


Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST) (7838/2019)

DESPACHO

Homologo nos termos em que me é proposto.



7.6.2019

**Ministra da Saúde**  
*Marta Temido*

DESPACHO

À consideração da Sr.<sup>a</sup> Ministra da Saúde:

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2018 do IPST e proponho que seja homologada a menção de desempenho de "Satisfatório".

A Secretária Geral



Digitally Signed by Sandra Paula  
Nunes Cavaca Saraiva Almeida  
DN:CN=PT, O=Secretaria-Geral da  
Saúde,CN=Sandra Paula Nunes  
Cavaca Saraiva Almeida  
Reason:  
Date: 2019-05-24T12:50:52.977 UTC

24-05-2019 13:50

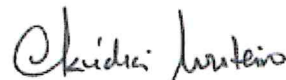
Sandra Cavaca

PARECER

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2018 do IPST e com a menção de proposta de desempenho de "Satisfatório", pelo que se propõe a remessa da presente proposta para homologação da Senhora Ministra da Saúde.

À consideração da Sr.<sup>a</sup> Secretária-Geral

A Diretora de Serviços



23-05-2019 23:44

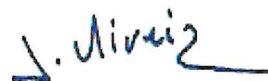
Claudia Monteiro

PARECER

Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST) (7838/2019)

Concorda-se com a presente informação. Submete-se à consideração superior a menção qualitativa para 2018 ao IPST de Desempenho Satisfatório, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço e considerando a justificação apresentada para o incumprimento de um dos objetivos relevantes, devendo-se a causas exógenas ao IPST. Em caso de concordância propõe-se a remessa do presente parecer para a da Sra. Ministra da Saúde para que, se assim for entendido superiormente seja Autoavaliação de 2018 do IPST homologada.

O Chefe de Divisão



21-05-2019 17:11

João Oliveira

---

**ASSUNTO:** Análise Crítica da Autoavaliação de 2018 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST)

**DATA:** 21/05/2019

**INFORMAÇÃO N.º:** 7838/2019

**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 final<sup>1</sup> 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 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).

---

<sup>1</sup> 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 realização<sup>2</sup> 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.
- v. Efeitos da avaliação (artigo 26.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)

## II. SÍNTESE DA ANÁLISE CRÍTICA

O IPST remeteu a 15 de abril de 2019, o Relatório de Atividades e QUAR de 2018.

Na análise aos instrumentos de gestão, foram detetadas algumas inconformidades, tendo sido sugeridas a 08.05.2019 (Anexo I) algumas correções, com vista à introdução de melhorias. O IPST procedeu em conformidade, reencaminhando nova versão dos documentos no dia 17.05.2019.

---

<sup>2</sup> 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)

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** – Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

**Ano de Avaliação** - 2018

**Menção Proposta pelo Dirigente Máximo na Autoavaliação** - Desempenho Satisfatório

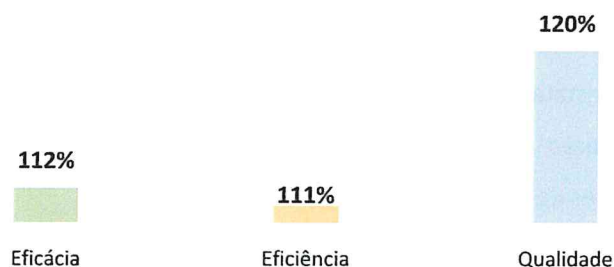
**Parecer da SGMS sobre a Proposta de Menção** - A SGMS concordará com a decisão que superiormente venha a ser tomada face à proposta de menção de Desempenho Satisfatório, considerando que o incumprimento de um dos objetivos relevantes deveu-se a causas exógenas ao IPST.

### III. ANÁLISE CRÍTICA: FUNDAMENTAÇÃO/ CONSTATAÇÕES

#### 1. Resultados Alcançados e Justificação de Desvios Significativos (n.º 1 do art.º 15 da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

O QUAR 2018 do IPST foi aprovado por despacho do Ministro da Saúde, a 26 de março de 2018, exarado na informação n.º 4721/2018.

