

Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARSALGARVE) (12013/2019)

DESPACHO

Homologo.
[Signature]
10.8.2019
Ministra da Saúde
Marta Temido

DESPACHO

À consideração da Sra. Ministra da Saúde:

Considerando os resultados do QUAR e na informação adicional constante da autoavaliação que integra o RA de 2018, proponho que homologue a menção qualitativa de Desempenho Satisfatório à ARS Algarve, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço.

A Secretária Geral

[Signature]

Digitally Signed by Sandra Paula
Nunes Cavaca Saraiva Almeida
DN: C=PT, O=Secretaria-Geral da
Saúde, CN=Sandra Paula Nunes
Cavaca Saraiva Almeida
Reason:
Date: 2019-08-07T18:54:33.391 UTC

07-08-2019 19:53
Sandra Cavaca

PARECER

Concorda-se com o teor da presente informação. Considerando os resultados do QUAR e na informação adicional constante da autoavaliação que integra o RA de 2018, a proposta da SGMS para a menção qualitativa a atribuir em 2018 à ARSALGARVE é de Desempenho Satisfatório, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço. Submete-se à consideração superior o envio do presente parecer para homologação da Sra. Ministra da Saúde.

O Chefe de Divisão

[Signature]



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARSALGARVE) (12013/2019)

06-08-2019 14:15

João Oliveira

ASSUNTO: Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 da
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARSALGARVE)

DATA: 06/08/2019

INFORMAÇÃO N.º: 12013/2019

PROC. N.º: 222/2019

I. ENQUADRAMENTO

A Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS), tem como atribuição assegurar o apoio, coordenação e acompanhamento do Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1), nomeadamente, aos órgãos, serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS) que não integram o SNS.

Nos termos do n.º 1 do artigo 17.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, compete à SGMS a emissão de 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 final¹ 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 como 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).

¹ 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.



A taxa máxima de realização² 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 de dezembro, 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);
- 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 parecer da SGMS.
- iv. Elaboração, pela SGMS, de uma análise comparada do desempenho de todos os serviços do MS.

II. SÍNTESE DA ANÁLISE CRÍTICA

A ARSALGARVE remeteu por email a 01.08.2019, o Relatório de Atividades e QUAR de 2018.

Na análise aos instrumentos de gestão, foi detetada uma inconformidade no ficheiro QUAR, tendo sido sugerida a 05.08.2019 (Anexo I) a devida correção. A ARSALGARVE procedeu em conformidade, reencaminhando nova versão dos documentos no mesmo dia.

Segue a síntese da análise crítica da SGMS, 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 Algarve, I.P.

Ano de Avaliação - 2018

Menção Proposta pelo Dirigente Máximo na Autoavaliação - 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 do objetivo relevante deveu-se a causas exógenas à ARSALGARVE.

² 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)

III. ANÁLISE CRÍTICA: FUNDAMENTAÇÃO/ CONSTATAÇÕES

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).

O QUAR 2018 da ARSALGARVE foi aprovado por despacho do Sr. Ministro da Saúde, a 30.04.2018, exarado na informação n.º 6292/2018.

A taxa de realização global (TRG) do QUAR 2018 foi de 95%. Esta execução resulta no seguinte desempenho executado por parâmetro: 100% na Eficácia; 68% na Eficiência e 111% na Qualidade.

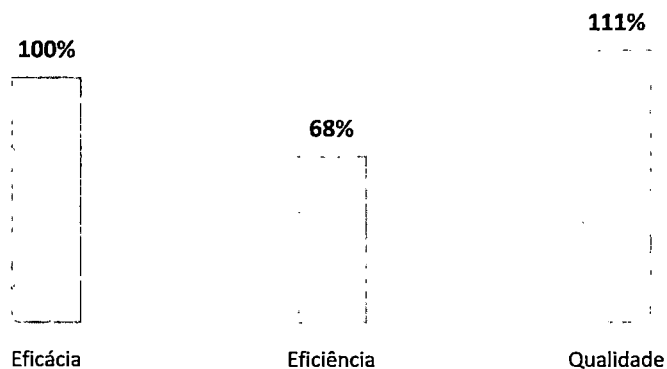


Figura 1- Taxa de Realização por Parâmetro de Avaliação

A ARSALGARVE, para concretizar os 6 objetivos estratégicos, definiu 12 objetivos operacionais (OOp), 5 foram atingidos (42%), 4 superados (33%) e 3 indicadores de desempenho não foram atingidos (25%), numa média de execução de 96%.

