretizada a mudança dos elementos que constituem a Equipa da Qualidade intenção que existia desde finais de 2020.</p> <p>No dia 13 de outubro de 2023 foi disponibilizada a agenda da visita de acompanhamento 2,5 anos que está agendada para o dia 8 de março de 2024. Desde essa data que se trabalha de forma mais orientada e focalizada para as evidências que constam do plano de trabalhos enviado pelo Departamento da Qualidade em Saúde e que respeitam apenas às evidências da autoavaliação dos standards obrigatórios.</p> <p>Foram realizadas o total de 18 reuniões (Equipa da Qualidade + Outras equipas Transversais + CA) tendo sido efetuadas 39 sessões de trabalho com o objetivo de coordenar, apoiar e monitorizar o desenvolvimento dos trabalhos/ações de melhoria.</p> <p>A 14 de novembro de 2023 a Equipa da Qualidade participou numa sessão via Teams promovida pela USISM para comemorar o Dia Mundial da Qualidade em que participaram os elementos das Equipas das USI' s que estão ou pretendem efetuar candidatura para a certificação (USISM, USIT, USIFaial, USIPico, USIS Jorge).</p> <p>Plataforma @Qredita (situação a 29 de dezembro 2023): 36 áreas de melhoria conseguidas; 208 evidências/ficheiros anexos; 6 mensagens na zona de comunicação; 22,37% standards “cumpre” (obrigatórios).</p> <p>Foi efetuado o Programa de Autoauditorias/monitorias internas para o ano 2023 e 2024 (aprovado pelo CA em setembro 2023). Em 2023 foram planeadas e efetuadas com relatório finalizado o total de 15 autoauditorias, em que o plano de ações de melhoria fez parte integrante do relatório final.</p> <p><b>Melhoria Contínua –Parcialmente Executado.</b></p> <p>Apesar dos fatores não previstos descritos no ponto anterior a 3 de janeiro de 2024 constatou-se que das 56 ações de melhoria atribuídas a diferentes responsáveis internos e com data limite de execução até 31 de dezembro de 2023 verificou-se que: 45% foram implementadas, 34% estavam em execução, 11% parcialmente executadas, 11% não executadas.</p>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

EQ= Equipa da Qualidade; GAQ= Gabinete Gestão da Qualidade; Resp. = responsáveis.

Gestão das Atividades inerentes ao GAQ			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado esperado	Resultado Atingido
Gestão documental do SGQ	GAQ	Controlo dos normativos	E
Apoio ao CA	GAQ	Evidências do apoio	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<p><b>Gestão Documental do SGQ - Executado</b>            Em 2023 a gestão documental do SGQ teve os seguintes focos de trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlo dos normativos e respetivas revisões formais – total de 133 documentos em que foi efetuada a revisão formal (excluindo impressos)</li> <li>- Extraplano de atividades - Trabalho com a técnica de informática Regina Duarte para recolha dos impressos da USIFaial, sessões de trabalho com os intervenientes e com os serviços/equipas, monitorização, melhoria e uniformização. Trabalho que não foi possível dar por concluído em 2023, mas que apesar disso foram revistos e atualizados 237 impressos</li> </ul> <p><b>Apoio ao CA. Ação 1 - Executado</b>            Sempre que solicitado foi dado apoio ao CA noutras áreas. Em 2023 destacam-se as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio na recolha de informações e elaboração do Relatório de Atividades 2022, Plano de Atividades 2023.</li> <li>• Apoio na elaboração das grelhas para o Relatório de Atividades 2023.</li> <li>• Apoio na recolha de evidências para resposta à Ação de Controlo aos instrumentos de prevenção da corrupção da Inspeção Regional da Transparência e Combate à Corrupção.</li> <li>• Apoio na coordenação das reuniões Sistema Controlo Interno e realização da autoauditoria ao Serviço de OPDD; recolha de evidências para as autoauditorias ao Serviço de Instalações e Equipamentos e Serviço de Pessoal e melhoria das ferramentas de recolha de dados. Foram necessários afetar tempo para a realização de reuniões (8) e sessões de trabalho (8).</li> <li>• Internet e Intranet - Apoio em 2 fases: i) na compilação de textos para a versão 1 – Página Internet projeto com início em 2022; ii) apoio para a melhoria da internet. Também tem sido dado apoio para a remodelação da intranet.</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GAQ= Gabinete Gestão da Qualidade

## b) Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude

Para 2023 pretendeu-se estar atento à eventual necessidade de atualização, controlo e/ou melhoria de:

- ✓ Revisão e atualização do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRIC);
- ✓ Relatórios de acompanhamento e de execução do PPGRIC (em abril elaboração do relatório anual de execução e em outubro o relatório para as ações inerentes aos riscos elevados);
- ✓ Conflito de Interesses;
- ✓ Código de Ética e de Conduta; Procedimento do “Sistema de apresentação e tratamento de denúncias da USIFaial - Canal de Denúncias”;
- ✓ Política Antifraude da USIFaial;
- ✓ Implementação do Sistema de Controlo Interno e elaboração da norma/manual do SCI.

