

**ASSUNTO:** Parecer Técnico - SIADAP 1 - Análise Crítica da Autoavaliação de 2016 da ARSC

**DATA:** 24-08-2017

**INFORMAÇÃO N.º:** 663/2017

**PROC. N.º:**

À consideração de Sua Exa. O Ministro da Saúde:  
Propõe-se a menção de Desempenho de "Satisfatório" para a ARS Centro, pelo que remeto a presente proposta para homologação de V. Exa.

08-09-2017

 **Sandra Cavaca**  
Secretária-Geral

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2016 da ARS Centro e com a menção de proposta de Desempenho de "Satisfatório", pelo que se propõe a remessa da presente proposta para homologação de Sua Excelência, o Ministro da Saúde.

À consideração da Sr.ª Secretária-Geral

05-09-2017

 **Cláudia Monteiro**  
Diretora de Serviços

Concordo com a presente avaliação de desempenho da ARS Centro, devendo ser submetida à consideração de Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde.

À consideração superior

04-09-2017

 **Nuno Casaca**  
Chefe de Divisão

HOMOLOGO



29 SET 2017

**Adalberto Campos Fernandes**  
Ministro da Saúde

## 1. ENQUADRAMENTO

O Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1), nos termos do n.º 2 do artigo 8.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, confere ao serviço com atribuições em matéria de planeamento, estratégia e avaliação assegurar a coerência, coordenação e acompanhamento do ciclo de gestão dos serviços com os objetivos globais do Ministério e sua articulação com o SIADAP.

Nos termos do Decreto-Regulamentar n.º 4/2016, de 8 de novembro, cabe à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS) assegurar o apoio, coordenação e acompanhamento do Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1).

Neste sentido, compete à SGMS a emissão de parecer com análise crítica das autoavaliações constantes dos relatórios de atividades elaborados pelos órgãos, serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS) que não integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

De referir ainda que, nos termos do n.º 2 do Despacho n.º 5/2012, de 22 de março, a aplicação do SIADAP 1 aos serviços e estabelecimentos do SNS, aos quais seja aplicável a Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro (nomeadamente os hospitais integrados no setor público administrativo), são competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

Atendendo ao ano atípico do ciclo de gestão do SIADAP 1 de 2016 e considerando a transição de competências no âmbito do SIADAP 1 na esfera da Direção-Geral da Saúde (DGS) para a SGMS através do Decreto-Regulamentar n.º 4/2016, de 8 de novembro, a DGS acompanhou o processo de elaboração dos Planos de Atividade (PA) e Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), assim como, eventuais revisões do QUAR, ficando acordado que a emissão de parecer com análise crítica de autoavaliação dos 15 serviços do MS, constante do Relatório de Atividades (RA), seria competência da SGMS, designadamente:

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS)
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN)
- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC)
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT)
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARSALENTEJO)
- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARSALGARVE)
- Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE)
- Direção-Geral da Saúde (DGS)
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS)
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM)
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. (INSA)
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST)
- Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Nos termos do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterado pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, a avaliação final dos serviços é expressa qualitativamente segundo a menção de:

- *Desempenho Bom* - se o serviço ou organismo atingiu todos os objetivos e superou alguns;
- *Desempenho Satisfatório* - se o serviço ou organismo atingiu todos os objetivos ou os mais relevantes;
- *Desempenho Insuficiente* - se o serviço ou organismo não atingiu os objetivos mais relevantes.

Considerando que a lei é omissa na determinação de quais são os objetivos relevantes, o Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS) considera os objetivos mais relevantes, aqueles que somando os pesos por ordem decrescente de contribuição para a avaliação final, perfaçam uma percentagem superior a 50%, resultante, do apuramento de, pelo menos, metade dos objetivos, independentemente da sua natureza/parâmetro (eficácia, eficiência ou qualidade).

Adicionalmente, segundo comunicado do Secretário de Estado da Administração Pública (na sequência do procedimento escrito, iniciado a 29 de abril de 2011 e finalizado a 6 de maio de 2011, e posteriormente aprovado pelo CCAS, a taxa máxima de realização dos objetivos e indicadores de desempenho é fixada em 135%, com aplicação na avaliação de desempenho dos serviços a partir de 2011, inclusive.

