

Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (14684/2018)

DESPACHO

HOMOLOGO



Adalberto Campos **Fernandes**
Ministro da Saúde

21.08.2018

DESPACHO

Concordo.

Remeta-se a presente informação ao Gabinete de S.E. o Ministro da Saúde para ser submetida à sua concordância.

A Secretária Geral

António Manuel
Geraldo Navegas

Digitally Signed by António Manuel
Geraldo Navegas
DN: C=PT, O=Secretaria-Geral da
Saúde, CN=António Manuel Geraldo
Navegas
Reason:
Date: 2018-08-14T10:32:44.115 UTC

António Navegas
Diretor de Serviços Jurídicos e de Contencioso
Em substituição da Secretária-Geral
Despacho n.º 11062/2012 de 6.8.2012

14-08-2018 11:31

Sandra Cavaca

PARECER

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2017 da ARS do 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 superior

A Diretora de Serviços



13-08-2018 12:40

Claudia Monteiro

PARECER

ASSUNTO: Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 da
Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

DATA: 07/08/2018

INFORMAÇÃO N.º: 14684/2018

PROC. N.º: 775/2018

1. ENQUADRAMENTO

O Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP1)¹, 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 objetivos globais do Ministério e sua articulação com o SIADAP.

De referir que, a aplicação do SIADAP1² aos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aos quais seja aplicável a Lei n.º 66-B/2007, de 28.12, é competência da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), e aos órgãos, serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS) que não integram o SNS, é 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 Doutor 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)

À SGMS³ compete, no âmbito das suas atribuições assegurar o apoio, coordenação e acompanhamento do SIADAP 1, emitindo parecer com análise crítica das auto-avaliações

¹ N.º2 do artigo 8.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28.12.

² Nos termos do n.º 2 do Despacho n.º 5/2012, de 22.03.

³ Alínea o) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 4/2016, de 8.11.

constantes dos relatórios de atividades dos órgãos, serviços e organismos do MS que não integram o SNS.

A avaliação final⁴ dos serviços é expressa qualitativamente segundo a menção de:

- ⇒ *Desempenho Bom* – se o serviço o 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.

O Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS), sendo a lei omissa na determinação de quais são os objetivos relevantes, 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).

A taxa máxima de realização⁵ dos objetivos e indicadores de desempenho é fixada em 135%.

Os resultados finais do QUAR sustentam a autoavaliação do serviço, a qual tem carácter obrigatório e é sujeita a análise crítica por parte da SGMS, através do presente parecer.

Conforme estipulado na Lei n.º 66-B/20017, de 28.12, a avaliação do desempenho dos serviços deve obedecer aos seguintes procedimentos:

⁴ Artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterado pela Lei n.º 66/B-2012, de 31.12.

⁵ Segundo comunicado do Secretário de Estado da Administração Pública (procedimento escrito, iniciado a 29 de abril de 2011 e finalizado a 6 de maio de 2011, e posteriormente aprovado pelo CCAS)

- i. Envio à SGMS, até 15 de abril de cada ano, do relatório de atividades, o qual deve incluir a autoavaliação do serviço nos termos previsto no n.º 2 do artigo 15.º da Lei supramencionada (Circular DGAEP n.º 13/2008);
- ii. Emissão de parecer, por parte da SGMS, com análise crítica da autoavaliação, a ser submetida 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 28.12)

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.

2. SÍNTESE DA ANÁLISE CRÍTICA

A ARSC, remeteu a 31 de julho de 2018 através da plataforma eletrónica SIADAP1, o Relatório de Atividades e QUAR de 2017.

Na tabela que segue, encontra-se a síntese da análise crítica da ARSC, com identificação das causas para o desempenho positivo.

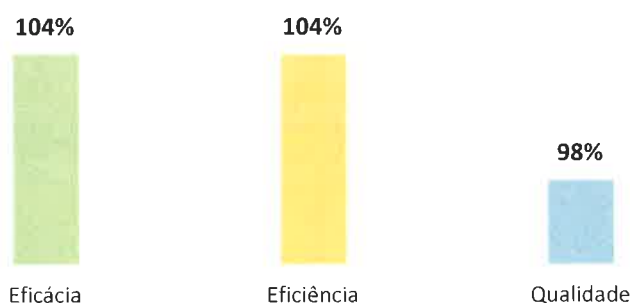
MINISTÉRIO/ TUTELA	Ministério da Saúde
ENTIDADE AVALIADORA	Secretaria-Geral do Ministério da Saúde
ENTIDADE AVALIADA	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
ANO EM AVALIAÇÃO	2017
MENÇÃO PROPOSTA PELO DIRIGENTE MÁXIMO NA ATUAVALIAÇÃO	Desempenho Satisfatório
PARECER DA SGMS SOBRE A PROPOSTA DE MENÇÃO	A SGMS concorda com a decisão que superiormente venha a ser tomada face à proposta de menção de Desempenho Satisfatório , considerando que o incumprimento de um objetivo relevante deveu-se a causas exógenas à ARSC.