O organismo apresentou como objetivos mais relevantes, para efeitos do n.º 1 do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, os objetivos operacionais n.º 1, 4, 6, 7, 10, e 12 e que evidenciaram uma taxa de realização de 100%, 125%, 0%, 100%, 122% e 106%, respetivamente.

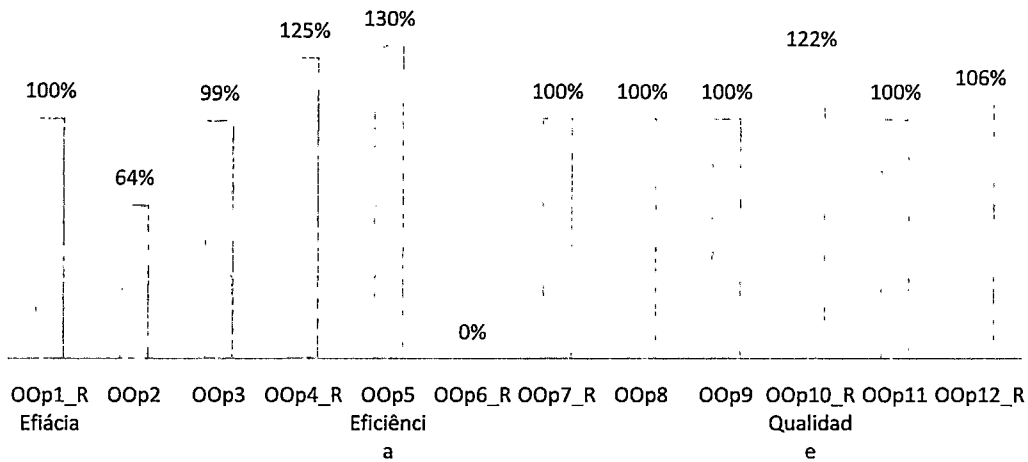


Figura 2 - Taxa de Realização dos Objetivos Operacionais

Da análise aos 25 indicadores de desempenho, registados no QUAR 2018, e conforme demonstrado no quadro seguinte, constata-se, que 6 indicadores, ou seja 24%, superaram as respetivas metas planeadas (Taxa de realização > 100%) 15 indicadores de desempenho foram atingidos (60%) e 4 indicadores de desempenho não foram atingidos (16%).

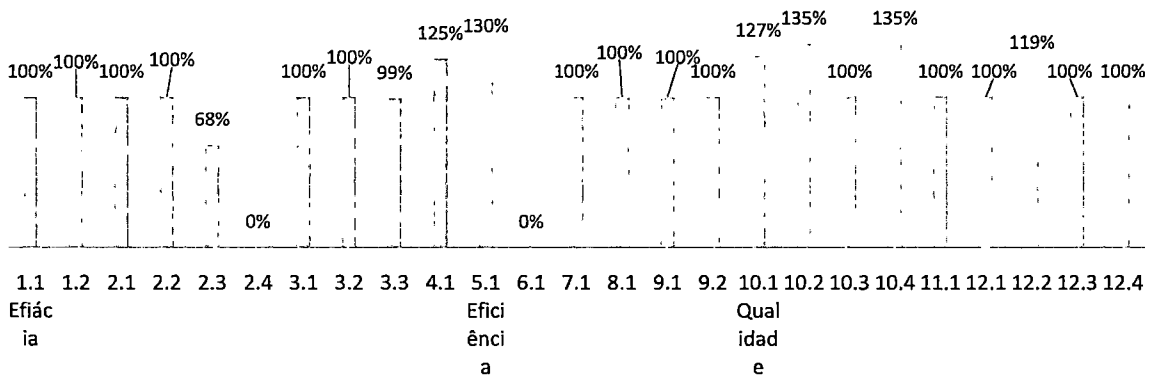


Figura 3 - Taxa de Realização dos Indicadores de Desempenho

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.