O presente parecer consubstancia a análise da SGMS sobre os resultados finais do QUAR, que sustentam a autoavaliação do serviço, e a informação considerada complementar pela própria lei que implementou o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho dos Serviços.

Face ao exposto e nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 17.º da Lei n.º 66-B/2017, de 28 de dezembro, alterado pela Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro, vem a SGMS dar conhecimento da análise crítica da autoavaliação da **Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.** (ARSC), referente ao ano de 2016.

## 2. PARECER COM ANÁLISE CRÍTICA DA AUTOAVALIAÇÃO

Com base nos resultados do QUAR e na informação adicional constante da autoavaliação que integra o Relatório de Atividades (RA) de 2016, e considerando os critérios constantes do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2017, de 28 de dezembro, alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, a **Secretaria-Geral do Ministério da Saúde** (SGMS), sugere-se a atribuição da avaliação de Desempenho Satisfatório, concordante com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço, em sede de autoavaliação do mesmo (Tabela 1).

Neste sentido, o parecer da SGMS foi elaborado com base na fundamentação constante dos capítulos que se seguem:

**Tabela 1 – Resumo de Informação**

<b>Ministério</b>	Ministério da Saúde
<b>Entidade avaliadora</b>	Secretaria-Geral do Ministério da Saúde
<b>Entidade avaliada</b>	<b>Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.</b>
<b>Natureza</b>	Instituto Público integrado na Administração Indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio.
<b>Tutela</b>	Ministério da Saúde
<b>Missão</b>	Garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, respeitando as regras de equidade, cumprindo e fazendo cumprir o PNS e as leis e regulamentos em vigor.
<b>Ano em avaliação</b>	2016
<b>Menção proposta pelo dirigente máximo na Autoavaliação</b>	<b>Desempenho Satisfatório</b>

### 2.1. Avaliação Global do Grau de Cumprimento dos Objetivos e do Grau de Utilização dos Meios Disponíveis

Na tabela 2 encontra-se a síntese da análise crítica da **ARSC**, com a identificação das causas para o desempenho atingido.

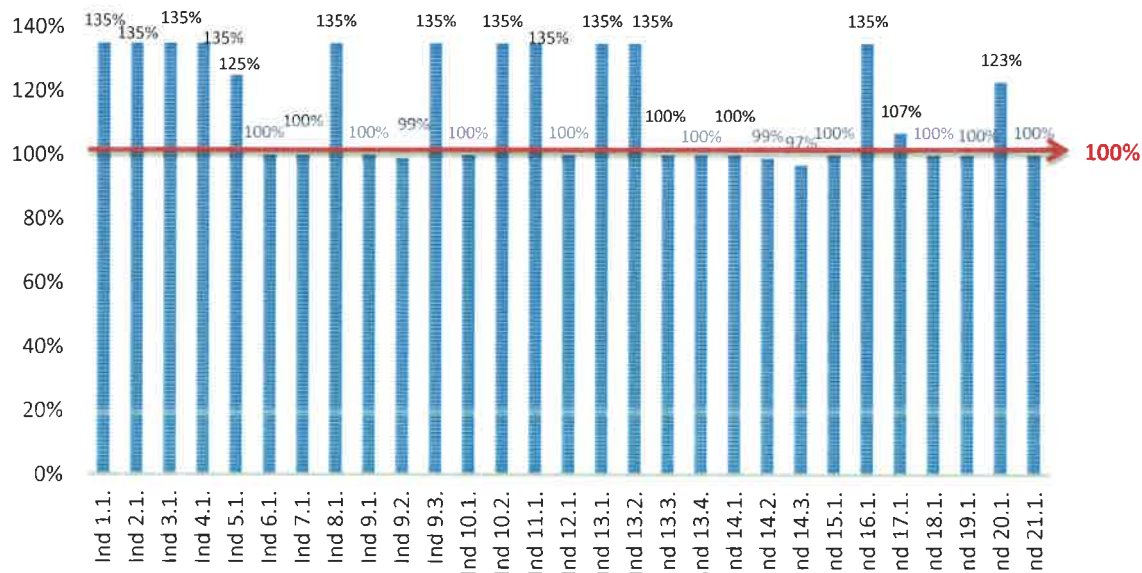
**Tabela 2 – Síntese da Análise Crítica**