ANÁLISE CRÍTICA: FUNDAMENTAÇÃO/CONSTATAÇÕES

O QUAR 2017 da ARSC foi aprovado por Sua Exa. o Ministro da Saúde a 29 de setembro de 2017, por despacho sobre a informação n.º 345/2017.

A taxa de realização global (TRG) do QUAR 2017 foi de **102%**, segundo os cálculos realizados pela ARSC e confirmados pela SGMS. Esta execução resulta no seguinte desempenho executado por parâmetro: **104%** na **Eficácia**; **104%** na **Eficiência** e **98%** na **Qualidade**.

Taxa de realização por parâmetro de avaliação



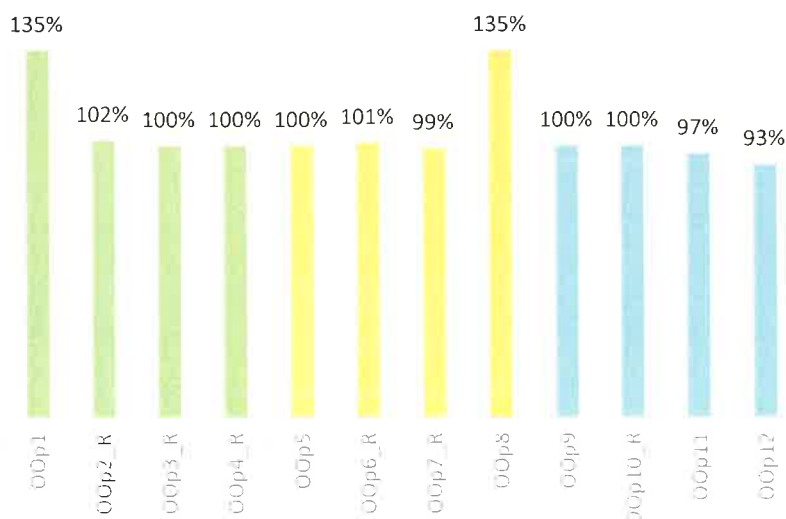
1) Resultados Alcançados e Justificação de Desvios Significativos (n.º 1 do art.º 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28.12)

A ARSC para concretizar os 5 objetivos estratégicos, definiu **12 objetivos operacionais** (OOp), 5 foram atingidos (42%) e 4 superados (33) e 3 não atingidos (25%), numa média de execução de 105%.

O serviço apresentou como **objetivos mais relevantes**, para efeitos do n.º 1 do artigo 18.º da ei n.º 66-B/2007, de 28.12, os objetivos operacionais n.º 2, 3, 4, 6, 7 e 10, que representavam 50% do total dos objetivos operacionais e que evidenciaram uma taxa de realização de 102%, 100%, 100%, 101%, 99% e 100%.

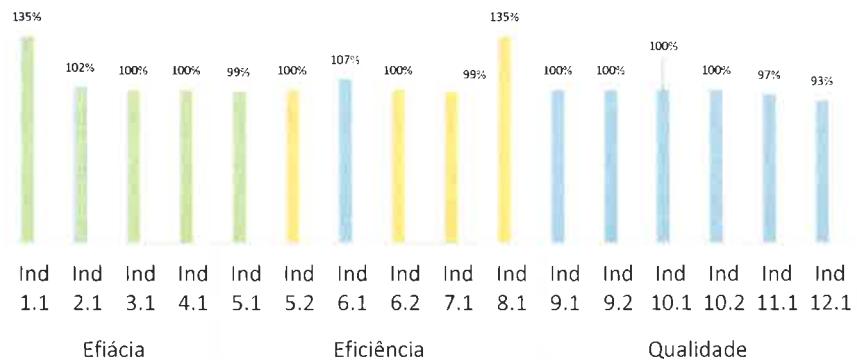
Os objetivos mais relevantes integram os parâmetros de eficácia (OOp2, OOp3 e OOp4), de eficiência (OOp6 e OOp7) e de qualidade (OOp10).