Foram registados desvios negativos aos indicadores de desempenho 2.3, 2.4, 3.3 e 6.1, conforme gráfico seguinte:

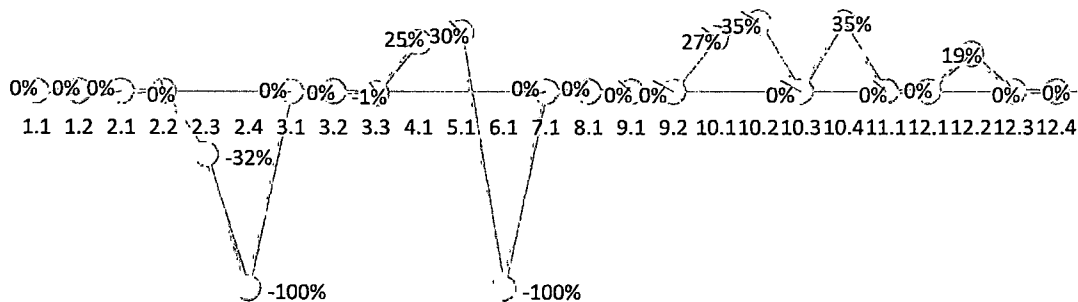


Figura 4 - Desvios dos Indicadores de Desempenho

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

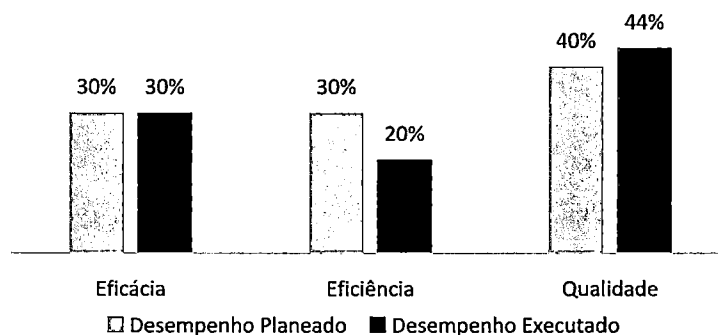


Figura 5 - Taxa de Realização Decomposta por Parâmetro

Recursos Humanos:

Os Recursos Humanos tiveram uma taxa de execução de 86%.

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio%
Total	18 692	16 030	-2 662	-14%

Recursos Financeiros:

A execução financeira, regista um resultado de 89%.

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
Orçamento de Funcionamento	150 296 181 €	161 418 283 €	158 324 350 €	-3 093 933 €	-2%
Despesas com Pessoal	50 183 015 €	52 062 167 €	52 012 673 €	-49 494 €	0%
Aquisições de Bens e Serviços Correntes	99 433 283 €	108 651 043 €	105 864 331 €	-2 786 712 €	-3%
Outras Despesas Correntes e de Capital	679 883 €	705 073 €	447 346 €	-257 727 €	-37%
PIDDAC	1 231 593 €	1 600 836 €	408 877 €	-1 191 959 €	-74%
Outros Valores	445 312 €	382 980 €	369 596 €	-13 384 €	-3%
Extra Orçamental	14 995 920 €	14 995 920 €	0 €	-14 995 920 €	-100%
TOTAL	166 969 006 €	178 398 019 €	159 102 823 €	-19 295 196 €	-11%

2. Revisão de Objetivos, Indicadores ou Metas

Não aplicável.

3. Verificação da Informação que deve acompanhar a Autoavaliação do Serviço n.º 2 do ar 4. tigo 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

A ARSALGARVE realizou o primeiro questionário, on-line, para aferição do grau de satisfação e de motivação dos utilizadores externos, para os seguintes parâmetros de avaliação:

- Imagem global de organização;
- Envolvimento e participação;
- Acessibilidade;
- Produtos e serviços da ARS.

Das entidades que têm relação institucional com a ARSALGARVE, foram selecionadas aleatoriamente 30%, ou seja, 77 das entidades receberam email com o “link” a responderem ao inquérito solicitado, com uma taxa de resposta de 22%.