**Análise crítica: Fundamentação/ Constações**

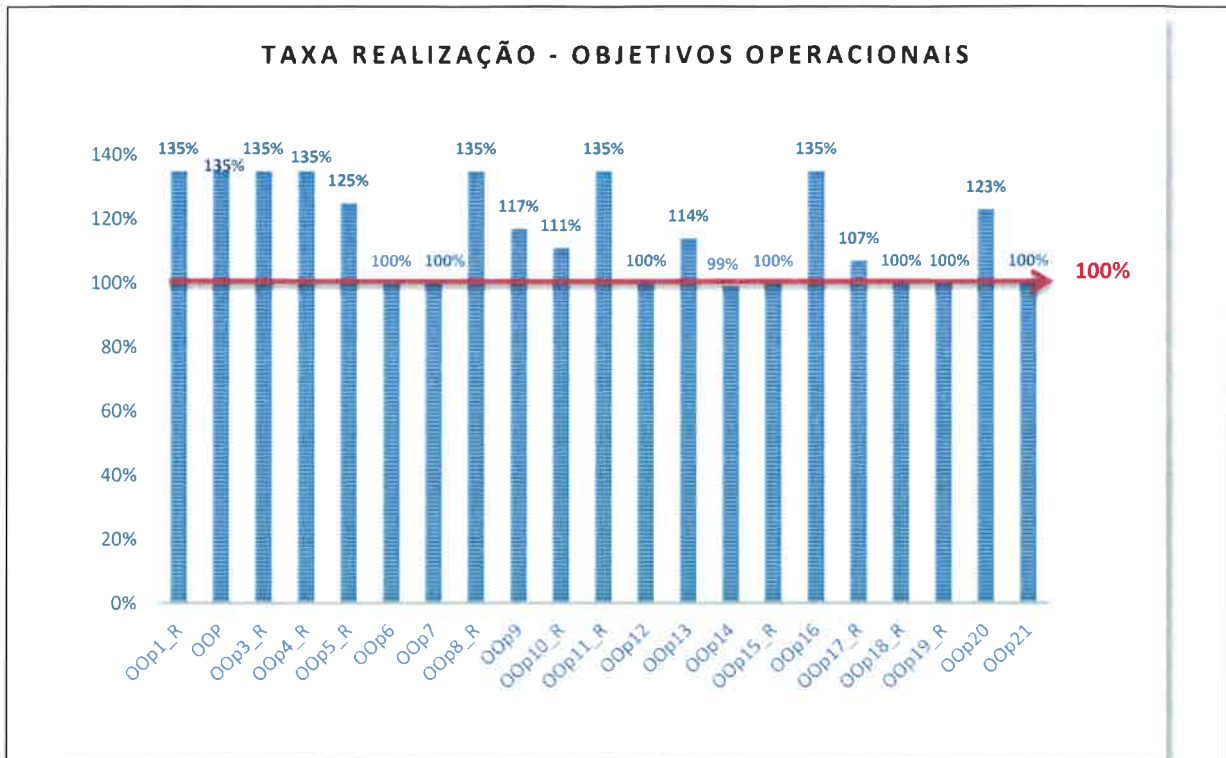
**1) Resultados alcançados e justificação de desvios significativos (n.º 1 do artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)**

A ARSC apresentou a proposta de autoavaliação, referente ao ciclo de gestão 2016, no âmbito do Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1), a qual foi integrada no Relatório de Atividades 2016, conforme previsto n.º 2 do art.º 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro. Na análise aos 29 indicadores de desempenho registados naquele instrumento de gestão (QUAR 2016), constata-se que, 14 indicadores, ou seja 48% superaram as respetivas metas planeadas (Taxa de Realização > 100%), conforme se demonstrado no gráfico seguinte:

**TAXA DE REALIZAÇÃO - INDICADORES DE DESEMPENHO**

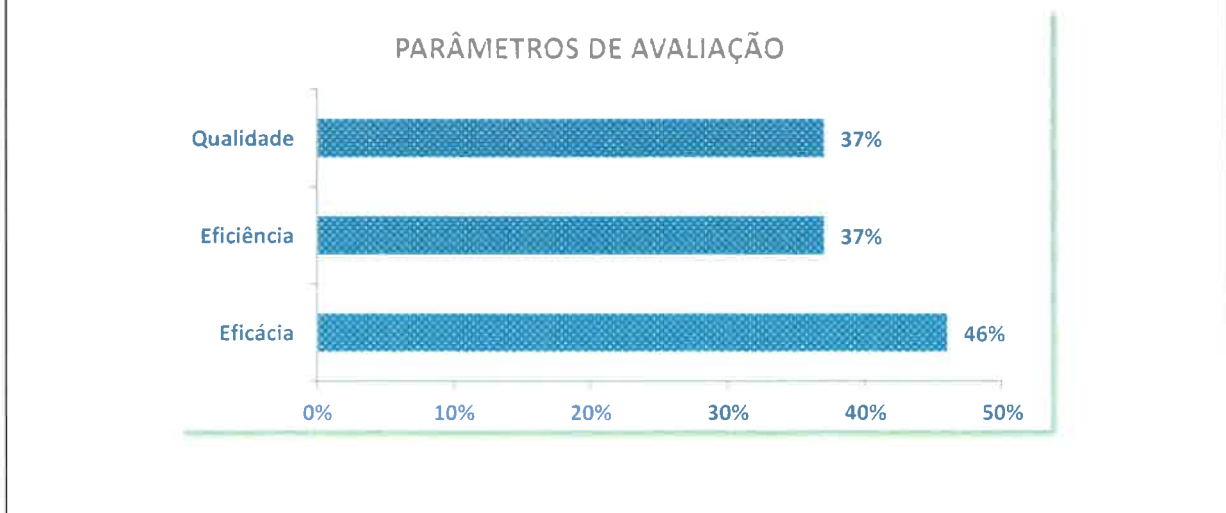


Verifica-se, que 12 indicadores de desempenho foram atingidos (Taxa de realização = 100%) e 12 indicadores atingiram uma Taxa de Realização igual ou superior a 125% (Valor Crítico/Patamar de excelência proposto pelo Conselho Coordenador da Avaliação de Serviços). Observa-se também que todos os indicadores têm histórico, desde 2013, com exceção de 8 indicadores.



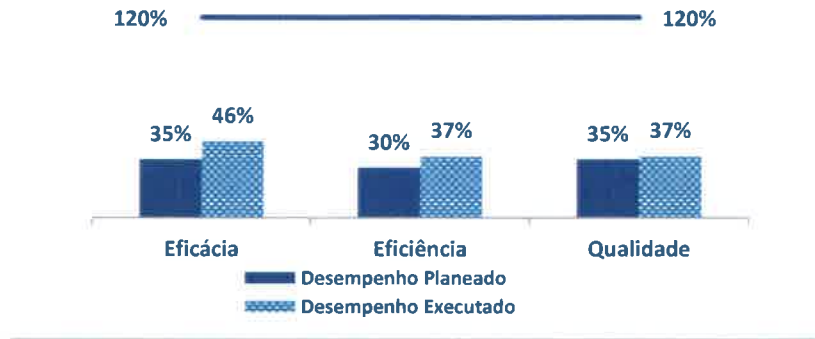
Em relação aos objetivos operacionais, 13 em 21 (62%) foram superados (Grau de concretização > 100%). Os objetivos considerados como mais relevantes (11), para efeitos do n.º 1 do artigo 18.º da Lei nº 66-B/2007, de 28.12, são os objetivos OOp1, OOp3, OOp4, OOp5, OOp8, OOp10, OOp11, OOp15, OOp17, OOp18 e OOp19, tendo sido superados oito.

Relativamente aos parâmetros/dimensões de avaliação (Eficácia, Eficiência e Qualidade), o gráfico seguinte representa a taxa de realização global atingida, a qual resulta do somatório do desempenho executado por parâmetro de avaliação. A taxa de Realização Global é de 120%.