Revisão e atualização do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRIC)			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsáveis	Resultado	
		Esperado	Obtido
Revisão e atualização do PPGRIC	Pres. CA, Resp. GAQ, Gestora ERS e colaboração das chefias, dirigentes e Resp. de área	PPGRIC aprovado, enviado para as entidades de controlo e divulgado.	E
Formação Interna	Resp. GAQ	Registos de formação	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<p>O Plano de Prevenção e Gestão dos Riscos de Corrupção e Infrações Conexas foi revisto e atualizado tendo em consideração a legislação em vigor e as recomendações da IARTCC. Após aprovação o mesmo foi enviado para a tutela (SRSD e DRS) e para as entidades de controlo (IARTCC e CPC/MENAC). Além disso foi disponibilizado para consulta na página da intranet e no site oficial da USIFaial; e, foi dada formação interna e responsáveis de área.</p> <p>Conforme previsto foi efetuada formação interna destinada às chefias, dirigentes e responsáveis de área. O curso teve a seguinte designação: “Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial” tendo sido abordados os seguintes conteúdos temáticos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o Enquadramentos legal;</li> <li>o Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (revisão 2023);</li> <li>o Código de Ética e Conduta;</li> <li>o Política Antifraude</li> <li>o Procedimento do Canal de Denúncias</li> </ul> </li> <li>2 - Responsabilidades dos participantes face ao cumprimento e implementação das ações previstas nos instrumentos de conduta e prevenção.</li> </ol> <p>Instrumentos de Conduta e Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial – 18 participantes 1 AO, 3 AT, 2D, 5 E, 6 TS, 1TI.</p> <p>Além das ações atrás descritas houve sensibilização e adesão para a participação em formação externa, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ética e Conflito de Interesses; CEFAPA – 1 participante - 1TS</li> <li>• Webinar “Ética na Administração Pública e Problemática da Corrupção” - CEFAPA – 14 participantes – 6 AT, 2D, 1 E, 4 TS, 1TI</li> <li>• III Conferência Regional “A Prevenção da Corrupção e a Transparência” – IARTCC - 10 participantes - 3 AT, 2D, 1 E, 3 TS, 1TI</li> <li>• Transparência e Acesso à Informação Administrativa – CEFAPA - 2 participantes – 1AT e 1TS</li> <li>• Além do atrás descrito colaborou-se com o Núcleo de Formação nos módulos “Instrumentos de Conduta e Corrupção” e “Proteção de Dados” Evidenciou-se que existem serviços que fizeram sessões de trabalho sobre os instrumentos de conduta e corrupção.</li> </ul>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

AF= Área Financeira; CA- Conselho de Administração; ERS= Equipa do Risco e Segurança; GAQ= Gabinete Gestão da Qualidade; Pres. = Presidente; Resp. = responsável; AO=Assistente Operacional; AT= Assistente Técnico; D= Dirigentes; E= Enfermeiros; TS= Técnicos Superiores; TI=Técnica de Informática

Relatórios de acompanhamento e de execução do PPGRIC			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Relatório anual 2022	Resp. GAQ	Relatório aprovado, enviado para as entidades de controlo e divulgado	E
Relatório de execução intercalar (outubro 2023)	GT-PPGRIC	Relatório aprovado, enviado para as entidades de controlo e divulgado	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
<p>Relatório anual 2022– Elaborado, enviado para a tutela (SRSD e DRS), disponibilizado na intranet e no site oficial da USIFaial.</p> <p>Relatório de execução intercalar (outubro 2023) - Elaborado, enviado para a tutela (SRSD e DRS), disponibilizado na intranet e no site oficial da USIFaial.</p>			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GAQ= Gabinete Gestão da Qualidade; Resp. = responsável; GT-PPGRIC= Grupo de Trabalho Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

<b>Conflito de Interesses</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Conflito de Interesses	GT-PPGRIC	Autodiagnóstico anual	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Foi efetuado a autoavaliação anual conforme normativos em vigor, divulgados os resultados na página da intranet e dado conhecimento aos responsáveis pela implementação das ações de melhoria.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GT-PPGRIC= Grupo de Trabalho Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

<b>Código de Ética e de Conduta</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Código de Ética e de Conduta	GT-PPGRIC	Código de Ética e de Conduta revisto/atualizado se necessário e Divulgado	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Não foi necessário rever ou atualizar este normativo da USIFaial. Foi dada formação ver interna (cf. Resultados “Revisão e atualização do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRIC)”.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GT-PPGRIC= Grupo de Trabalho Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

<b>Procedimento do “Sistema de apresentação e tratamento de denúncias da USIFaial - Canal de Denúncias”</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Esperado</b>
Manter o normativo interno atualizado e divulgado	RI - CD	Normativo revisto, atualizado e divulgado	E
Desenvolver as orientações das entidades de controlo / tutela	RI - CD	Orientações implementadas e caso haja denúncias respostas dentro do prazo	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Existe um normativo interno acessível a todos os trabalhadores na página da intranet. Existe informação sobre o Canal de Denúncias da USIFaial no site oficial e ainda foi nomeado o responsável interno dando resposta ao solicitado pela IARTCC onde o mesmo tem as credenciais de acesso ao Portal do Canal de Denúncias do GRA. Em 2023 constatou-se a inexistências de denúncias referentes à USIFaial no portal ou rececionadas denúncias por outras vias .			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

RI-CD= Responsável Interno-Canal de Denúncia

<b>Política Antifraude da USIFaial</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Política Antifraude da USIFaial	GT-PPGRIC	Política Antifraude atualizada e divulgada	E
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
Não foi necessário rever ou atualizar este normativo da USIFaial. Foi dada formação ver interna (cf. Resultados “Revisão e atualização do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas (PPGRIC)”.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GT-PPGRIC= Grupo de Trabalho Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

<b>Implementação do Sistema de Controlo Interno e elaboração da norma/manual do SCI</b>			
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa</b>			
<b>Áreas de atuação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Resultado Atingido</b>
Realização de reuniões no âmbito da implementação do SCI	GA SCI	Registos das reuniões realizadas	E
Autoauditorias SCI	GA SCI	Relatórios das avaliações	PE
Manual/Norma de controlo interno	Resp. SCI	Proposta de Norma/Manual SCI no CA até 31 de dezembro 2023	PE
Mapa específico de riscos de fraude PRR	Resp. SCI	Proposta de Mapa riscos de fraude do RR até 31 de dezembro 2023	PE
<b>Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa</b>			
<b>Ação 1 – Reuniões no âmbito da implementação do SCI – Executado</b>  Foram realizadas 8 reuniões em 2023 para implementação do SCI e preparação das autoauditorias SCI/2023. Foram elaboradas e aprovadas as respetivas atas.			
<b>Ação 2 – Autoauditorias SCI – 2023 – Parcialmente executado</b> Foram finalizadas as listas de verificação das autoauditorias e selecionadas as áreas para “avaliações piloto”. Foi completada uma autoauditoria (serviço OPDD); recolhidas evidências para 2 autoauditorias (SIE e Serv. De Pessoal); não existindo evidências de qualquer desenvolvimento do trabalho das restantes autoauditorias.			
<b>Ação 3 – Manual/Norma de controlo interno – Parcialmente executado</b> Não foi possível terminar até 31 de dezembro de 2023.			
<b>Ação 4 - Mapa específico de riscos de fraude PRR - Parcialmente executado</b> Não foi possível terminar até 31 de dezembro de 2023.			