Relativamente à “Imagem Global da ARSALGARVE, 70% responderam estar satisfeitos ou muito satisfeitos e com o mesmo grau de satisfação 65% das entidades responderam ao parâmetro “Envolvimento e Participação”.

O parâmetro “Acessibilidade” foi o grupo de questões mais abrangente com 13 questões, obtendo resultados de satisfação de 67,9%.

No que se refere aos “Serviços Prestados” 70,6% responderam estar motivados ou muito motivados, e face à satisfação global, na qualidade dos esclarecimentos prestados presencialmente e qualidade dos serviços prestados 76,5% responderam com o mesmo grau de motivação.

b. Informação detalhada sobre o sistema de controlo interno

Todas as respostas apresentadas pela ARSALGARVE ao questionário relativo ao Sistema de Controlo Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo CCAS) foram positivas (aplica), com exceção das seguintes questões:

- Com resposta negativa:
 - **Questão 1.1** “Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?” **Justificação:** “O sistema de controlo interno está previsto no diploma que aprovou o SNC-AP, mas ainda não está devidamente definido internamente.”
 - **Questão 1.2** “É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?” **Justificação:** “A ARS Algarve não tem estabelecido normas internas que permitam aferir do cumprimento de todas as disposições legais estabelecidas, nomeadamente com a Lei dos Compromissos (Lei nº8/2012, 21 de Fevereiro).”
 - **Questão 3.4** “Está implementado um sistema de rotação de funções entre trabalhadores?”
 - **Questão 3.6** “Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?”
 - **Questão 3.7** “ Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?”



- Com resposta não aplicável:
 - **Questão 2.2** - "Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?"

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

No âmbito do QUAR não foram atingidos 4 indicadores de desempenho tendo sido apresentadas as seguintes justificações para as causas de incumprimento:

⇒ OOP2 – Reforçar a implementação de programas de rastreio oncológicos organizados de elevada qualidade para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e recto

⇒ **Indicador 2.3 - Taxa de cobertura da população em idade elegível abrangida pelo programa de rastreio do cancro do cólon e recto (%)**

Meta: 40 Resultado: 25 Taxa de Realização: 68%

Justificação: "Relativamente ao rastreio do cancro do cólon e recto deve-se à dificuldade de agendar com o ACES Central (dirigentes e responsáveis de unidades) reunião para início do programa e formação para os técnicos, só disponibilizaram datas em Abril e Maio. O ACES da área de influência do Hospital Portimão não estabeleceu os parâmetros necessários para realizar as colonoscopias de rastreio o que atrasou o processo. Apesar das insistências semanais não se conseguiu sobrepor aos responsáveis e ao trabalho do ACES e do Hospital."

⇒ **Indicador 2.4 - Taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética (%)**

Meta: 70 Resultado: 0 Taxa de Realização: 0%

Justificação: "O Rastreio de retinopatia diabética é um rastreio de base populacional dirigido a todos os diabéticos inscritos nos centros de saúde da região. No ano de 2018, o rastreio não se realizou por problemas no processo de concurso para aquisição do retinografo não midiátrico e de software de leitura do exame, como também na contratação de um Técnico de oftalmologia."

- ⇒ OOP3 – Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação
- ⇒ **Indicador 3.3 - Taxa de cobertura vacinal contra a gripe sazonal em idosos institucionalizados**

Meta: 87 Resultado: 80 Taxa de Realização: 99%

Justificação: *“Taxa de cobertura vacinal contra a gripe sazonal em idosos institucionalizados é de 80%. As dificuldades que concorreram para não se conseguir atingir a meta de 87% são as seguintes:*

- *existência das irregularidades no fornecimento da vacina no início da época gripal;*
- *existência dos idosos e familiares que recusam a vacinação*
- *existência de alguns médicos que prestam serviços nos Lares, que não acreditam na vacinação contra a gripe e em consequência não indicação da mesma aos residentes.”*

- ⇒ OOP6 – Aumentar a acessibilidade às consultas de apoio intensivo à cessação tabágica
- ⇒ **Indicador 6.1 - % de incremento 1^{as} consultas de apoio intensivo à cessação tabágica tendo como referência o ano anterior**

