

Despacho SEAMS:

- Homologo nos termos propostos.  
 Não homologo.

Observações: \_\_\_\_\_

Data:

8/8/2015

Fernando Leal da Costa

Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

## PARECER

Face às conclusões decorrentes da análise, propõe-se que o presente parecer seja submetido, para homologação, ao Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, atribuindo em **2014** a menção de **Desempenho Bom** ao **Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.**, com base nos resultados evidenciados no seu conteúdo.

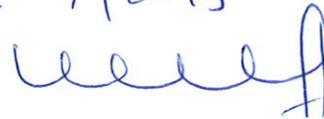
À consideração superior,

 Nucleo de Planeame  
Estratégico e Avaliaç  
Direção-Geral da Saúde

## DESPACHO

1. Concordo com o presente parecer.
2. À consideração do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

30/07/2015



Graça Freitas  
Subdirectora-Geral da Saúde

## PARECER TÉCNICO: SIADAP 1

**Análise Crítica da Autoavaliação de 2014 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.**, emitida pela Direção-Geral da Saúde - Núcleo de Planeamento Estratégico e Avaliação (de acordo com Despacho do Ministro da Saúde nº 5/2012 de 22 de Março).

### 1. ENQUADRAMENTO

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

Conforme estipula o Despacho do Ministro da Saúde (Despacho nº5/2012, de 22 de março), compete à Direção-Geral da Saúde (DGS), no âmbito dos serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS), a emissão de parecer com análise crítica da autoavaliação, constante do relatório de

atividades (RA), elaborado por cada um dos serviços e organismos do MS. De acordo com o referido Despacho, tal processo ocorre enquanto instituição integradora do *apoio, coordenação e acompanhamento do SIADAP 1*, assim como *no domínio da coordenação do planeamento estratégico, da monitorização e avaliação das políticas, prioridades e objetivos do MS*.

Deve ainda referir-se, que nos termos do n.º 2 do Despacho, continuam a ser atribuídas competências à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), pela aplicação do SIADAP1 aos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, aos quais seja aplicável a Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro (nomeadamente os hospitais integrados no sector público administrativo), sem prejuízo da coordenação global da DGS.

Em 2014, a DGS acompanhou o processo de elaboração dos Planos de Atividades (PA) e Quadros de Avaliação e Responsabilização (QUAR), assim como eventuais revisões do QUAR dos 14 serviços do MS, designadamente:

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

Atendendo ao ano atípico do ciclo de gestão do SIADAP 1 de 2014, houve a necessidade de adequar os prazos relativamente à tramitação procedimental. Assim, e tendo em consideração a homologação tardia do QUAR dos serviços do MS (segundo semestre de 2014), e conseqüente desfasamento temporal com a fase de monitorização semestral, foi sugerido pela DGS a realização de uma monitorização intermédia de cariz exclusivamente interna, para análise de resultados provisórios e perspectivas até ao final do ano. Desse modo, foram antecipados desvios

e tomadas medidas corretivas em tempo útil, tendo os serviços do MS recorrido, quando necessário, a uma proposta de revisão de objetivos/indicadores.

O presente parecer consubstancia a análise crítica do Núcleo de Planeamento Estratégico e Avaliação (NPEA) - DGS - sobre os resultados finais do QUAR e na autoavaliação do serviço sustentada no seu próprio RA, como também em informação complementar, a qual tem caráter obrigatório.

Assim, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 17.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterado pela Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro, vem o NPEA-DGS dar conhecimento da análise crítica da autoavaliação do **Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.** (IPST), referente ao ano de **2014**.

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

De referir que a avaliação final do desempenho dos serviços é expressa qualitativamente, nos termos do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterado pela Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro, 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.

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

## 2. PARECER COM ANÁLISE CRÍTICA DA AUTOAVALIAÇÃO

Com base nos resultados do QUAR e na informação adicional constante da autoavaliação que integra o RA de 2014, e considerando os critérios constantes do artigo 18.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterado pela Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro, ao serviço – **IPST** – sugere-se a atribuição da avaliação de **Desempenho Bom**, concordante com a menção proposta pelo dirigente máximo do serviço, em sede de autoavaliação do mesmo (Tabela 1).

O parecer do NPEA-DGS foi elaborado com base na fundamentação constante dos capítulos que se seguem.