Legendas:

E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada

GA SCI= Grupo de Apoio SCI; SCI= Sistema de Controlo Interno; PRR= Plano de Recuperação e Resiliência; Resp. = Responsável

## 12- CONCLUSÃO

Considerando que se tratou de um ano atípico, vivido em duas “casas” distintas, pois foi o ano da mudança para as novas instalações já há muito aguardada, ainda assim foi um ano com resultados bastante satisfatórios face à conjuntura de mercados e às necessidades de recursos humanos internos que se apresentam.

Mantem se, contudo, as preocupações do passado, nomeadamente a falta de recursos humanos em número suficiente para cobrir os utentes sem médico de família.

Ainda assim, com muito esforço e empenho, tem sido possível dar resposta à grande maioria as solicitações apresentadas.

Esperemos que num futuro muito próximo, a Unidade de Saúde do Ilha do Faial consiga ter todos os utentes inscritos na instituição cobertos por Médico de Família.

A todos os trabalhadores que muito contribuíram para o desempenho da Instituição no ano em apreço, superando-se a cada desafio, a cada momento, a cada dia, com o seu profissionalismo e dedicação, o Conselho de Administração expressa o seu profundo agradecimento.

O Conselho de Administração

## 13 - SIGLAS

**APRO** - Aprovisionamento

**CA** – Conselho De Administração

**CC** – Conselho Consultivo

**DRS** – Direção Regional da Saúde

**EGOAC** – Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados

**EGS** – Exames Globais de Saúde

**ERS** - Equipa do Risco e da Segurança

**GAQ** -Gabinete da Gestão da Qualidade

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**M1** – MedicineOne (Programa Informático De Registo Clínico)

**MCDT's** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

**MF** – Médico de Família

**MGF** – Medicina Geral e Familiar

**NF** – Núcleo de Formação

**NSF** – Núcleo de Saúde Familiar

**OE** – Objetivo Estratégico

**OO** – Objetivo Operacional

**OPDD** – Organização de Processos de Deslocação de Doentes

**PAI ACA** - Processo Assistencial Integrado da Asma da Criança e no Adulto

**PAI DM** - Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus – tipo 2

**PAI POA** - Processo Assistencial Integrado da Pré Obesidade do Adulto

**PAI RCV** -Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular do Adulto

**PAPA** - Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

**PICCOA** - Programa de Intervenção no Cancro na Cavidade Oral nos Açores

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança do Doente

**PPGRIC** - Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

**PRV** – Plano Regional de Vacinação

**PSE PF** - Plano de Saúde Específico de Planeamento Familiar

**PSE SIJ e PAI FCIP** - Plano de Saúde Específico de Saúde Infanto-Juvenil e Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

**PSE SM** -Plano de Saúde Específico de Saúde Materna

**QUAR** - Quadro de Avaliação e Responsabilização

**ROCCA** - Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero Açores

**ROCCRA** - Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto nos Açores

**ROCMA** - Rastreio Organizado do Cancro da Mama nos Açores

**SAPA** - Sistema de atribuição de produtos de apoio

**SE** – Saúde Escolar

**SIE** – Serviço de Instalações e Equipamentos

**SIGRHARA** – Sistema de Gestão de Recursos Humanos da Região Açores

**Tb** - Prevenção e Tratamento da Tuberculose

**TDT** – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

**TS** – Técnico Superior

**UL-PPCIRA** – Unidade Local -Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

**USIFaial** – Unidade de Saúde da Ilha do Faial



## 14 – ANEXOS

Anexo	Descrição
I	Contrato de Gestão Plurianual 2022-2024
II	Acordo Modificativo 2023
III	Quadro de Avaliação e Responsabilização (Quar) 2023
IV	

ANEXO I - CONTRATO DE GESTÃO PLURIANUAL 2022-2024

**CONTRATO-GESTÃO 2022-2024**

Ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, que aprova o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS), na sua redação atual, do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, na sua redação atual, que aprova a orgânica da Secretaria Regional da Saúde e Desporto e do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro de 2011, que cria a Unidade de Saúde de Ilha do Faial, é celebrado entre:

**A DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE**, representada pelo Diretor Regional da Saúde, Berto Graciliano de Almeida Cabral, doravante designada de "Direção Regional da Saúde" ou "DRS";

E

**A UNIDADE DE SAÚDE ILHA DO FAIAL**, neste ato representada pelo Presidente do Conselho de Administração, Maria Teresa Fortuna de Faria Ribeiro, doravante designada de "USI".

O presente contrato de gestão para o triénio 2022-2024, com as cláusulas, anexo e apêndice seguintes:

**Cláusula 1ª****Objeto**

1. O presente contrato-gestão tem por objeto a definição dos objetivos da USI para o triénio 2022-2024, de acordo com a prestação de serviços e cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, no âmbito da sua intervenção:
  - a) Comunitário e de base populacional;
  - b) Personalizado com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
  - c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.
2. O **Anexo** deste contrato define os compromissos entre ambas as partes para o ano 2022, e será revisto anualmente.

**Cláusula 2ª****Princípios gerais**

1. As USI são dotadas de autonomia administrativa e financeira, nos termos da lei, dispendo de um Conselho de Administração e de um Conselho Consultivo próprios, de acordo com o artigo 7º do Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2011/A, de 10 de fevereiro de 2011.
2. As USI ficam responsáveis pelas prestações de saúde relativas aos utentes residentes na sua área geográfica de influência e a outros que a elas recorram, nos termos do devido

1

**CONTRATO-GESTÃO 2022-2024**

enquadramento legal.

3. O presente contrato-gestão baseia-se em princípios de qualidade na prestação de cuidados de saúde e no cumprimento de metas a alcançar.
4. O presente contrato-gestão deve promover os níveis de acesso, desempenho assistencial e eficiência das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS).
5. As USI comprometem-se a estabelecer como prioridade de gestão a realização de uma eficiente política de contratualização interna com o objetivo de maximizar a capacidade instalada nas unidades funcionais que a integram.
6. As USI comprometem-se a implementar as prioridades definidas no Plano Regional de Saúde, considerando as necessidades locais em saúde, em articulação com a DRS.