Meta: 10 Resultado: 0 Taxa de Realização: 0%

Justificação: *“Em 2018 foram realizadas 512 primeiras consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, em 2017 tinham sido realizadas 580, pelo que tivemos uma variação negativa de menos 68 primeiras consultas. Face ao decréscimo das primeiras consultas não foi possível atingir este objetivo, dado que, alguns dos recursos afetos às Consultas de apoio intensivo à cessação tabágica (CAICT) aceitaram o convite para integrar USFs, prioridade nacional e regional, associada a baixa médica numa das equipas de CAICT mais produtivas na região.”*

d. Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo de desempenho, evidenciando as condicionantes que afetem os resultados a atingir

A ARSALGARVE considerou um conjunto de medidas de anos anteriores e projeção de outras de âmbito transversal, das quais se destacam:

- Melhoria da comunicação interna da ARS, garantindo a articulação entre as várias unidades orgânicas e a coerência na atuação;

- Desenvolver estratégias integradas, flexíveis, sistemáticas, quantitativas, qualitativas e transdisciplinares, com o objetivo de aproximar as necessidades institucionais e profissionais da oferta formativa no contexto de desenvolvimento e da inovação;
- Dar continuidade à implementação do sistema de controlo de assiduidade biométrica;
- Aquisição de unidades de saúde móveis de proximidade para prestação de cuidados de saúde,
- Implementar o sistema de gestão documental, decisivo para a gestão da informação;
- Elaborar o Plano Regional de Saúde;
- Abertura de novos procedimentos concursais para as diversas especialidades médicas, assim como, a possibilidade de celebração de contratos individuais de trabalho com os profissionais médicos que se mostrem interessados em ingressar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE (CHUA).

e. Comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação

A ARSALGARVE neste capítulo procedeu à comparação de um conjunto de objetivos operacionais e indicadores de desempenho, pretendendo inserir com esta análise uma perspetiva de benchmarking e de melhoria contínua do desempenho do serviço.

Relativamente ao objetivo operacional transversal também à Direção-Geral da Saúde (DGS), “Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças de vacinação”, e comparativamente a DGS obteve resultados superiores nos 3 indicadores de desempenho comparáveis, conforme se transcreve:

Objetivos Operacionais (QUAR 2018)				
OOp3: Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação (OE1+ OE2+ OE3+OE6) (ARS+DGS)				
		Resultado da ARS Algarve 2018	Organismo Comparável	Resultado/Meta do Organismo Comparável
Indicador 3.1	Taxa de cobertura vacinal da Pentavalente (DTPa Hib VIP) aos 2 anos (%)	95%	DGS	97%
Indicador 3.2	Taxa de cobertura vacinal da VASPR II aos 7 anos (%)	93%	DGS	97%
Indicador 3.3	Taxa de cobertura vacinal contra a gripe sazonal em idosos institucionalizados	80%	DGS	91%

No que se refere, ao outro objetivo comparado com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) “Aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região”, com o indicador “Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens (%)” a ARSALGARVE obteve um resultado de 42% e o INFARMED de 48%.

f. Audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores na autoavaliação do serviço

O questionário de auscultação dos colaboradores da ARSALGARVE foi remetido a todos os trabalhadores da instituição (1.535), com uma taxa de resposta de 26,3% e incidiu em quatro parâmetros de avaliação, obtendo os seguintes resultados:

- Satisfação global dos colaboradores com a ARS – 35% de colaboradores satisfeitos ou muito satisfeitos no que se refere ao desempenho global da instituição, 38,9% insatisfeitos ou muito insatisfeitos e 23,7% indiferentes.
- Satisfação com as condições de trabalho – No que ao ambiente de trabalho e horário de trabalho diz respeito, 57,2% e 71,5% estão satisfeitos ou muito satisfeitos, respetivamente.
Relativamente à conciliação da atividade laboral com a vida familiar, os colaboradores estão satisfeitos ou muito satisfeitos, 52,5% e 37,6%, respetivamente.
- Satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços – Globalmente, 47,1% dos colaboradores estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as condições de Higiene, segurança, equipamento e serviços, contrapondo com 29,8% que dizem estar satisfeitos ou muito satisfeitos.
- Níveis de motivação – No global, 64,7% responderam estar motivados ou muito motivados nas funções que desempenham, o que responde a um aumento relativamente ao ano de 2014 de 55%.

