

Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (17047/2018)

DESPACHO




12. OUT 2018

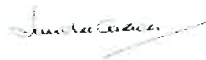
Duarte Campos Fernandes
Ministro da Saúde

DESPACHO

À consideração de Sua Exa. o Ministro da Saúde:

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2017 da ARS Norte, pelo que proponho a V. Exa. que homologue a menção de desempenho de "Satisfatório".

A Secretária Geral


Digitally Signed by Sandra Paula
Nunes Cavaca Saraiva de Almeida
DN: C=PT, O=Secretaria-Geral da
Saúde, CN=Sandra Paula Nunes
Cavaca Saraiva de Almeida
Reason:
Date: 2018-10-02T08:54:39.171 UTC

02-10-2018 09:54

Sandra Cavaca

PARECER

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2017 da ARS Norte 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

A Diretora de Serviços



28-09-2018 16:54

Claudia Monteiro

Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (17047/2018)

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

DATA: 20/09/2018

INFORMAÇÃO N.º: 17047/2018

PROC. N.º: 838/2018

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)

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.

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 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 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.

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/2007, de 28.12, a avaliação do desempenho dos serviços deve obedecer aos seguintes procedimentos:

- 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);

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

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)



- 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 ano 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 ARSN remeteu a 14 de setembro de 2018 através do correio eletrónico do SIADAP1, o Relatório de Atividades e QUAR de 2017.

Na análise aos instrumentos de gestão, foram constatadas algumas inconformidades, tendo sido sugeridas a 17.09.2018 (conforme documento em anexo) algumas correções, com vista à introdução de melhorias. A ARSN procedeu em conformidade, reencaminhando nova versão dos documentos a 19.09.2018.

Na tabela que segue, encontra-se a síntese da análise crítica da ARSN, 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 Norte, 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 concordará com a decisão que superiormente venha a ser tomada face à proposta de menção de Desempenho Satisfatório , considerando que o incumprimento de dois objetivos relevantes deveu-se a causas exógenas à ARSN.

ANÁLISE CRÍTICA: FUNDAMENTAÇÃO/CONSTATAÇÕES

O QUAR 2017 da ARSN foi aprovado por Sua Exa. o Ministro da Saúde a 29 de setembro de 2017, por despacho sobre a informação n.º 628/2017.

A taxa de realização global (TRG) do QUAR 2017 foi de **101%**, segundo os cálculos realizados pela ARSN e confirmados pela SGMS. Esta execução resulta no seguinte desempenho executado por parâmetro: **95%** na **Eficácia**; **101%** na **Eficiência** e **109%** na **Qualidade**.

Taxa de realização por parâmetro de avaliação



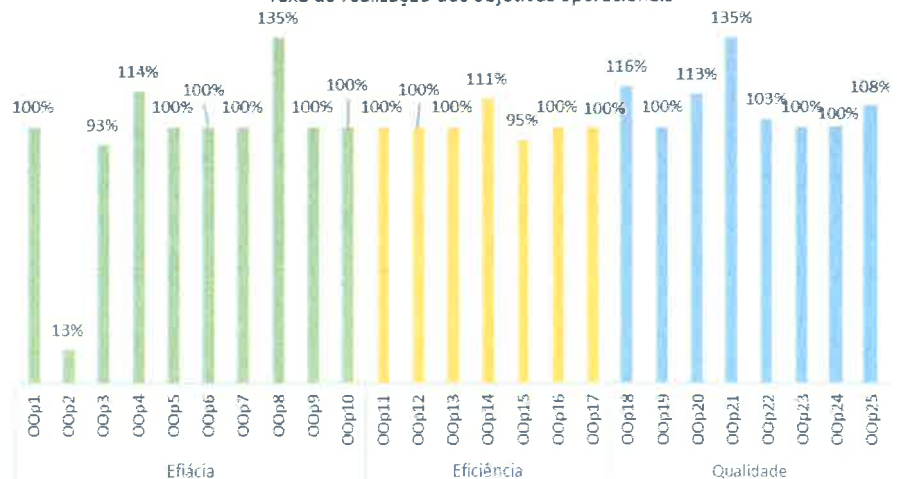
A ARSN para concretizar os 4 objetivos estratégicos, definiu **25 objetivos operacionais (OOp)**, 14 foram atingidos (56%) e 8 superados (32%) e 3 não atingidos (12%), numa média de execução de 101%.