A taxa de realização global (TRG) do QUAR 2018 foi de 113%. Esta execução resulta no seguinte desempenho executado por parâmetro: 112% na Eficácia; 111% na Eficiência e 120% na Qualidade.

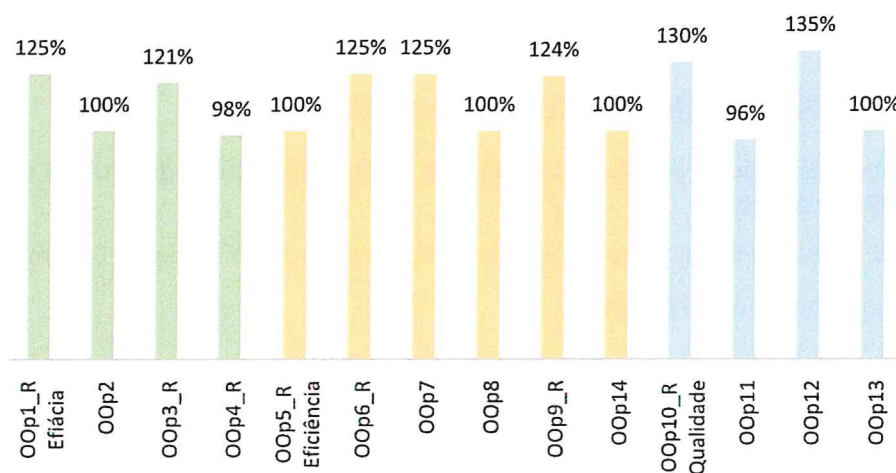


*Figura 1- Taxa de Realização por Parâmetro de Avaliação*

O IPST, para concretizar os 11 objetivos estratégicos, definiu 14 objetivos operacionais (OOp), 5 foram atingidos (36%) e 7 superados (50%) e 2 objetivos operacionais não foram atingidos (14%), numa média de execução de 113%.

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, 3, 4, 5, 6, 9 e 10 que evidenciaram uma taxa de realização de 125%, 121%, 98%, 100%, 125%, 125% e 130%, respetivamente.

Os objetivos mais relevantes integram os parâmetros de eficácia (OOp1, OOp3 e OOp4), de eficiência (OOp5, OOp6 e OOp9) e de qualidade (OOp10).



*Figura 2 - Taxa de Realização dos Objetivos Operacionais*

Da análise aos 22 indicadores de desempenho, registados no QUAR 2018, e conforme demonstrado no gráfico seguinte, constata-se, que 10 indicadores, ou seja 45% superaram as respetivas metas planeadas (Taxa de realização > 100%) e 10 indicadores de desempenho foram atingidos (45%), não tendo sido atingidos 2 indicadores de desempenho (9%).

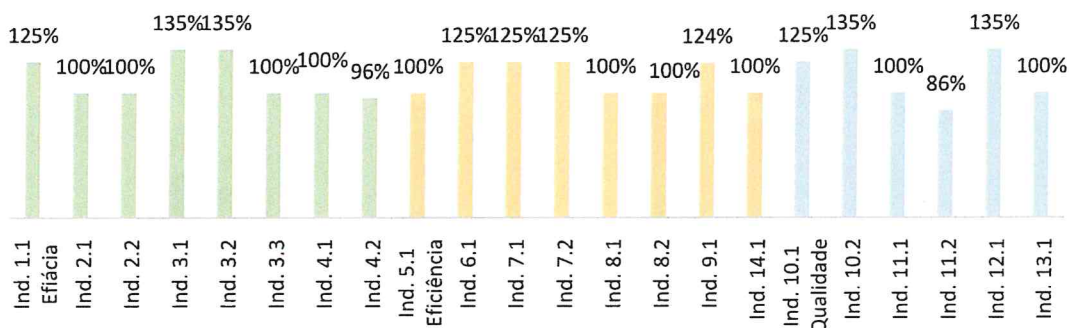


Figura 3 - Taxa de Realização dos Indicadores de Desempenho

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.