Tabela 1 – Resumo de Informação

Resumo de Informação	
Ministério	Ministério da Saúde
Entidade Avaliadora	Direção-Geral da Saúde - Núcleo de Planeamento Estratégico e Avaliação
Entidade Avallada	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST)
Natureza	Administração indireta do Estado, dotado de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio.
Tutela	Ministro da Saúde
Missão	Garantir e regular, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e da transplantação, e garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana.
Ano em Avaliação	2014
Menção Proposta pelo Dirigente máximo na Autoavaliação	Desempenho Bom
Parecer do NPEA-DGS sobre a Proposta de Menção	Concorda-se com a menção de <b>Desempenho Bom</b> , proposta pelo Dirigente máximo do Serviço, uma vez que todos os objetivos foram atingidos, superando alguns.

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

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

Tabela 2 – Síntese da Análise Crítica em 2014

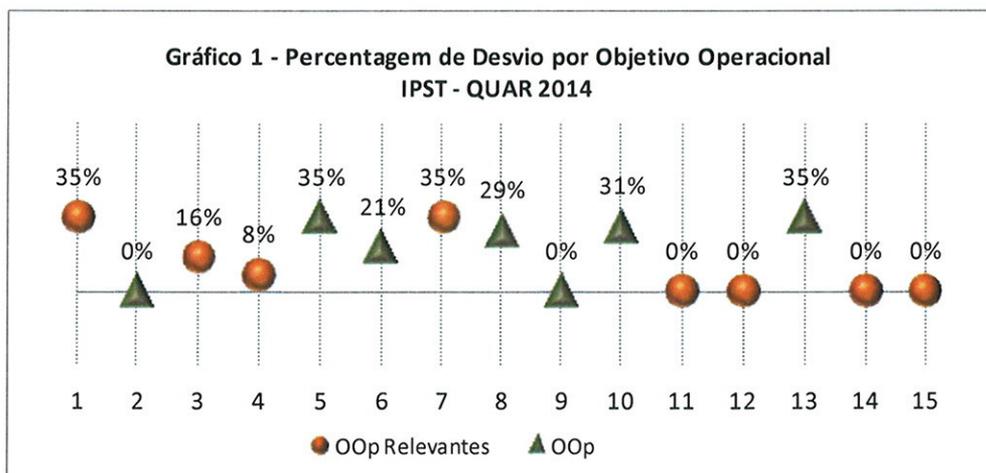
Síntese da Análise Crítica: Fundamentação/Constatações	
1) Resultados alcançados e justificação de desvios significativos (n.º 1 do art. 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)	<p>Dos seus 15 objetivos operacionais (OOp), dos quais oito são relevantes (OOp1, 3, 4, 7, 11, 12, 14 e 15), o IPST atingiu seis (OOp. 2, 9, 11, 12, 14, 15), superante os restantes nove. Os desvios verificados situam-se entre os 8% e os 35%, distribuídos pelos três parâmetros. A taxa de realização global atingida foi de 115%.</p> <p>A execução dos recursos humanos face ao planeado foi de 85%. Em dezembro de 2014, o total de profissionais era de 455, sendo menos três colaboradores do que no ano transato.</p> <p>A execução total do orçamento foi de cerca de 62%, justificado essencialmente pela diminuição da despesa com aquisição de bens e serviços em 45%.</p>
2) Revisão de objetivos, indicadores ou metas	<p>Foram revistos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta do indicador 3.3, do OOp3;</li> <li>• Meta do indicador 4.1 e 4.2, do OOp4;</li> <li>• Descritivo, meta e tolerância do indicador 13.1, do OOp13;</li> <li>• Meta e valor crítico do indicador 14.1, do OOp14.</li> </ul>
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	No ano de 2014, foi mantida a metodologia única no IPST (em todas as unidades orgânicas) de avaliação da satisfação para: dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea; promotores das sessões de colheita; clientes externos;