5. Comparação das unidades homogéneas (artigo 16.º)

Não se aplica.

6. Coerência entre os documentos legalmente previstos

Verifica-se a coerência dos documentos entregues com o legalmente previsto

7. 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.

A estrutura do RA de 2018 cumpre com a recomendação proposta pelo CCAS (Anexo II do DT n.º1 /2010).

8. Cumprimento da data limite de entrega do relatório

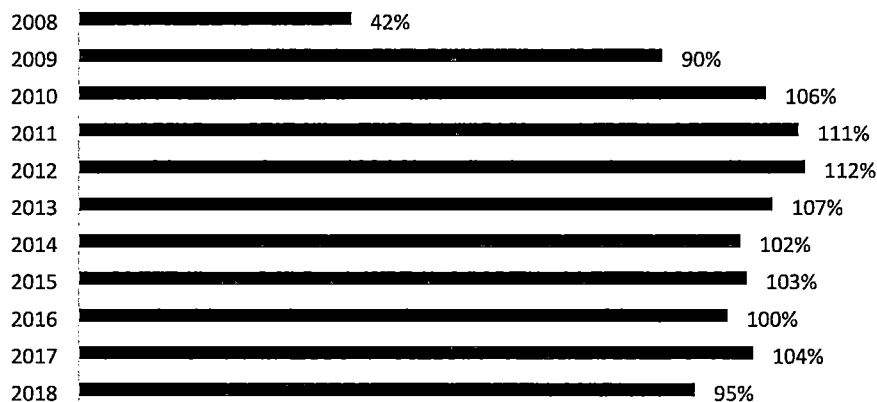
O Relatório de Atividade foi rececionado no dia 01.08.2019.

IV. HISTÓRICO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

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.

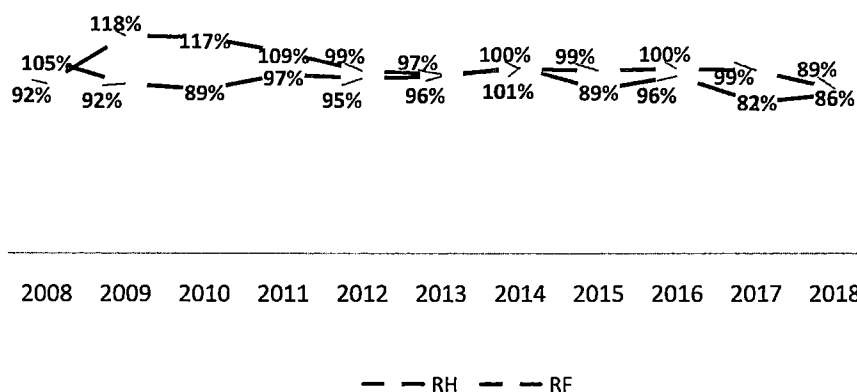
TAXA DE REALIZAÇÃO GLOBAL POR ANO



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 2018.

TAXA DE REALIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS POR ANO



V. 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 2018;
- 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).

VI. Parecer da SGMS

O parecer da SGMS sobre a proposta de menção apresentada pela ARSALGARVE, 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 2018, e considerando os critérios constantes do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, a proposta da SGMS para a menção qualitativa a atribuir em 2018 à ARSALGARVE é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço e atendendo ao facto de o incumprimento do objetivo operacional 6 (relevante) não ter sido atingido conforme justificação infra, por estar em causa contingências administrativas não previsíveis, conforme prevê a alínea d) do artigo 8.º da Lei supra citada.

Face ao exposto, propõe-se a remessa do presente parecer para o Gabinete da Sra. Ministra da Saúde para que, se assim for entendido superiormente, seja a presente análise crítica da Autoavaliação de 2018 do ARSALGARVE homologada.

À consideração superior,

A Técnica Superior



Ana Chastre