**Cláusula 3ª****Obrigações principais**

1. A USI obriga-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito da sua área geográfica, através das unidades que o integram, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional da sua criação, quando efetivamente constituídas, designadamente:
  - a) Unidade de Saúde Familiares e Comunitárias;
  - b) Unidade de Diagnóstico e Tratamentos;
  - c) Unidade de Internamento;
  - d) Unidade de Saúde Básica de Urgência;
  - e) Unidade de Saúde Pública.
2. Os objetivos que a USI deverá cumprir traduzem-se nos indicadores de qualidade e na execução do Orçamento, encontrando-se os mesmos discriminados no Anexo.
3. A negociação do orçamento deverá centrar-se na racionalização dos recursos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, devendo o Conselho de Administração da USI envolver as suas unidades para o cumprimento dos objetivos económico-financeiros acordados com a tutela.
4. A USI e a DRS deverão acompanhar trimestralmente a execução do orçamento, analisando de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando medidas preventivas ou corretivas que contribuam para uma efetiva racionalização de recursos da USI.
5. A USI assume o compromisso de alcançar as metas definidas para cada um dos indicadores de qualidade constantes no referido Anexo e os valores acordados para dar cumprimento à execução do Orçamento, devendo para tal organizar a prestação de cuidados



## CONTRATO-GESTÃO 2022-2024

enquadramento legal.

3. O presente contrato-gestão baseia-se em princípios de qualidade na prestação de cuidados de saúde e no cumprimento de metas a alcançar.
4. O presente contrato-gestão deve promover os níveis de acesso, desempenho assistencial e eficiência das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS).
5. As USI comprometem-se a estabelecer como prioridade de gestão a realização de uma eficiente política de contratualização interna com o objetivo de maximizar a capacidade instalada nas unidades funcionais que a integram.
6. As USI comprometem-se a implementar as prioridades definidas no Plano Regional de Saúde, considerando as necessidades locais em saúde, em articulação com a DRS.

### Cláusula 3ª

#### Obrigações principais

1. A USI obriga-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito da sua área geográfica, através das unidades que o integram, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional da sua criação, quando efetivamente constituídas, designadamente:
  - a) Unidade de Saúde Familiares e Comunitárias;
  - b) Unidade de Diagnóstico e Tratamentos;
  - c) Unidade de Internamento;
  - d) Unidade de Saúde Básica de Urgência;
  - e) Unidade de Saúde Pública.
2. Os objetivos que a USI deverá cumprir traduzem-se nos indicadores de qualidade e na execução do Orçamento, encontrando-se os mesmos discriminados no Anexo.
3. A negociação do orçamento deverá centrar-se na racionalização dos recursos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, devendo o Conselho de Administração da USI envolver as suas unidades para o cumprimento dos objetivos económico-financeiros acordados com a tutela.
4. A USI e a DRS deverão acompanhar trimestralmente a execução do orçamento, analisando de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando medidas preventivas ou corretivas que contribuam para uma efetiva racionalização de recursos da USI.
5. A USI assume o compromisso de alcançar as metas definidas para cada um dos indicadores de qualidade constantes no referido Anexo e os valores acordados para dar cumprimento à execução do Orçamento, devendo para tal organizar a prestação de cuidados



## CONTRATO-GESTÃO 2022-2024

A USI obriga-se a desenvolver um processo de contratualização interna com as suas unidades funcionais, devendo para tal:

- a) Aplicar objetivos e indicadores alinhados com a estratégia da USI e da DRS;
- b) Cumprir o calendário anual de contratualização interna, monitorização e acompanhamento;
- c) Formalizar o processo de contratualização interna através da assinatura de Carta de Compromisso;

### Cláusula 7ª

#### Governança Clínica

Compete à USI, através das unidades funcionais e do respetivo acompanhamento por parte do Conselho de Administração, atingir os seguintes objetivos na área da governança clínica:

- a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no utente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-utente;
- b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do utente;
- c) Prestar cuidados de saúde em articulação com o Hospital;
- d) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
- e) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
- f) Promover a transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados;
- g) Desenvolver atividades de avaliação e gestão de risco de forma a diminuir a probabilidade de resultados adversos ou desfavoráveis para os utentes, profissionais de saúde e organização.

### Cláusula 8ª

#### Direitos e deveres dos utentes

1. A USI obriga-se a divulgar a carta dos direitos e deveres do utente e ter um manual de acolhimento atualizado, que disponibilizará a todos os utentes, e a cujas regras a USI dá cumprimento.
2. O manual de acolhimento deverá ser revisto periodicamente, tendo em vista, designadamente, a sua adequação às orientações que resultem das respostas aos inquéritos de satisfação.
3. A USI disponibilizará, de modo acessível aos utentes, o livro de reclamações, bem como os formulários que sejam obrigatórios no contexto das atividades de regulação no sector da saúde.

4

## CONTRATO-GESTÃO 2022-2024

### Cláusula 9ª

#### Qualidade dos serviços

1. No exercício da sua atividade, a USI fica obrigada a assegurar elevados parâmetros de qualidade dos serviços de saúde prestados, quer no que respeita aos meios e processos utilizados quer no que respeita aos resultados.
2. A USI fica obrigada, designadamente, a:
  - a) Aplicar um sistema de gestão da qualidade, como ferramenta fundamental da gestão da unidade de saúde, com o objetivo de promover as ações tendentes à melhoria contínua da qualidade assistencial, segurança do utente e satisfação dos profissionais;
  - b) Registrar toda a atividade clínica, de enfermagem e administrativa no MedicineOne ou qualquer outro sistema indicado pela Secretaria Regional da Saúde e Desporto;
  - c) Proceder à monitorização e avaliação de indicadores de resultados da atividade assistencial, registada no MedicineOne, através do Sistema de Informação de Saúde dos Açores (SISA);
  - d) Atingir os objetivos definidos no Apêndice I do Anexo I, do presente contrato-gestão;
  - e) Atingir os valores definidos no Apêndice II do Anexo I, do presente contrato-gestão;
  - f) Estabelecer normas e procedimentos de governação clínica, promotores de elevados padrões de qualidade da prática clínica e, bem assim, da redução do erro clínico, em coordenação com a DRS.
3. A USI obriga-se a assegurar que quaisquer terceiras entidades que venham a participar no exercício das atividades que constituem o objeto do contrato-gestão, seja a que título for, deem cumprimento às obrigações inerentes aos padrões e sistema de gestão da qualidade.