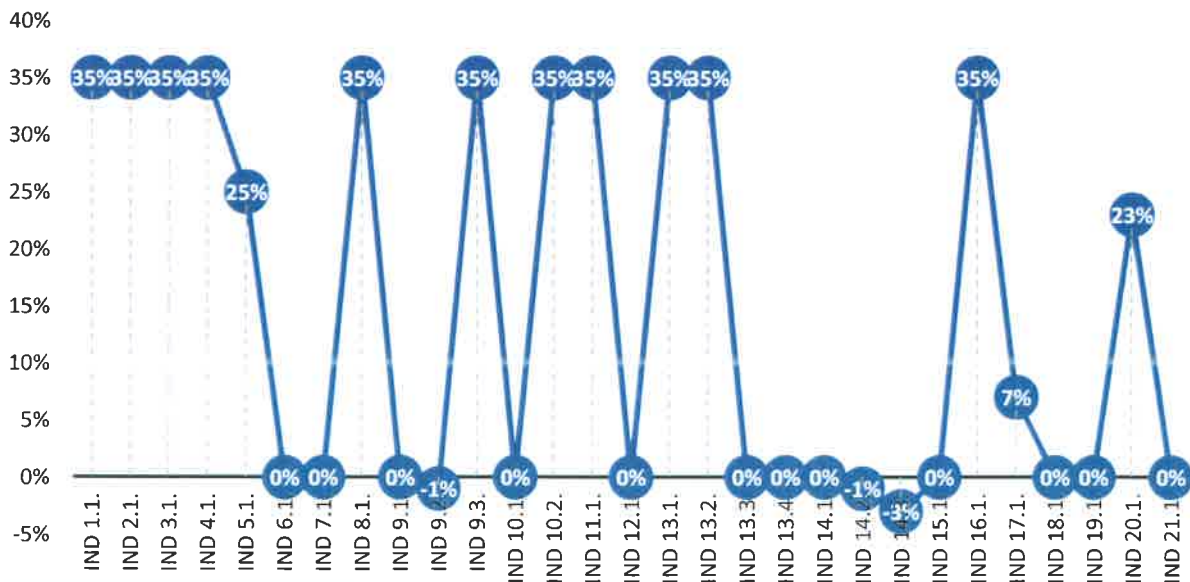




TAXA DE REALIZAÇÃO DECOMPOSTA POR  
PARÂMETRO QUAR 2016



DESVIOS - INDICADORES DE DESEMPENHO



**Recursos Humanos:**

Na tabela que segue, é quantificada a utilização dos Recursos Humanos de 2016 da ARSC, face aos pontos planeados e realizados, e respetivo desvio.

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio%
<b>Total</b>	47.500	45.884	-1.616	-3%

**Recursos Financeiros:**

Relativamente à execução financeira, regista-se um resultado conforme o quadro seguinte:

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
<b>Orçamento de Funcionamento</b>	<b>540.813.872 €</b>	<b>641.481.401 €</b>	<b>638.912.225 €</b>	<b>-2.569.176 €</b>	<b>-0,4%</b>
Despesas com Pessoal	168.851.607 €	157.234.426 €	157.234.250 €	-176 €	0,0%
Aquisições de Bens e Serviços Correntes	364.490.585 €	481.109.277 €	479.805.671 €	-1.303.606 €	-0,3%
Outras Despesas Correntes e de Capital	7.471.680 €	3.137.698 €	1.872.304 €	-1.265.394 €	-40,3%
<b>PIDDAC</b>	<b>2.684.390 €</b>	<b>2.684.390 €</b>	<b>1.342.385 €</b>	<b>-1.342.005 €</b>	<b>-50,0%</b>
<b>Outros Valores</b>			<b>51.145.391 €</b>	<b>51.145.391 €</b>	
<b>TOTAL (OF + Outros)</b>	<b>543.498.262 €</b>	<b>644.165.791 €</b>	<b>691.400.001 €</b>	<b>47.234.210 €</b>	<b>7,3%</b>

Como pode ser observado, registou-se um desvio de (+7,3%) face ao orçamento corrigido, o que se traduz numa taxa de execução de 107,3%.