Taxa de realização dos objetivos operacionais



Da análise aos **16 indicadores de desempenho**, registados no QUAR 2017, constata-se, que 4 indicadores, ou seja 25% superaram as respetivas metas planeadas (Taxa de realização > 100%), conforme demonstrado no quadro seguinte:

Taxa de realização dos indicadores de desempenho

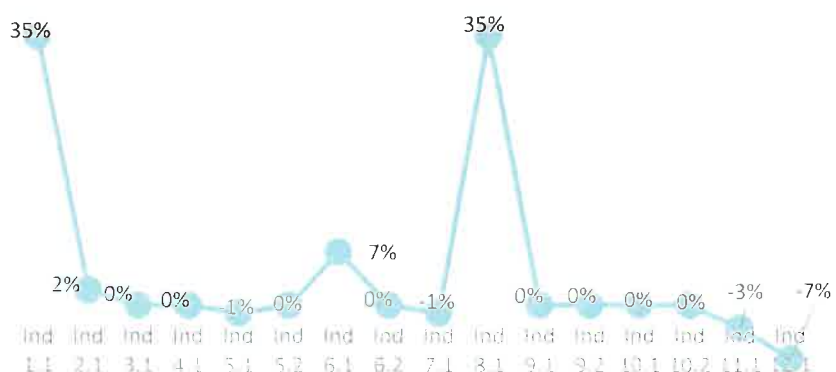


Considera-se que um indicador ou objetivo é atingido quando lhe corresponde uma taxa de realização de 100%, i.e., quando o resultado se encontra no intervalo entre a meta e a tolerância (meta-tolerância ou meta+ tolerância), por sua vez, quando ultrapassa o limite superior do intervalo, no caso de indicador de incremento positivo, ou quando é menor que o limite inferior do intervalo, no caso de indicador de incremento negativo, considera-se indicador ou objetivo superado.

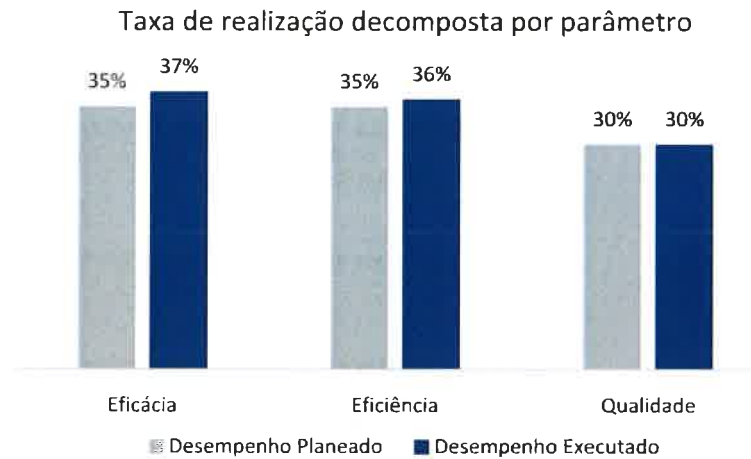
Dos 4 indicadores de desempenho que superaram as metas planeadas, 2 evidenciam ter atingido uma taxa de realização igual ou superior a 125% (Valor Crítico/Patamar de excelência proposto pelo Conselho de Coordenação da Avaliação de Serviços), o que corresponde a 25% face ao total dos 12 indicadores.

Foram registados desvios negativos aos indicadores de desempenho 5.1, 7.1, 11.1 e 12.1, e conseqüentemente nos objetivos operacionais fixados em QUAR 2017, com exceção do OOp5.

Desvios dos indicadores de desempenho



O gráfico seguinte mostra a taxa de realização decomposta por parâmetro, face ao desempenho planeado e executado.



Recursos Humanos:

Os Recursos Humanos tiveram uma taxa de execução de 98%, resultante de um desvio de 890 pontos face ao planeado (QUAR).

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio %
Total	47 830	46 940	-890	-2%

Recursos Financeiros:

A execução financeira da ARSC, regista um resultado de 98%, no montante de 657.927.212.