### Cláusula 10ª

#### Prestação integrada de cuidados de saúde

1. A USI deve assegurar a prestação dos cuidados de saúde primários, considerando a referenciação para outros níveis de cuidados sempre que tal for adequado, de acordo com a legislação em vigor, dada a sua capacidade para gerir o estado de saúde dos utentes, garantindo desta forma a prestação dos cuidados no nível mais adequado e efetivo.
2. A USI compromete-se a:
  - a) Otimizar a utilização dos recursos disponíveis, assistindo os utentes nos seus níveis de prestação, reservando o acesso aos cuidados secundários, em especial, ao Serviço de Urgência, para as situações que exijam este grau de intervenção;

**CONTRATO-GESTÃO 2022-2024**

- USI  
A
- b) Promover a acessibilidade dos utentes no seu nível de prestação de cuidados, facilitando a referenciação interinstitucional dos utentes;
  - c) Assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados noutros níveis, designadamente cuidados continuados e cuidados hospitalares, nomeadamente, através da deslocação de doentes, deslocação de especialistas e telemedicina;
  - d) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes através da implementação do processo clínico eletrónico;
  - e) Desenvolver programas de gestão da doença, crónica e aguda, em articulação com o Hospital da sua área de referência, em especial, através da celebração de protocolos, sobre a coordenação da DRS, visando promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados.
3. A USI articula-se com os restantes estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde, em cumprimento das determinações da DRS quanto às regras específicas de fluxos de utentes e de articulação dos vários níveis de cuidados – redes de referenciação, bem como intervir junto dos restantes estabelecimentos de saúde com vista a garantir o cumprimento das regras definidas.
4. A USI assegura a transferência ou a referenciação de utentes nos termos da legislação em vigor para a deslocação de doentes e especialistas.

**Cláusula 11ª**

**Recursos Humanos**

- 1. A política de recursos humanos da USI deve-se constituir como um instrumento de ajustamento dos recursos disponíveis às necessidades da população devendo, entre outros, promover a cobertura integral de cuidados de saúde primários e a adequação eficiente dos recursos existentes ao perfil assistencial da USI.
- 2. A USI garante a aplicação dos mecanismos de avaliação dos profissionais nos termos da lei.

**Cláusula 12ª**

**Qualidade de registos**

- 1. Todos os profissionais que trabalhem na USI deverão fazer um registo rigoroso da sua atividade assistencial ao nível clínico, de enfermagem e administrativo através do MedicineOne ou qualquer outro sistema indicado pela Secretaria Regional da Saúde.
- 2. Toda a informação económico-financeira deve ser reportada através do sistema



## CONTRATO-GESTÃO 2022-2024

Primavera.

3. A USI deverá manter a sua lista de utentes inscritos atualizada e maximizada de acordo com a legislação em vigor.
4. A USI está obrigada a identificar os utentes do Serviço Regional de Saúde devendo ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente, os terceiros, legal ou contratualmente, responsáveis, em todas as situações em que estes sejam suscetíveis de ser responsabilizados.
5. A atividade assistencial desenvolvida em regime de ambulatório nos cuidados primários deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adotadas no âmbito do Serviço Regional de Saúde, nomeadamente, *Internacional Classification for Primary Care Version 2-Electronic* (ICPC-2-E) e Classificação Internacional de Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2015).
6. A não codificação da atividade desenvolvida nos termos do número anterior ou a existência de taxas de erro significativas na codificação efetuada são objeto de avaliação através da realização de auditorias à codificação, sendo monitorizadas pela aplicação de indicadores definidos para o efeito.

### Cláusula 13\*

#### Apoio técnico

1. A DRS obriga-se a estabelecer sistemas e tecnologias de informação adequados ao desenvolvimento da atividade da USI, tendo especialmente em vista:
  - a) Otimizar a prestação de cuidados aos utentes pelo registo da informação clínica em suporte informático, em todos os estabelecimentos que constituem a USI;
  - b) Melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento dos utentes;
  - c) Promover o registo integral dos dados de identificação dos utentes, pela disponibilização do acesso ao Registo Nacional de Utentes e disponibilização de equipamentos que permitam a leitura ótica do Cartão do Cidadão e Cartão de Utente;
  - d) Registrar de forma exaustiva as atividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira;
2. A DRS tem o direito de auditar todos e quaisquer aspetos relacionados com os sistemas de informação, designadamente a estrutura e o conteúdo dos meios técnicos e informáticos utilizados e os procedimentos envolvidos na recolha, registo, tratamento e transmissão de informação, tendo em vista verificar a veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada e transmitida.

## CONTRATO-GESTÃO 2022-2024

### Cláusula 14ª

#### Prescrição de produtos farmacêuticos e MCDT

A USI obriga-se a implementar medidas baseadas na evidência para a prescrição custo-efetiva de produtos farmacêuticos e medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), através de protocolos e recomendações clínicas emanadas pela DRS, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde.

### Cláusula 15ª

#### Avaliação de desempenho

1. A USI compromete-se a cumprir as metas estipuladas no **Anexo**, destinadas ao aumento ou manutenção do estado de saúde das populações, as quais permitem:
  - Prestar cuidados de saúde com a máxima eficiência;
  - Melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde;
  - Garantir a qualidade dos serviços prestados;
  - Contribuir para a sustentabilidade económico-financeira das unidades e dos sistemas de saúde;
  - Aumentar o grau de integração entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde;
  - Criar valor em saúde.
2. As metas referidas no número anterior são objeto de avaliação por parte da DRS, através da aplicação de uma metodologia de avaliação de desempenho global definida para o acompanhamento da execução deste contrato.

### Cláusula 16ª

#### Alteração das circunstâncias

Em caso de desatualização das metas definidas no presente contrato, que determinaram os termos do mesmo, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.

### Cláusula 17ª

#### Acompanhamento da execução do contrato e obrigações específicas de reporte

1. A USI deve aplicar internamente ferramentas que sustentem a correta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e instituir os procedimentos necessários ao processo de autoavaliação e de reporte de informação à DRS.
2. A metodologia de avaliação e controlo obedece a uma determinada periodicidade e

**CONTRATO-GESTÃO 2022-2024**

o calendário constante do Apêndice I.