<b>2) Revisão de objetivos, indicadores ou metas</b>	Não aplicável
<b>3) Verificação da informação que deve acompanhar a autoavaliação do serviço (n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro):</b>	
<b>a) Apreciação por parte dos utilizadores da quantidade e qualidade dos serviços prestados</b>	Não apresenta
<b>b) Avaliação do sistema de controlo interno</b>	O modelo de questionário apresentado pela ARSC "Anexo A", do documento "Avaliação dos Serviços - Linhas de Orientação Gerais" (GT CCAS, Documento Técnico n.º 1/2010) apresenta-se totalmente preenchido. Das questões do questionário, todas as respostas são no sentido afirmativo com exceção, da questão 1.1, que foi justificada pela falta de atualização dos manuais de controlo interno, nas diversas áreas de intervenção.
<b>c) Referência às causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes</b>	No âmbito do QUAR a ARSC, não atingiu o Objetivo Operacional 14 "Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação", composto por três indicadores que avaliam a taxa de cobertura vacinal, dois dos quais não atingiram as metas definidas.  O não cumprimento do indicador relacionado com a taxa de cobertura da VASPR II aos 7 anos de idade, deve-se ao facto de ter havido alguns atrasos no fornecimento da vacina DTPaVIP,



	<p>que por ser administrada concomitantemente com a VASPR II, induziu também a sua demora. O valor atingido foi de 96%, tendo sido a meta proposta de 97%, com 0,5 de tolerância.</p> <p>O indicador relacionado com a taxa de cobertura da HPV II, nas raparigas de 14 anos de idade também ficou aquém do inicialmente definido: a taxa de cobertura proposta era de 91%, mas apenas se atingiu 88%. Esta situação resulta ainda da alteração ocorrida no PNV, em outubro de 2014, que acrescentou 3 coortes de crianças nascidas para vacinação (dos 10 aos 13 anos de idade) e modificou o esquema recomendado (de 3 para 2 doses).</p> <p>Por outro lado, o anúncio, no 1.º semestre de 2016, do novo PNV 2017, que introduz a nova vacina HPV 9, levou a um adiamento da vacinação.</p>
<p><b>d) Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo do desempenho, evidenciando as condicionantes que afetaram os resultados a atingir</b></p>	<p>Em 2017, a ARSC identifica como ações de melhoria, entre outras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A acessibilidade ao rastreio da mama, planeando, com o NRC-LPCC, os diferentes aspetos operacionais;</li> <li>- Dar continuidade às reuniões de trabalho nos Hospitais com Unidades de Patologia do Colo, a fim de melhorar a articulação e os registos;</li> <li>- Manter no Plano de Atividades 2017, o objetivo específico "Aumentar a proporção de registo de utentes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica;</li> </ul> <p>-Maior sensibilização junto das direções clínicas para que os dados referentes a Percentagem de hipertensos com pressão arterial sejam monitorizados de forma mais intensiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar a implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar, em todos os ACES e ULS da região Centro.</li> </ul>
<p><b>e) Comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de</b></p>	<p>Não apresenta</p>



comparação	
<b>f) Audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores na autoavaliação do serviço</b>	Não apresenta
<b>4) Comparação das unidades homogêneas (artigo 16.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)</b>	A ARS Centro apresenta no RA informação sobre os dados de produção agrupados por cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares, cuidados continuados integrados e cuidados de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.
<b>5) Coerência entre os documentos legalmente previstos</b>	Entrega de documentos coerentes com o legalmente previsto.
<b>6) Estrutura do relatório (alínea e) do n.º 1 e n.º 2 do artigo 8º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro; Orientações Técnicas do CCAS e o n.º 10 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/2010, de 25 de junho e a Portaria n.º 1297/2010, de 21 de dezembro.</b>	<p>Não apresenta uma estrutura do RA conforme o previsto, nomeadamente não apresenta os seguintes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apreciação por parte dos utilizadores da quantidade e qualidade dos serviços prestados;</li><li>• Comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação;</li><li>• Audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores na autoavaliação do serviço.</li></ul> <p>Não obstante o exposto, a ARS apresenta no RA uma área dedicada aos indicadores de saúde e à rede de prestações de saúde, que importa ressaltar como fator positivo na sua elaboração.</p>
<b>7) Cumprimento da data limite de entrega do relatório de atividades</b>	Data limite do envio dos documentos, na plataforma eletrónica SIADAP 1 - <b>2 de maio de 2017</b> (data limite estipulada pela SGMS devido à transição da competência no âmbito do SIADAP 1, na esfera da DGS para a SGMS), data de receção na plataforma, 4 de agosto de 2017.