<b>Síntese da Análise Crítica: Fundamentação/Constatações</b>	
<b>dos serviços prestados</b>	<p>clientes nacionais e internacionais (a avaliação da satisfação a clientes internacionais teve início em 2014).</p> <p>Na área do sangue foram avaliados clientes nacionais de componentes sanguíneos e clientes relatórios de resultados de análises. Na área da transplantação foram avaliados doentes/famílias, centros de hemodialise, serviços/unidade de aplicação de tecidos, unidades de CEPH e gabinetes de coordenação. Foram também alvo da análise as reclamações ocorridas nas diversas Unidades Orgânicas do IPST.</p> <p>O IPST recorreu a diferentes metodologias, ajustadas tendo em consideração o objetivo pretendido e o objeto em análise.</p> <p>Dos resultados apurados verificou-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A satisfação global média dos doadores de sangue e candidatos a doadores de medula óssea do IPST foi superior a 98%;</li> <li>• A satisfação global média dos promotores das sessões de colheita, nas várias áreas de sessão de colheitas e nos três Centros de Sangue e Transplantação (Lisboa, Porto e Coimbra) foi superior a 90%;</li> <li>• A satisfação global média dos clientes externos (Não Doadores) na Área do Sangue e na Área da Transplantação foi, respetivamente, de 94% e 97%;</li> <li>• A satisfação global média dos clientes internacionais foi de 94%.</li> </ul> <p>O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 34 reclamações na área do sangue e uma na área dos componentes sanguíneos, as quais foram objeto de tratamento e resposta.</p>
<b>b) Avaliação do sistema de controlo interno (SCI)</b>	<p>Apresenta o modelo de SCI conforme orientações do documento "Avaliação dos Serviços - Linhas de Orientação Gerais" (GT CCAS, Documento Técnico nº 1/2010 - Anexo A).</p> <p>O RA descreve ainda, comentando, de forma positiva, os quatro domínios do SCI, constantes do modelo acima referido,</p> <p>O NPEA-DGS não dispõe de condições e mecanismos de aferição da suficiência das condições de funcionamento do SCI.</p>
<b>c) Referência às causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes</b>	<p>Não aplicável no que concerne ao compromisso QUAR.</p> <p>O RA apresenta ainda, a execução relativa ao PA, por unidade orgânica, sendo que dos 126 indicadores (agrupados em 88 OOp) 66 foram superados, 38 atingidos e 21 não foram atingidos. As circunstâncias em que ocorre o não cumprimento dos 21 indicadores de PA encontram-se devidamente fundamentadas, tendo o principal foco a escassez de recursos humanos e reestruturações dos sistemas de informação, entre outros.</p>
<b>d) Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo do desempenho, evidenciando as condicionantes que afetaram os resultados a atingir</b>	<p>O IPST define "medidas de reforço positivo do desempenho" como "conjunto de ações que permita a melhoria da eficácia, assente na sustentabilidade da organização, contemplando o estímulo dos "stakeholders".</p> <p>O IPST desenvolveu um conjunto de medidas sustentada na análise SWOT e designadas no Plano de Ações de Melhoria.</p>
<b>e) Comparação com o desempenho de serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação</b>	<p>O IPST na área do sangue participa no <i>benchmarking</i> da EBA desde 2014 (segundo Modelo de benchmarking da abordagem da EBA), sustentado na análise e comparação de indicadores-chave de desempenho (KPI) importantes. Neste sentido verifica-se a comparação entre 23 diferentes serviços e o IPST. Os melhores índices do IPST estão aos níveis rácios de transfusão, produtividade na produção de componentes e perdas nas dádivas e produção. Os restantes índices requerem um conjunto de ações que permita, principalmente, a melhoria na produtividade, diminuição de perdas na cadeia de produção e aumento da frequência da dádiva.</p>
<b>f) Audição de dirigentes Intermédios e dos demais trabalhadores na autoavaliação do serviço</b>	<p>Foi lançado um questionário, através de correio eletrónico, a todos os trabalhadores do IPST (N=483, Mapa IPST janeiro 2015), com uma taxa de resposta de 24% (n=116). A metodologia assentou na seleção e adaptação do questionário seguindo o exemplo da CAF "Cammon_Assessment_Framework" (Estrutura Comum de</p>