4. A USI elabora o Relatório do Ano e envia à DRS de acordo com calendário constante do Apêndice I.

5. A USI apenas estará habilitada ao recebimento do pagamento pelo desempenho se participar em todo o processo de acompanhamento previsto nos números anteriores.

*Mg*  
*[Signature]*

## ANEXO II - ACORDO MODIFICATIVO 2023

**ACORDO MODIFICATIVO 2023****UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO FAIAL**

Ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, que aprova o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS), na sua redação atual, do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, na sua redação atual, que aprova a orgânica da Secretaria Regional da Saúde e Desporto e do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro de 2011, que cria a Unidade de Saúde de Ilha do Faial, é celebrado entre:

**A DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE**, representada pelo Diretor Regional da Saúde, Berto Graciliano de Almeida Cabral, doravante designada de "Direção Regional da Saúde" ou "DRS";

E

**A UNIDADE DE SAÚDE ILHA DO FAIAL**, neste ato representada pelo Presidente do Conselho de Administração, Andy Rodrigues, doravante designada de "USI".

É celebrado o presente Acordo Modificativo ao Contrato de Gestão 2022-2024 com a cláusula, anexo e apêndices seguintes:

**Cláusula Única**

1. Pelo presente Acordo Modificativo as Partes prorrogam para 2023 o Contrato de Gestão para a definição dos objetivos da USI do triénio 2022-2024, no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde primários, celebrado aos dezassete dias do mês de março de 2022.
2. Pelo presente Acordo Modificativo são igualmente alterados os Apêndices I, II e III do Contrato de Gestão 2022-2024 no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde primários, celebrado aos dezassete dias do mês de março de 2022, conforme previsto n.º 2 cláusula 1.ª.

Celebrado aos 16 dias do mês de fevereiro de 2023

Este Contrato produz efeitos a 1 de janeiro de 2023

**PRIMEIRO OUTORGANTE****DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE**

Assinado por: Berto Graciliano de Almeida Cabral  
Identificação: B111001901  
Data: 2023-02-28 às 17:55:44

**SEGUNDO OUTORGANTE****UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO FAIAL**

Assinado por: **Andy Rodrigues**  
Num. de Identificação: 12821801  
Data: 2023.02.22 16:17:38-01'00'  
Certificado por: **Governo Regional dos Açores.**  
Atributos certificados: **Presidente do Conselho de Administração de Unidade de Saúde de Ilha do Faial.**



## ACORDO MODIFICATIVO 2023

### ANEXO Cláusulas Específicas Para o Ano 2023

#### Cláusula 1ª

##### Metas Contratualizadas, Avaliação e Financiamento

1. A USI obriga-se a assegurar o cumprimento das metas contratualizadas para cada um dos indicadores, constantes nos Apêndices I e II, e a execução do Orçamento constante do Apêndice III do presente Anexo.
2. Sempre que não seja possível medir um ou mais dos indicadores previstos nos Apêndices I e II, a USI deverá apresentar evidências para que esse indicador não seja considerado a nível de avaliação.
3. Às USI serão fixados objetivos de desempenho, nos termos do Apêndice I e II e de metodologia definida em sede de acompanhamento da execução do contrato-gestão.
4. Para efeitos de financiamento pelo desempenho, serão objeto de avaliação os indicadores próprios da USI, constantes do Apêndice I, e os mesmos corresponderão a 5% do seu ORAA.
5. Os indicadores contantes do Apêndice I possuem uma ponderação específica definida em sede de metodologia de acompanhamento da execução do contrato-gestão.
6. O cumprimento ou não da meta relativa a cada indicador, constante do Apêndice I, determinará os termos do respetivo financiamento, sendo a avaliação do financiamento efetuada da seguinte forma:
  - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 70% e 80%: financiamento de 80%;
  - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 80% e 90%: financiamento de 90%;
  - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 90% e 100%: financiamento de 100%;
7. A avaliação do cumprimento dos objetivos e atribuição do respetivo financiamento deverá estar concluída até ao dia 31 de maio de 2024.

## ACORDO MODIFICATIVO 2023

### Cláusula 2ª

#### Acompanhamento

1. A USI compromete-se no envio trimestral à DRS de fichas técnicas de acompanhamento nos termos da metodologia definida em sede de acompanhamento da execução do Processo de Contratualização.
2. A DRS propõe data para reunião de apresentação dos resultados de cada trimestre de acordo com o calendário constante do Apêndice I.
3. A USI elabora o Relatório do Ano e envia à DRS de acordo com calendário constante do Apêndice I.
4. A USI apenas estará habilitada ao recebimento do pagamento pelo desempenho se participar em todo o processo de acompanhamento previsto nos números anteriores.

**ACORDO MODIFICATIVO 2023**
**APÊNDICE I**

Área	Indicador	Meta	Peso	
Desempenho Assistencial	5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	20%	15%
	5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	80%	15%
	5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	77%	15%
	6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	40%	15%
	5.22.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos com prescrição crónica inferior a 5 fármacos (Escolha DRS)	43%	15%
	DA.18	Percentagem de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas activos há mais de 6 meses (Escolha USIFa)	4%	15%
Processo	PR.4	Negociação interna	100%	10%

Data limite	Procedimento	Entidade promotora
15 de fevereiro de 2023	Reunião de Negociação	DRS
15 de fevereiro de 2023	Envio da Metodologia de Contratualização dos CPS 2023	DRS
14 de abril de 2023	Reporte da Ficha Técnica do 1.º Trimestre de 2023	DRS
30 de abril de 2023	Envio do Relatório Crítico/Reunião de Acompanhamento do 1.º Trimestre de 2023	USI
14 de julho de 2023	Reporte da Ficha Técnica do 2.º Trimestre de 2023	DRS
31 de julho de 2023	Envio do Relatório Crítico do 2.º Trimestre de 2023	USI
30 de setembro de 2023	Reunião de Acompanhamento do 1.º Semestre de 2023	DRS
13 de outubro de 2023	Reporte da Ficha Técnica do 3.º Trimestre de 2023	DRS
31 de outubro de 2023	Envio do Relatório Crítico/Reunião de Acompanhamento do 3.º Trimestre de 2023	USI
15 de janeiro de 2024	Reporte da Ficha Técnica do 4.º Trimestre de 2023	DRS
29 de fevereiro de 2024	Envio do Relatório de Acompanhamento do ano 2023	USI
31 de maio de 2024	Envio do Relatório Anual de Acompanhamento do Processo de Contratualização de 2023	DRS
31 de maio de 2024	Apresentação dos Resultados de 2023	DRS