## 2.2. Comentários Face à Avaliação Global do Serviço

Dos 21 objetivos operacionais propostos em QUAR pela ARSC, 13 foram superados (62%), 7 atingidos (33%) e 1 não atingido (5%), com uma taxa de realização global de 120%.

A nível da *eficácia*, dos 7 objetivos operacionais, todos foram superados ou atingidos, obtendo uma pontuação final de 46%, No parâmetro da *eficiência* foram definidos 6 OOp, com uma taxa de realização de 37%, ao nível da *qualidade* foram definidos 8 OOp (3 superados, 4 atingidos e 1 não atingido) apresentando uma taxa de realização global de 37%.

Relativamente à execução dos recursos humanos, face aos pontos planeados, atingiu os 97%, na execução financeira constata-se um desvio de 7,3%, face ao orçamento corrigido.

## 3. HISTÓRICO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

### 3.1. Histórico da Avaliação Global do Grau de Cumprimento dos Objetivos de QUAR

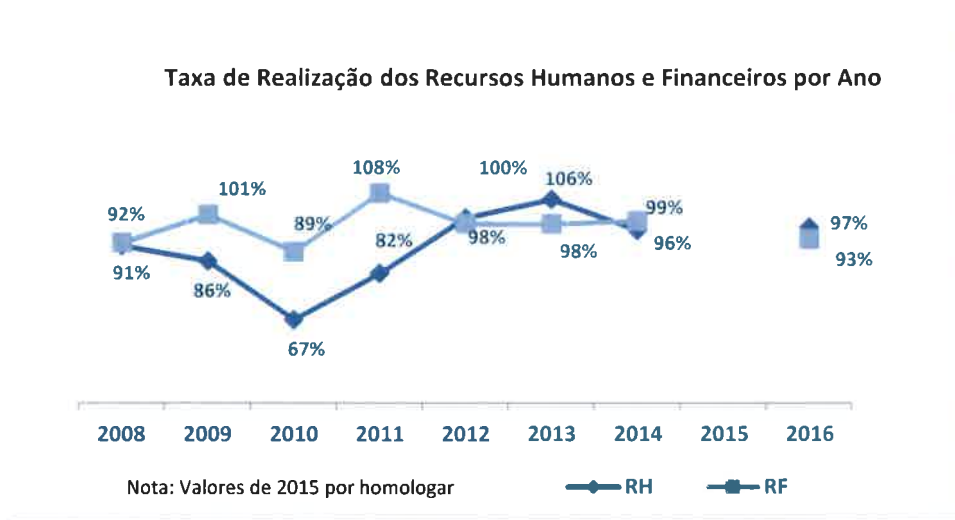
No gráfico seguinte apresenta-se a taxa de realização global atingida, desde 2008 a 2016.

De considerar que, desde 2011, a taxa aplicável de realização máxima foi limitada em 135%.



### 3.2. Histórico da Avaliação Global dos Recursos Disponíveis

Apresenta-se a evolução das taxas de execução dos recursos, humanos e financeiros, desde 2008 a 2016, no gráfico seguinte:



### 3.3. Histórico da Menção de Desempenho do Serviço

A representação da menção de desempenho do serviço, assinalada no gráfico seguinte, corresponde à menção qualitativa e quantitativa do desempenho, quando aplicável, para os anos 2008 a 2014, decorrentes da homologação superior.

O valor apresentado identifica a pontuação final do serviço em cada ano (escala de 0 a 10), resultante da aplicação da matriz de excelência, definida pelo CCAS.