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
Orçamento de Funcionamento	581 315 144 €	663 374 265 €	655 763 029 €	-7 611 236 €	-1%
Despesas com Pessoal	164 985 069 €	167 658 715 €	167 052 580 €	-606 136 €	0%
Aquisições de Bens e Serviços Correntes	415 885 315 €	495 375 292 €	488 370 192 €	-7 005 100 €	-1%
Outras Despesas Correntes e de Capital	444 760 €	340 258 €	340 257 €	-1 €	0%
Outros Valores	5 383 410 €	4 844 192 €	2 164 184 €	-2 680 008 €	-55%
TOTAL	586 698 554 €	668 218 457 €	657 927 212 €	-10 291 245 €	-2%

**2) Revisão de
Objetivos,
Indicadores ou
Metas**

Em 2017, foram revistos os seguintes indicadores:

Alteração de metas dos indicadores:

OOp2: Manter a capacidade de resposta aos problemas do consumo de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos

Indicador 2.1: Número de utentes atendidos em ambulatório nos Centros de Respostas Integradas e na Unidade de Alcoologia

Meta: 7.300

OOp9: Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação

Indicador 9.1: Taxa de cobertura vacinal da DTPa (PNV cumprido) no ano em que as crianças completam os 2 anos de idade

Meta: 97%

Indicador 9.2: Taxa de cobertura vacinal VASPR II aos 7 anos de idade

Meta: 96%

Alteração integral dos indicadores 10.1 e 10.2 do Objetivo Operacional 10:

OOp10: Promover a vigilância em saúde materno infantil

Indicador 10.1: Proporção de crianças com 7^a nos, com peso e altura registados no intervalo [5;7]anos

Meta: 77,5%

Tolerância: 1%

Valor Crítico: 80%

Indicador 10.2: Proporção de jovens com 14 anos, com PNV cumprido ou em execução à data de referência do indicador

Meta: 93,9%

Tolerância: 1%

Valor Crítico: 95%

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 28.12

a) Apreciação por parte dos utilizadores da quantidade e qualidade dos serviços prestados

Não apresenta.

b) Informação detalhada sobre o sistema de controlo interno

A ARSC apresenta as respostas ao Questionário relativo ao Sistema de Controlo Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS), respondeu genericamente de forma positiva (aplica) a todas as questões, exceto à *Questão 1.1. "Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?"*, respondendo negativamente, resposta justificada pela falta de atualização de manuais de controlo interno nas diversas áreas de intervenção.

No âmbito do QUAR verificou-se o incumprimento de 3 indicadores de desempenho, e conseqüentemente nos objetivos operacionais fixados, cujas justificações foram apresentadas pela ARSC:

OOp7:. Consolidar a reforma dos CSP

Indicador 7.1: Percentagem de utentes inscritos em USF

Justificação: *“O indicador não atingido diz respeito ao número de utentes inscritos em USF. A este respeito, considera-se que as dificuldades para a realização das obras necessárias e os atrasos sentidos nas autorizações de mobilidade ou disponibilidade de recursos humanos constituíram-se como obstáculos determinantes que vieram impedir o alcançar da meta desejada. Realça-se que, apesar de todos os esforços efetuados, a ultrapassagem destes constrangimentos nunca seria possível de conseguir apenas com a intervenção da ARS Centro, IP. Ressalva-se que quer a possibilidade de mobilidade de recursos humanos, quando esta implica a abertura de concursos ou a libertação de recursos por parte de outras entidades, quer os reforços orçamentais que permitem fazer face às dificuldades de cabimento para a realização de empreitadas, estão sempre dependentes de autorizações superiores ou de entidades terceiras.”*

c) Referência às causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes

OOp11:. Promover a capacidade de oferta em resposta hospitalar programada para a primeira consulta de especialidade referenciada pelos CSP

Indicador 11.1: Percentagem de Utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado

Justificação: *“O indicador que avalia a percentagem de utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para consulta externa atendidos em tempo adequado ficou aquém das expectativas, pois, em 2017, verificou-se um aumento do número total de pedidos de referência no âmbito da primeira consulta de especialidade (↑ 6%), sem aumento dos recursos a nível hospitalar. Apesar de não ter havido um reforço de recursos, os hospitais melhoram o seu desempenho, aumentando em 4% o número de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado, só que esse aumento não foi suficiente para fazer face ao aumento da procura, o que conduziu ao incumprimento da meta.”*

OOp12:. Consolidar o processo organizativo que garanta uma mediana do tempo de espera de cirurgia não superior a 3 meses

Indicador 12.1: Mediana de espera para a cirurgia

Justificação: *“Também o indicador Mediana de espera para a cirurgia obteve um resultado inferior ao esperado pois a suspensão temporária na emissão dos vales cirurgia ocorrida em 2017, e conseqüente retoma, contribuiu para o aumento da mediana do tempo de espera verificado no segundo semestre do ano, que se manteve constante nos últimos 3 meses do ano.”*