Dos 10 indicadores de desempenho que superaram as metas planeadas, 4 evidenciam ter atingido uma taxa de realização igual ou superior a 125% (Valor Crítico/Patamar de excelência proposto pelo CCAS), o que corresponde a 18% face ao total dos 22 indicadores.

Foram registados desvios negativos aos indicadores de desempenho 4.2 e 11.2, e consequentemente nos objetivos operacionais 4 e 11 fixados em QUAR 2018, o IPST apresenta os seguintes desvios, conforme gráfico seguinte:

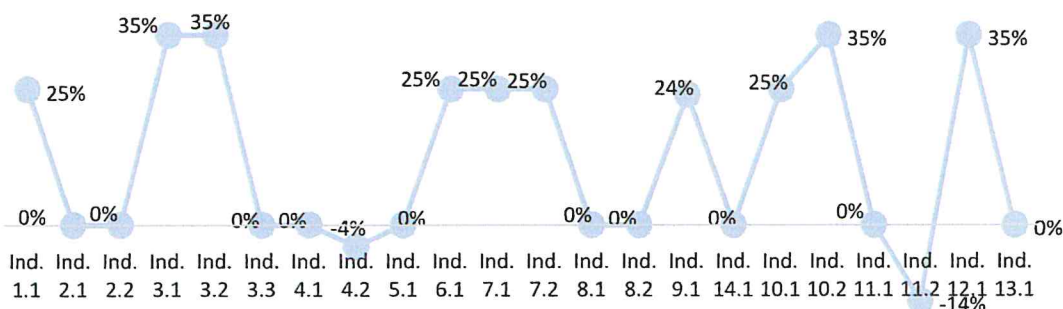


Figura 4 - Desvios dos Indicadores de Desempenho

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

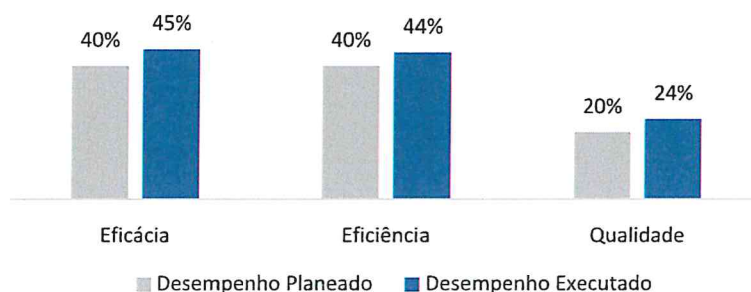


Figura 5 - Taxa de Realização Decomposta por Parâmetro

#### Recursos Humanos:

Os Recursos Humanos tiveram uma taxa de execução de 72%.

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio%
<b>Total</b>	6 145	4 443	-1 702	-28%

#### Recursos Financeiros:

A execução financeira, regista um resultado de 69%, no montante de 43.371.777€.

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
<b>Orçamento de Funcionamento</b>	<b>59 505 131 €</b>	<b>63 005 131 €</b>	<b>43 371 777 €</b>	<b>-19 633 354 €</b>	<b>-31%</b>
Despesas com Pessoal	20 210 478 €	20 210 478 €	15 633 964 €	-4 576 514 €	-23%
Aquisições de Bens e Serviços Correntes	35 898 854 €	40 057 971 €	26 426 295 €	-13 631 676 €	-34%
Outras Despesas Correntes e de Capital	3 395 799 €	2 736 682 €	1 311 518 €	-1 425 164 €	-52%
Outros Valores					
<b>TOTAL</b>	<b>59 505 131 €</b>	<b>63 005 131 €</b>	<b>43 371 777 €</b>	<b>-19 633 354 €</b>	<b>-31%</b>



## 2. Revisão De Objetivos, Indicadores Ou Metas

Em 2018, foram revistas as metas dos seguintes indicadores de desempenho:

- **Objetivo Operacional 4-** Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea

**Indicador 4.1** – N.º de novos doadores CEDACE tipados – Meta 9.000

**Indicador 4.2** – N.º de novos doadores CEDACE ativados – Meta 1.680

- **Objetivo Operacional 8** – Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical

**Indicador 8.1** – % de unidades inutilizadas inerentes ao processamento – Meta 3,5%

**Indicador 8.2** – N.º de unidades de SCU criopreservadas – Meta 39

## 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.

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

O IPST, manteve para o ano em análise a metodologia em todas as unidades orgânicas de avaliação da satisfação para:

- Doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea
  - Os dados mostram que a média de idades em que os doadores deram sangue pela primeira vez foi de 28 anos, em relação à escolaridade 35,42% completaram o 12.º ano, na distribuição por sexo de 1.507 doadores inquiridos, 821 são mulheres e 686 homens.
  - Os índices de satisfação global dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita é superior a 93%, relativamente às questões relacionadas com as instalações 91,2% estão muito satisfeitos.
  - De salientar que, 96% dos inquiridos responderam ser provável ou muito provável recomendarem o IPST enquanto Centro de Colheita.
- Promotores das sessões de colheita
  - Relativamente ao planeamento, a avaliação dada pelos promotores foi positiva.

- Os Centros de Lisboa e Porto foram os que maior satisfação deram aos promotores, assim como os que mostraram maior pontualidade às horas de chegada das sessões de colheita, atendendo às horas previamente acordadas.
- Clientes externos nacionais
  - Os 46 clientes na área do sangue avaliaram com satisfação a atividade do IPST, classificaram com “Satisfação” o tempo de espera no atendimento (93%), a disponibilidade do profissional no atendimento (93%). No que se refere aos produtos/serviços a apreciação manteve-se “Satisfeito” e o “Muito Satisfeito”.
  - Na área da Transplantação os 26 clientes também estão satisfeitos com a atividade do IPST, relativamente ao atendimento, o tempo de espera e a disponibilidade no atendimento foram avaliadas com satisfação (96%). Também os produtos/serviços a sua apreciação manteve-se no “Satisfeito” e no “Muito Satisfeito”.
- Clientes externos internacionais CEDACE.
  - De 56 questionários enviados rececionaram 28 respondidos, que comparativamente aos anos anteriores a taxa de 50% deste ano foi a melhor nos últimos 4 anos.
  - A satisfação global média é, à semelhança de anos anteriores elevada.

#### **b. Informação detalhada sobre o sistema de controlo interno**

O IPST tem desde 2013, implementada uma abordagem por processos de acordo com a ISO 9001, certificada pela Associações Portuguesa de Certificação (APCER).

Os contactos entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas são regulares, quer a nível central, quer local, visando sustentar a adequada gestão das atividades para que os objetivos aprovados pelo Conselho Diretivo possam ser atingidos tal como planeados.

Para 2018, programaram cinco auditorias internas, tendo sido cumprido o programa. Neste ano passaram a ter 25 auditores no âmbito da ISSO 9001 e 10 profissionais com formação específica em auditoria de controlo interno da administração pública.

O IPST foi objeto de auditoria pela APCER relativamente à renovação e transição para a ISSO 9001:2015.

O relatório da última auditoria realizado em abril e maio do corrente ano em análise pela APCER, sumariza-a: “O IPST, IP tem implementado um Sistema de Gestão de Qualidade que evidencia um cumprimento dos requisitos normativos auditados”.

A Equipa Auditora considerou estarem reunidas as condições para a manutenção da certificação do SGQ em avaliação, desde que sejam desenvolvidas as ações necessárias para assegurar a resolução das constatações identificadas, tendo sido as mesmas analisadas e registadas na base de dados de auditorias e inspeções.

Em 2018, foram registadas 634 reclamações, sendo o tratamento das reclamações sistematicamente efetuado, visando a melhoria da satisfação dos clientes do IPST, principalmente doadores.

O controlo da avaliação da satisfação dos clientes é evidenciado também através de elogios, tendo sido registados 15 elogios em 2018.

O IPST reconhece a grande importância da formação dos profissionais, no entanto, considerando os constrangimentos orçamentais e financeiros de 2018, ficou comprometido todo o planeamento ao nível da formação em particular, tendo como consequência a não aprovação do plano de formação, ainda assim, foram ações consideradas essenciais.