O serviço apresentou como **objetivos mais relevantes**, para efeitos do n.º 1 do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28.12, os objetivos operacionais n.º 1, 2, 3, 4, 7, 8, 13, 16, 17, 20, 22, 24 e 25, que representavam 52% do total dos objetivos operacionais e que evidenciaram uma taxa de realização de 100%, 13%, 93%, 114%, 100%, 100%, 100%, 135%, 100%, 100%, 100%, 113%, 103%, 100% e 108%

Os objetivos mais relevantes integram os parâmetros de eficácia (OOp1, OOp2, OOp3, OOp4, OOp7 e OOp8), de eficiência (OOp13, OOp16 e OOp17) e de qualidade (OOp20, OOp22, OOp24 e OOp25).

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)

Taxa de realização dos objetivos operacionais



Recursos Humanos:

Os Recursos Humanos tiveram uma taxa de execução de 97%, resultante de um desvio de 6.414 pontos face ao planeado (QUAR).

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio %
Total	196 392	189 978	-6 414	-3%

Recursos Financeiros:

A execução financeira da ARSN, regista um resultado de 99%, no montante de 1.493.484.010€.

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
Orçamento de Funcionamento	1 353 168 357 €	1 491 759 837 €	1 491 675 829 €	-84 008 €	-0,01%
Despesas com Pessoal	366 160 190 €	353 185 664 €	353 184 684 €	-980 €	0,00%
Aquisições de Bens e Serviços Correntes	971 799 849 €	1 129 945 472 €	1 129 862 551 €	-82 921 €	-0,01%
Outras Despesas Correntes	15 208 318 €	8 628 701 €	8 628 594 €	-107 €	0,00%
Orçamento de Investimento	13 694 875 €	10 760 508 €	1 787 849 €	-8 972 659 €	-83,39%
Outros Valores (Rubrica 7423)		20 332 €	20 332 €	0 €	0,00%
TOTAL	1 366 863 232 €	1 502 540 677 €	1 493 484 010 €	-9 056 667 €	-0,6%

2) Revisão de Objetivos, Indicadores ou Metas

Não aplicável

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

O serviço apresentou as respostas ao Questionário relativo ao Sistema de Conto Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS)).

As respostas ao questionário apresentadas foram genericamente de forma positiva (aplica), exceto em duas que respondeu que não se aplica:

- **Questão 1.1** rol- Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?
- **Questão 3.6** - Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?

E respondeu negativamente a quatro questões:

- **Questão 4.2** - As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?
- **Questão 4.3** - Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a

fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?

- **Questão 4.5** - Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?
- **Questão 4.7** - A segurança na troca de informações e software está garantida?

Não foram apresentadas fundamentações para as respostas negativas.

Dos 25 objetivos operacionais definidos em QUAR não foram concretizados 3, apresentando a ARSN as seguintes razões subjacentes:

OOP2: Aumentar o acesso à rede de Cuidados Continuados na região norte, taxa de realização 13%

Justificação: *“O aumento do número de lugares na rede de cuidados continuados integrados, designadamente o número de camas a afetar às unidades de diferentes tipologias, rege-se por uma autorização ministerial que habilita as Administrações Regionais de Saúde a assumir os compromissos plurianuais, no âmbito dos contratos-programa a celebrar com as entidades integradas ou a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).*

Esta autorização só veio a acontecer nos últimos dias do ano, através do Despacho nº 11482-A/2017 de 29 de dezembro de 2017, contemplando 18 entidades com um alargamento de oferta de 289 camas.”

OOP3: Reforçar a cobertura dos programas de rastreios oncológicos de base populacional, taxa de realização 93%

Justificação: *“Em 2017 consumou-se a cobertura geográfica do programa de rastreio do cancro do útero em todos os 21 ACeS e 3 ULS que integram a região norte. No rastreio do cancro da mama também se finalizou o alargamento do programa a todos os concelhos. No programa de rastreio do cancro do colon e reto realizou-se um rastreio piloto em 2 ACeS e 2 hospitais em que foram ensaiadas duas metodologias de promoção da adesão ao rastreio.*

Pese embora estas marcas de afirmação da implementação deste rastreio na área oncológica, estamos aqui a analisar incumprimentos dos objetivos.

Isto porque o nosso propósito era ser possível já neste ano o início do alargamento regional do programa. Para tal era indispensável a definição de um modelo de pagamento para as colonoscopias oriundas do programa de rastreio, sem o qual não era exequível a internalização destes exames nos hospitais do SNS, a serem realizados em horário acrescido para não competirem com outras situações patológicas com tempos de espera significativos.

A definição de um preço compreensível para estes exames a realizar no âmbito do programa de rastreio acabou por ser integrado na revisão da Tabela de preços a praticar nas entidades SNS, publicado Portaria nº 207/2017 de 11 de julho e a sua operacionalização só teve efeitos no enquadramento que foi dado no contrato-programa dos hospitais para 2018, deixando as ARS de ter a incumbência de efetivar os pagamentos daí resultantes, mas também o controlo e o timing da disponibilidade dos meios para fazer acontecer.