<p>d) Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo de desempenho, evidenciando as condicionantes que afetem os resultados a atingir</p>	<p>Não apresenta.</p>
<p>e) Comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação</p>	<p>Não apresenta.</p>
<p>f) Audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores na autoavaliação do serviço.</p>	<p>Não apresenta.</p>
<p>4) Comparação das unidades homogêneas (artigo 16.º)</p>	<p>Apresenta 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.</p>
<p>5) Coerência entre os documentos legalmente previstos</p>	<p>Verifica-se a coerência dos documentos entregues com o legalmente previsto, com exceção do pontos 3 a), d), e) e f).</p>
<p>6) Estrutura do relatório (alínea e) do n.º 1 do artigo 8.º) e coerência entre os elementos do QUAR e os documentos previsionais legalmente previstos.</p>	<p>A estrutura do RA de 2017 cumpre com a recomendação proposta pelo CCAS (Anexo II do DT n.º1 /2010), com exceção da comparação do desempenho dos serviços idênticos, no plano nacional e internacional, na apreciação por parte dos utilizadores da quantidade e qualidade dos serviços prestados, na audição dos dirigentes intermédios e trabalhadores na autoavaliação do serviço.</p>

7) Cumprimento da data limite de entrega do relatório - 15 de abril de 2018

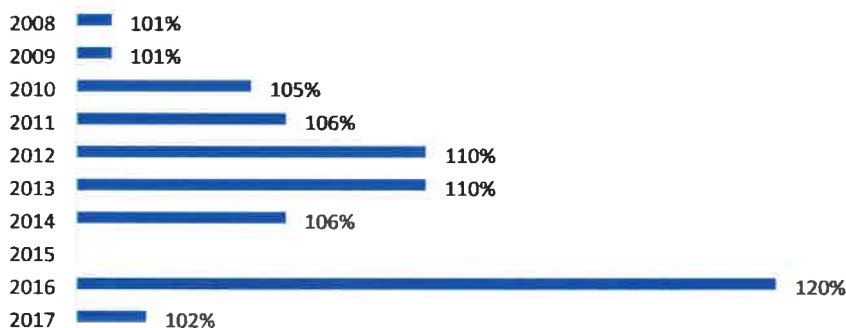
O Relatório foi rececionado , na plataforma eletrónica SIADAP1, no dia 31 de julho de 2018.

3. HISTÓRICO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

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

O gráfico seguinte permite-nos fazer uma leitura da taxa de realização global atingida, desde o ano de 2008.

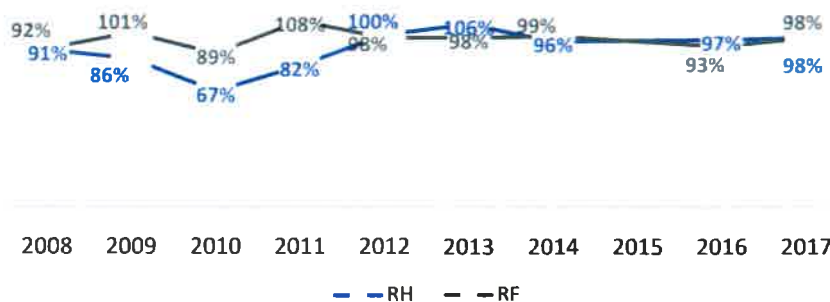
TAXA DE REALIZAÇÃO GLOBAL POR ANO



3.2. Histórico da Avaliação Global dos Recursos Disponíveis

O gráfico apresentado permite-nos uma leitura das taxas da execução quer dos recursos humanos, quer dos recursos financeiros, nos anos compreendidos entre 2008 a 2017.

taxa de realização dos recursos humanos e financeiros por ano



4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

A SGMS, na emissão do seu parecer, tomou como base os seguintes documentos:

- 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-B/2012, de 31 de dezembro;
- Orientação técnica das 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 de 2017;
- Ofício Circular n.º 13/GDG/08 do 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 - Rede GPEARI (Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais).

5. Parecer da SGMS

O parecer da SGMS sobre a proposta de menção apresentada pela ARSC, foi elaborado com base na fundamentação constante na síntese da análise crítica identificada no ponto 2.

Não obstante a realização dos OOp7(relevante), OOp11 e OOp12, registarem taxas inferiores a 100%, mas atendendo à natureza das razões, e considerando os critérios constantes do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de janeiro, alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31.12, a proposta da SGMS para a menção qualitativa a atribuir em 2017 à ARSC é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com a avaliação proposta pelo dirigente máximo do Serviço.

Face ao exposto, propõe-se a remessa do presente parecer 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 2017 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