#### 4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

A SGMS teve por base os seguintes documentos de referência na emissão do seu parecer:

- Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro;
- As alterações introduzidas pelas Leis 64-A/2008, de 31 de dezembro, 55-A/2010, de 31 de dezembro e 66-N/2012, de 31 de dezembro;
- Orientação técnica as autoavaliações dos serviços, elaborada pelo CCAS, nomeadamente, na definição dos objetivos relevantes e na expressão qualitativa da avaliação de serviços (desempenho bom, satisfatório e insuficiente);
- Autoavaliação e respetivo QUAR 2016;
- Ofício Circular n.º 13/GDG/08 da Direção-Geral da Administração e Emprego Público (DGAEP), de 21 de novembro de 2008;
- Proposta de Modelo do “Parecer com Análise Crítica da Autoavaliação”, proposto pelo Grupo de Trabalho do CCAS;
- Documento Técnico n.º 1/2010 do Grupo de Trabalho do CCAS;
- Documento Técnico n.º 1/2010 do Grupo de Trabalho do CCAS – Rede GPEARI (Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais).

#### 5. PROCEDIMENTOS A OBSERVAR

De acordo com a Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterada pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro e Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, a avaliação de desempenho dos serviços deve obedecer aos seguintes procedimentos:

- i. Envio ao serviço com atribuições em matéria de planeamento, estratégia e avaliação (SGMS), até 15 de abril de cada ano, do **relatório de atividades**, o qual deve incluir a autoavaliação do serviço nos termos previstos no n.º 2 do artigo 15.º da Circular da DGAEP n.º 12/2008), prazo que este ano foi fixado até **2 de maio**, face à passagem da competência do SIADAP 1 na esfera da DGS para a SGMS;
- ii. Emissão de parecer abrangendo uma análise crítica da autoavaliação, elaborada pela SGMS, a ser submetido à tutela;

- iii. Homologação ou alteração, pelo respetivo membro do Governo, da menção de avaliação de desempenho proposta pelo dirigente máximo de cada serviço, após o parecer da SGMS;
- iv. Elaboração, pela SGMS, de uma análise comparada do desempenho de todos os serviços do Ministério da Saúde, visando:
  - a. Identificar os serviços que anualmente se distinguiram positivamente ao nível do seu desempenho;
  - b. Dar conhecimento ao Conselho Coordenador do Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado dos serviços com maiores desvios, cujas causas não foram apresentadas, entre objetivos e resultados ou que, por outras razões consideradas pertinentes, devam ser objeto de heteroavaliação.
  - c. Divulgação dos resultados da avaliação, em que cada serviço procede à divulgação, na sua página eletrónica, da autoavaliação, com indicação dos respetivos parâmetros. Caso o parecer da SGMS, com a análise crítica da autoavaliação conclua pela discordância relativamente à valoração efetuada pelo serviço em sede de autoavaliação ou pela falta de fiabilidade do sistema de indicadores de desempenho, deve o mesmo ser obrigatoriamente divulgado juntamente com a autoavaliação.
- v. Efeitos da avaliação (artigo 26.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)

Os resultados da avaliação dos serviços devem produzir efeitos sobre:

  - As opções de natureza orçamental com impacto no serviço;
  - As opções e prioridades do ciclo de gestão seguinte;
  - A avaliação realizada ao desempenho dos dirigentes superiores;
  - Aplicação de um conjunto de medidas (designadamente a celebração de nova carta de missão), em caso de desempenho insuficiente;
  - Pertinência da existência do serviço no caso de atribuição consecutiva de menções de desempenho insuficiente.

Tal como referido anteriormente, a proposta da SGMS para a sua menção qualitativa a atribuir em 2016 à ARSC é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com o expressado pelo dirigente máximo deste serviço.

Remete-se em suporte digital, o Relatório de Atividades de 2016 da **Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.**

Face ao exposto, propõe-se a remessa da presente informação para o Gabinete de Sua Excelência, o Ministro da Saúde, para que, se assim for entendido superiormente, seja a presente análise crítica da Autoavaliação de 2016 da **ARSC** homologada.

Mais se informa que, a decisão que recair sobre o documento em anexo, será posteriormente comunicada ao dirigente máximo do organismo e solicitada a sua publicação na página eletrónica institucional.

---

**À consideração superior,**

  
A Técnica Superior

Ana Chastre

---