Ou seja, a falta deste enquadramento normativo impediu o início da difusão do programa, já que as condições específicas de um projeto piloto não eram passíveis de se generalizar. “

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



	<p>OOP15:., Melhorar os processos de gestão patrimonial promovendo os registos dos imóveis no SIIE, taxa de realização 93%</p> <p>Justificação: <i>“Não foi possível atingir a meta estabelecida de ter 50% dos imóveis próprios registados a favor da ARS Norte na Conservatória de Registo Predial, apesar do ténue aumento de 1,5% de registos completos no SIIE. Este é um processo complexo e moroso que necessita dos contributos de várias entidades. Já foi feito o levantamento dos imóveis de 16 ACES (76%) e encetados os procedimentos com vista ao seu registo matricial, quando tal não exista (levantamentos topográficos e plantas do edificado). Por via do Decreto-lei n.º 51/2017, de 25 de maio, e tendo em vista a justificação administrativa, procedeu-se à elaboração de listagem dos imóveis que se apurou já se encontrarem participados à matriz – 19 imóveis – que foi remetida em 24 de outubro de 2017, para a Secretaria Geral do Ministério da Saúde, que depois de homologada pelo Senhor SES aguarda resposta da Direção Geral de Tesouro e Finanças. A título informativo diremos que com a efetivação do registo destes 19 imóveis atingiremos os almejados 50% da meta proposta.”</i></p>
<p>d) Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo de desempenho, evidenciando as condicionantes que afetem os resultados a atingir</p>	<p>A ARSN em 2017, desenvolveu atividades nos diferentes níveis de intervenção, desde a promoção e proteção da saúde, à proteção da doença, à prestação direta de cuidados primários de saúde, cuidados hospitalares e cuidados continuados paliativos, incluindo também, a intervenção nos comportamentos aditivos e dependências.</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 homogéneas (artigo 16.º)</p>	<p>Não apresenta</p>
<p>5) Coerência entre os documentos legalmente previstos</p>	<p>Verifica-se a coerência dos documentos entregues com o legalmente previsto.</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 minimamente as orientações e normativos referidos.</p>

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

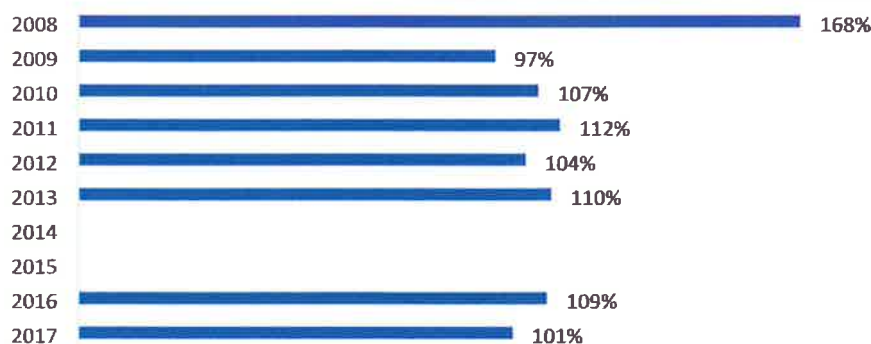
O Relatório foi rececionado , por correio eletrónico SIADAP1, no dia 14 de setembro de 2018.

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.

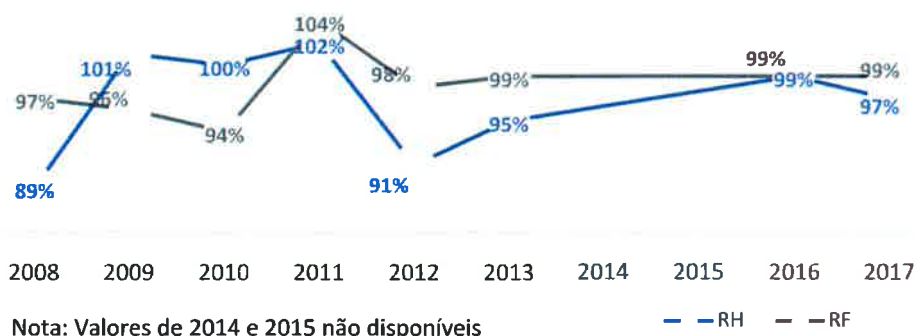
TAXA DE REALIZAÇÃO GLOBAL POR ANO



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 ARSN foi elaborado com base na fundamentação constante na síntese da análise crítica identificada no ponto 2.

Com base nos resultados do QUAR e na informação adicional constante da autoavaliação que integra o RA de 2017, 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 ARSN é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço, considerando que o incumprimento de dois objetivos relevantes deveu-se a causas exógenas à ARSN.

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 ARSN 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