**ACORDO MODIFICATIVO 2023**
**APÊNDICE II**
**PRODUÇÃO CONTRATADA**

Área	N.º do Indicador	Designação	Meta 2023
Acesso	3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	65%
	3.15.01	Taxa de utilização global de consultas médicas	70%
	3.15.05	Taxa de utilização global de consultas de enfermagem	80%
	C.1.V1	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes com MF	15
	C.1.V2	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes sem MF	30
	NOVO	Implementação de Equipa de Intervenção em Cessação Tabágica	100%
Desempenho Assistencial	3.08.01	Proporção de grávidas que realizaram, pelo menos um exame ecográfico durante o 2.º trimestre de gravidez	50%
	5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	20%
	5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	80%
	5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	60%
	5.5.E	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25	32%
	5.6.A	Proporção de utentes dos 0 aos 17 anos com IMC abaixo do percentil 85	76%
	5.22.01	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos com prescrição crónica inferior a 5 fármacos	43%
	5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	77%
	6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	40%
	6.22.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	76%
	6.91	Porcentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica	25%
	9.01	Proporção de utentes com perturbações depressivas ou de ansiedade com, pelo menos, uma consulta de psicologia no período em análise	15%
	9.02	Proporção de utentes com obesidade, excesso de peso ou diabetes com, pelo menos, uma consulta de nutrição no período em análise	12%
	DA.17	Porcentagem de Pessoas com depressão major com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação	43%
	DA.18	Porcentagem de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas activos há mais de 6 meses	4%
	COA.1	Porcentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	80%
	COA.2	Porcentagem de mulheres rastreadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	70%
	COA.3	Porcentagem de inscritos rastreados para o ROCCRA (faixa etária entre os 50 e os 74 anos)	50%
	PICCOA	Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (faixa etária entre os 40 e os 75 anos)	65%
	Eficiência	7.07.01	Despesa média de MCDTs prescritos por utilizador (baseado no preço convencionado)
7.15		Custo médio de medicamentos faturados por utilizador	154 €
Processo	PR.4	Negociação interna	100%

### ANEXO III - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO (QUAR) 2023

USIFAIAL - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO 2023

Versão 0 Data: 10/01/2023

Departamento: Secretaria Regional da Saúde e da Segurança Social / Direção Regional da Saúde

Organismo: Unidade de Saúde da Ilha do Faial



**Missão**

A missão da USIFAIAL é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhorada saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família. O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, de forma cortêse profissional, com rigor e qualidade técnico-científica, utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.

**Visão**

A nossa visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

**Valores**

Como valores da Equipa salientamos os seguintes:  
**Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.  
**Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.  
**Inovação:** traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

**Objetivos Estratégicos**

**OE 1**

Desenvolver estratégias prioritárias de intervenção nas principais comorbilidades de saúde que afetam os Faialenses

**OE 2**

Melhorar as ferramentas de promover e gerir a qualidade

**OE 3**

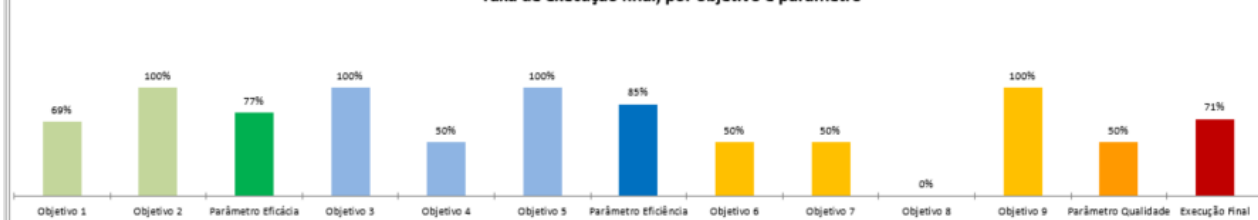
Preparar a Unidade de Saúde para o novo edifício com impacto mínimo na prestação de cuidados de saúde

**OE 4**

Garantir metodologias e instrumentos de apoio à gestão que promovam a melhoria do desempenho e da eficiência