O IPST apresentou o Questionário relativo ao Sistema de Controlo Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo CCAS), sendo as respostas a todas as questões positivas (aplica).

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

No âmbito do QUAR verificou-se o incumprimento de 2 indicadores, cujas justificações foram apresentadas pelo IPST:

- **Parâmetro Eficácia - Objetivo Operacional 4-** Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea

**Indicador 4. 2** – N.º de novos doadores CEDACE ativados

**Meta** - 1.680      **Resultado** – 1424 Não atingiu

**Justificação:** “Este indicador foi definido inicialmente com uma Meta = 1900 novos doadores CEDACE ativados (Tolerância =190), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 1680. A proposta de alteração da meta teve em conta:

- a) *Que a utilização de dadores haploidênticos tem vindo a aumentar e é uma solução que contribui para a descida das ativações.*
- b) *O facto de existirem mais dadores com tipagem de alta resolução permite ativar apenas os dadores com identidades HLA bem caracterizadas e já reconhecidamente idênticas às do doente, o que resulta numa redução dos pedidos de ativação de dadores remetidos pelas Unidades de Transplantação de Medula Óssea Nacionais e Internacionais ao CEDACE tendo-se atingido 749 ativações até ao final do primeiro semestre de 2018 .No entanto este indicador não foi atingido em 2018, com 1424 dadores CEDACE ativados o que se traduz numa taxa de realização de 96%. Ao alterar a meta estabelecida tentou-se que não houvesse um desvio muito significativo face à inicialmente definida o que veio demonstrar como uma opção não adequada tendo em conta a variante externa.”*

➤ **Parâmetro Qualidade - Objetivo Operacional 11-** Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos

**Indicador 11. 2** – N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional

**Meta** – 24 **Resultado** - 18 – Não atingido

**Justificação:** “As visitas planeadas não puderam ser concretizadas devido à inesperada redução de recursos humanos (pessoal médico de imunohemoterapia) sem possibilidade de substituição em tempo útil na equipa responsável do CSTL.

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

O IPST desenvolveu um conjunto de *medidas de reforço positivo do desempenho, sustentadas na análise SWOT e designadas no Plano de Ações de Melhoria, propondo entre outras as seguintes ações de melhoria:*

- Melhoria da articulação com a DGS relativamente à partilha de competências da Autoridade Competente para o Sangue, Órgãos Tecidos e Células;
- Ações de recrutamento e fidelização de dadores;
- Mudança de paradigma da dádiva no contexto dos dadores CEDACE;

- Diminuir as importações de tecidos devido à entrada em funcionamento das salas brancas, construídas na área da transplantação do CST Lisboa.
- Reforço dos canais de comunicação;
- Implementação de um sistema de digital que converta dados em informação fidedigna para facilitar a tomada de decisão.

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

A área do sangue participa, desde 2014, no *benchmarking da European Blood Alliance*, organização de referência no setor. Dada a existência de um calendário para a submissão de dados referente a 2018 que se encontra ainda em curso, o IPST reporta neste capítulo resultados referentes ao ano de 2017, não apresentando qualquer tipo de comparação nacional ou internacional referente a 2018.

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

O Instituto aplicou um questionário “online”, para aferir o grau de satisfação e de motivação dos trabalhadores, avaliando três parâmetros da relação do colaborador com a instituição:

- Trabalho que desenvolve na perspetiva do colaborador
- O trabalho que desenvolve na interação que tem com os colegas e com o superior hierárquico
- O trabalho que desenvolve na instituição IPST, IP

Não é possível qualquer tipo de comparação com o ano anterior, uma vez que a metodologia utilizada em 2018 foi diferente. A apreciação global consta na tabela seguinte:

Tabela 6 - Satisfação dos Colaboradores

Satisfação dos Colaboradores			
A opinião dos colaboradores foi auscultada através de inquérito de medição do grau de satisfação			
Inquéritos aos Colaboradores	1 Taxas de Respostas (%)	38,73%	
	2 Classificação obtida	Igual ou superior a bom, pelo menos 70% respostas $\geq$ bom, média $>4$	15,4%
		Igual ou superior a Satisfaz pelo menos 70% das respostas $\geq$ Satisfaz, média $> 3,5$	30,8%
		Inferior a Satisfaz, média $\leq 3$	53,8%
	3 Evolução do grau de Satisfação dos colaboradores em relação ao ano anterior	Em 2018 a metodologia foi diferente	
4 Realização de outros tipos de avaliação	Não		
Não foi realizada Auscultação da Opinião dos Colaboradores			

A maioria dos trabalhadores do IPST que responderam ao questionário de avaliação (57%) consideram-se satisfeitos com o trabalho que desenvolve, mas não se sentem particularmente motivados no IPST (35,4%).

Consideram que o trabalho que desenvolvem corresponde às expetativas do seu superior (78,5%), não considerando boas as condições de trabalho no IPST (27,8%) e 75,9% não considera ter alguma oportunidade de crescimento profissional na instituição apesar de reconhecerem importante o papel do IPST na sociedade e no Ministério da Saúde.

Do universo dos trabalhadores que integram a Instituição, apenas 79 responderam ao questionário, a maioria tinha mais de 45 anos de idade, sendo a categoria mais participativa a categoria “Técnica”, que engloba pessoal médico, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores, pessoal de enfermagem e TSDT.

#### 4. Comparação das unidades homogéneas (artigo 16.º)

O IPST integra unidades homogéneas, sendo elas, os Centros de Sangue e da Transplantação de Lisboa, Coimbra e Porto, assegurando um sistema de indicadores de desempenho que permite a sua comparabilidade, conforme quadro que segue:

Informação das Unidades Homogéneas	Organismo
O relatório contém informação histórica sobre os resultados das ações desenvolvidas pelas UH; essa evolução é positiva mas maioritariamente moderada, é usada na autoavaliação e foi incluída nos objetivos da qualidade QUAR	CSTC
O relatório contém informação histórica sobre os resultados das ações desenvolvidas pelas UH; essa evolução é positiva mas maioritariamente moderada, é usada na autoavaliação e foi incluída nos objetivos da qualidade QUAR	CSTL
O relatório contém informação histórica sobre os resultados das ações desenvolvidas pelas UH; essa evolução é positiva mas maioritariamente moderada, é usada na autoavaliação e foi incluída nos objetivos da qualidade QUAR	CSTP

#### 5. Coerência entre os documentos legalmente previstos

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

## 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.

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

## 7. Cumprimento da data limite de entrega do relatório – 15 de abril de 2019

O Relatório foi rececionado no dia 15 de abril de 2019, tendo sido posteriormente solicitadas alterações ao documento, remetendo o IPST a versão final a 17 de maio de 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.



*Figura 6 - 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.

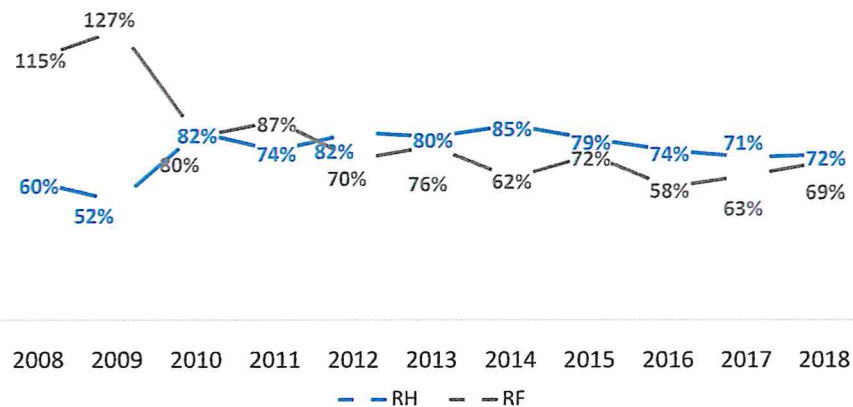


Figura 7- Taxa de Realização dos Recursos Humanos e Financeiros por Ano

## 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 GPEARl (Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais).

#### VI. Parecer da SGMS

O parecer da SGMS sobre a proposta de menção apresentada pelo IPST 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 janeiro, alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro, a proposta da SGMS para a menção qualitativa a atribuir em 2018 ao IPST é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço e considerando a justificação apresentada no ponto 3) para o incumprimento de um dos objetivos relevantes (OOp4) devendo-se a causas exógenas ao IPST.

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

---

**À consideração superior,**

A Técnica Superior



Ana Chastre

## Ana Chastre

---

**De:** SIADAP SGMS  
**Enviado:** 8 de maio de 2019 14:30  
**Para:** 'graca.fonseca@ipst.min-saude.pt'; mafalda.ribeirinho@ipst.min-saude.pt  
**Cc:** SIADAP SGMS  
**Assunto:** IPST\_RA - Análise da Proposta RA e QUAR 2018  
**Anexos:** Análise Proposta RA\_IPST.docx

Exmas. Senhoras,

No âmbito da emissão de parecer com análise crítica da autoavaliação do Relatório de Atividades (RA) e QUAR 2018, remetido por esse Instituto, e após análise da Equipa SIADAP1 desta Secretaria-Geral, nos termos das Orientações para o Ciclo de Gestão de 2019, homologadas pela Sra. Ministra da Saúde, foram identificadas algumas inconformidades, conforme resulta do documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Equipa Siadap 1

**SECRETARIA-GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE | Secretariat General of the Ministry of Health**

Av. João Crisóstomo, 9 - 1º  
1049-062 Lisboa, PORTUGAL

TEL: +351 217 984 200 FAX: +351 217 984 240

[sg@sg.min-saude.pt](mailto:sg@sg.min-saude.pt)  
[www.sg.min-saude.pt](http://www.sg.min-saude.pt)

PENSE ANTES DE IMPRIMIR





Proposta do Relatório de Atividades e do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR)  
2018

Organismo: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.  
Documentos remetidos a 15.04.2019

Sendo da responsabilidade da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS) o apoio, coordenação e acompanhamento, do Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública - SIADAP1, com vista a articulação dos Serviços do Ministério da Saúde abrangidos e, de modo a contribuir para o cumprimento das Orientações para o Ciclo de Gestão 2019 emanadas pela Tutela, foram identificadas algumas inconformidades, ou falta de informação complementar, que deverá ser tida em consideração, por esse organismo:

⇒ Relatório de Atividades (RA)

As Orientações do Ciclo de Gestão para 2019 homologadas pela Sra. Ministra da Saúde, no que se refere à elaboração do Relatório de Atividades define um modelo geral de RA, a ser adequado a cada organismo dada a sua natureza específica, com carácter obrigatório de alguns itens.

Neste sentido, o ponto II – Autoavaliação faz menção à **obrigatoriedade** de ser acompanhada dos itens descritos neste ponto, tornando-se obrigatória a existência dos mesmos no índice do RA. **Mesmo que alguns tópicos em questão não sejam aplicáveis ao organismo, deverão os mesmos ser identificados, indicando a sua não aplicação.**

Face ao exposto, deverão também integrar em RA, os quadros descritos no ponto:

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

*a) Comparação Plano Nacional e Internacional*

Os serviços devem apresentar menções relativas a boas práticas, devidamente documentadas, feitas por entidades, nacionais ou internacionais, de reconhecida independência.

*b) Prémios e ou menções de entidades Externas*

⇒ QUAR2018

- O ficheiro QUAR remetido relativamente aos **recursos humanos**, o total apresentado do “*Desvio em %*” (célula Q157) está incorreto, sendo o valor correto de **-28%**.

- No que se refere aos **recursos financeiros**, a fórmula para apuramento do “*Desvio em %*” está incorreta, sendo o “*Desvio em %*” igual ao “*Desvio*” a dividir pelo “*Orçamento corrigido 2018*”.

A Equipa SIADAP1