**Cumprimento dos objetivos operacionais**

Taxa de execução final, por objetivo e parâmetro



Legenda		Supera	Atinge	Não atinge	Sem efeito			
<b>Objetivos Estrategico-Operacionais</b>								
<b>Objetivos Estratégico-Operacionais de Eficácia - Ponderação de 40 %</b>								
<b>O. 1 (OE1) - Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial Ponderação de 25%</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 1 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI DM	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	29%	50%	30%	14%	63%	Supera	13%
Ind. 2 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI RCV	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	20%	50%	55%	14%	0%	Não atinge	-50%
Ind. 3 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI POA	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	0%	50%	55%	14%	29%	Não atinge	-21%
Ind. 4 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SIJ e FCIP	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	62%	50%	30%	14%	86%	Supera	36%
Ind. 5 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE SM	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	0%	50%	60%	12%	60%	Supera	10%
Ind. 6 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PSE PF	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	0%	50%	50%	14%	83%	Atinge	33%
Ind. 7 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com PAI Asma da criança e no adulto	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)*100	0%	50%	75%	12%	50%	Atinge	0%
Ind. 8 Aumentar o número Consultas de Psicologia (Cons. PSI)	(N.º Cons. PSI Ano B - N.º Cons. PSI Ano A)/N.º Cons. PSI Ano A*100	-32%	10,0%	15,0%	3%	33%	Supera	23%
Ind. 9 Percentagem de utentes rastreados no PICCOA	Nº indicadores contratualizados (interna e externamente)/Nº indicadores com meta atingida / superada	64%	63%	64%	3%	38%	Não atinge	-25%
<b>O. 2 (OE4) Garantir o planeamento e acompanhamento das atividades prioritárias Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 10 Taxa de execução do plano de atividades	(nº de ações concluídas / nº total de ações previstas no PA)*100	0%	75%	90%	50%	76%	Atinge	1%
Ind. 11 Taxa de cumprimento das datas do plano de atividades	(nº de datas-chave cumpridas / nº total de datas-chave previstas no PA)*100	0%	75%	90%	50%	100%	Supera	25%
<b>Objetivos Estratégico-Operacionais de Eficiência - Ponderação de 30 %</b>								
<b>O. 3 (OE4) Gerir eficazmente o orçamento da USIFAIAL- Ponderação de 10%</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 12 Taxa de execução financeira do orçamento	(despesa realizada / despesa prevista)*100	80%	80%	90%	100%	91%	Supera	11%
<b>O.4 (OE 4) Garantir cumprimento dos indicadores contratualizados externamente Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 13 Cumprimento dos indicadores contratualizados externamente para o ano 2023	Nº indicadores que atingiram ou superaram a meta contratualizada/Nº indicadores contratualizados	25%	50%	70	50%	39%	Não atinge	-11%
Ind. 14 Garantir eficazmente o cumprimento dos indicadores contratualizados afetos ao financiamento	Nº indicadores que atingiram ou superaram a meta contratualizada/Nº indicadores contratualizados	66%	75%	100%	50%	95%	Atinge	20%
<b>O.5 (OE3) Gestão da Mudança para o novo edifício Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 15 Garantir as ações necessárias para a mudança de instalações conforme previsto nos planos de trabalho	Nº de ações realizadas /Nº de ações planeadas ou executadas conforme os normativos (ex. mapa de quantidades, reuniões, decisão armazém, obras, etc.)	60%	90%	100%	100%	100%	Supera	10%
<b>Objetivos Estratégico-Operacionais de Qualidade - Ponderação de 30 %</b>								
<b>O.6 (OE 2) Garantir a existência das ferramentas de gestão da qualidade Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 16 Sistema de Controlo Interno	Existência de norma/manual, outras evidencias associac	50	100%	100%	50%	70%	Não atinge	-30%
Ind. 17 Instrumentos da Corrupção e Fraude	Revisão do PGRCC, divulgação e envio entidades extern	50	100%	100%	50%	100%	Supera	0%
<b>O.7 (OE 2) Implementação de ações de melhoria /corretivas implementadas Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 18 Percentagem de ações de melhoria /corretivas implementadas	N.º total de ações implementadas / N.º de ações previstas/identificadas*100	68%	75%	80%	100%	79%	Atinge	4%
<b>O.8 (OE1; OE4) Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial Ponderação de 10 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 19 Aumentar n.º de consultas médicas presenciais realizadas (MGF)	(N.º Cons. MGF Ano B - N.º Cons. MGF Ano A)/N.º Cons. MGF Ano A*100	13%	5%	10%	100%	-12%	Não atinge	-17%
<b>O.9 (OE4) Promover e desenvolver competências de gestão, administração/qualidade Ponderação de 5 %</b>								
Indicadores	Fórmula	2022	2023				Classificação	Desvio
			Meta	Superação	Peso	Realizado		
Ind. 20 Aumentar as competências para colaboradores/dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade	Nº de requerimentos para formação/Nº de despachos favoráveis do CA*100	100%	100%	100%	100%	100%	Supera	0%

Meios disponíveis	Pontuação	Planeados	Executados	Desvio
<b>Recursos Humanos</b>				
Dirigentes - Direção superior	20x (nº de dirigentes superiores)	20x1=20	20x1=20	0
Dirigentes - Direção intermédia	16x (nº de dirigentes)	16x2=32	16x2=32	0
Chefias Intermédias	14x(nº chefias intermédias)	14x2=28	14x2=28	0
Médicos (não inclui internos MGF)	12X (nº de médicos)	12x7=84	12x7=84	0
Enfermeiros	12X (nº de enfermeiros)	12x28=336	12x27=324	-12
TS-(ligados à prestação de cuidados, inclui TDT)	12X (nº de TS - prestação de cuidados incluindo TDT)	12x9=108	12x9=108	0
Técnicos Superiores (área não clínica)	12X (nº de técnicos superiores -área não clínica)	12x5=60	12x5=60	0
Assistentes Técnicos (não inclui programas)	8X (nº de assistentes técnicos)	8x26=208	8x26=208	0
Técnicos de Informática	8X (nº de técnicos de informática)	8x3=24	8x3=24	0
Assistentes Operacionais (não inclui programas)	6X (nº de assistentes operacionais)	6x15=90	6x15=90	0
Assistentes Técnicos		5x2	10	
<b>TOTAL</b>			10	

Recursos Financeiros(M€)	Estimado	Estimado Revisto	Realizado	Desvio
<b>Orçamento de Funcionamento</b>	7 646 584 €	7 785 304€	7 076 508	708 796€
Despesas de Pessoal	3 736 984 €	3 191 434€	3 176 677 €	14 757€
Aquisição de Bens e Serviços	3 868 600 €	4 566 230€	3 874 174€	692 056€
Outras Despesas Correntes	41 000 €	27 640 €	25 657€	1 983€
<b>Transferências</b>	7 642 784 €	7 654 208€	6 070 000€	1 584 208€
<b>Plano de Investimento</b>		160 195 €	156 180€	4 015€
PRR		30 980€	30 904€	76€
<b>Receitas Próprias</b>	3 800 €	4 400€	6 516€	-2 116€

Listagem das fontes de verificação		
Objetivo 1	Indicador 1	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 2	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 3	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 4	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 5	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 6	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 7	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 8	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
	Indicador 9	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
Objetivo 2	Indicador 10	Relatórios de atividades
	Indicador 11	Relatórios de atividades
Objetivo 3	Indicador 12	Primavera
Objetivo 4	Indicador 13	Report das fichas técnicas (DRS) do 4º trimestre 2023
	Indicador 14	Report das fichas técnicas (DRS) do 4º trimestre 2023
Objetivo 5	Indicador 15	Atas de reuniões do CA, despachos do E-doelink e outros registos associados
Objetivo 6	Indicador 16	Registos SGC-E-doelink/Intranet
	Indicador 17	Registos SGC-E-doelink/Intranet
Objetivo 7	Indicador 18	Relatórios / registos de controlo (ex.: autoauditorias, monitorizações GAQ)
Objetivo 8	Indicador 19	SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores
Objetivo 9	Indicador 20	Base de dados da Gestão da Formação 2023 e despachos do CA (SGC/e-doelink)