<b>Síntese da Análise Crítica: Fundamentação/Constatações</b>	
	Avaliação), modelo europeu comum de gestão da qualidade para o setor Público. Verifica-se, de forma geral, a representatividade das categorias profissionais está assegurada, com exceção do grupo funcional dos assistentes operacionais. Os dados apurados refletem diferentes resultados segundos os parâmetros avaliados.
4) Comparação das unidades homogêneas (art. 16º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)	O IPST apresenta uma análise de objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, refletida numa análise nacional do desempenho institucional em 2014, que constitui o somatório dos indicadores-chave de desempenho (KPI - <i>key Performance Indicators</i> ) das unidades homogêneas do IPST, essencial para a gestão integrada da execução anual. Paralelamente, desenvolveram uma análise por resultados parciais das unidades orgânicas, que promove o alinhamento organizacional. O IPST apresenta ainda comparação de resultados por unidade homogênea relativamente à "Apreciação por parte dos utilizadores da quantidade e qualidade dos serviços prestados", nomeadamente através da análise de satisfação ao nível dos três Centros de Sangue e Transplantação (Lisboa, Porto e Coimbra) e das áreas de sessão de colheitas afetas ao IPST diretamente.
5) Coerência com os documentos legalmente previstos	Entrega de documentos coerentes com o legalmente previsto.
6) Estrutura do relatório (alínea e) do n.º 1 e n.º 2 do art. 8º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro; Orientações Técnicas do CCAS e o n.º 10 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/2010, de 25 de junho e a Portaria n.º 1297/2010, de 21 de dezembro	De acordo com as orientações e legislação mencionada no ponto 6) desta grelha o IPST apresenta uma estrutura do RA conforme a prevista, exceto na análise da afetação real e prevista dos recursos humanos e financeiros que encontra-se integrada no Balanço Social.
7) Cumprimento da data limite de entrega do relatório de atividades: 15 de abril 2014 (alínea e) do n.º 1 do artigo 8.º, do artigo 15.º e da alínea a) do n.º 1 do artigo 31.º, todos da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)	Data de receção dos documentos em suporte digital, no NPEA-DGS: - 15 de Abril de 2015.

### 2.1.1. Cumprimento dos Objetivos Operacionais

O gráfico 1 refere a aferição do cumprimento dos OOp do QUAR 2014 do IPST, com destaque para os objetivos relevantes apresentados a laranja (●). Da sua leitura são observados os desvios em relação ao cumprimento da meta (igual a uma taxa de realização de 100%), sendo o valor 0% equivalente a ter atingido o objetivo (nulidade de desvio).

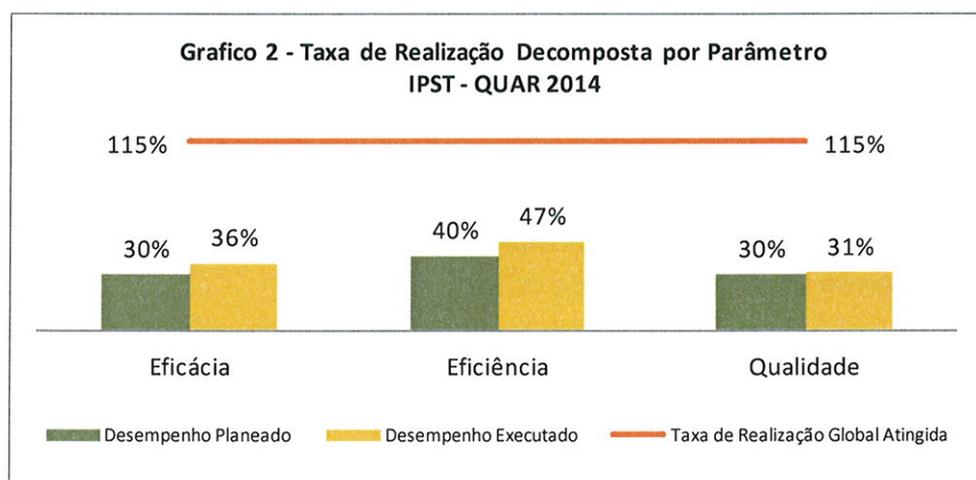


### 2.1.2. Taxa de Realização Global: Eficácia, Eficiência e Qualidade

No gráfico 2 está representada a taxa de realização global atingida, que resulta do somatório do desempenho executado por parâmetro de avaliação. É também referido o desempenho planeado.

O IPST apresentou uma **taxa de realização global atingida de 115%** (ajustada ao limite máximo de 135%) que resulta do cálculo de uma taxa de realização ajustada em função das ponderações de cada parâmetro do QUAR 2014.

As ponderações atribuídas a cada parâmetro foram definidas pelo IPST aquando da elaboração do PA e QUAR de 2014 (eficácia 30%, eficiência 40%, qualidade 30%).



### 2.1.3. Resultados da Utilização de Recursos Humanos e da Execução de Recursos Financeiros

#### 2.1.3.1. Recursos Humanos

Na tabela 3 é quantificada a utilização dos Recursos Humanos do IPST em 2014 face aos pontos planeados e aos realizados, e respetivo desvio.

Tabela 3 – Recursos Humanos Planeados e Realizados em 2014

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio %
<b>Total</b>	5.353	4.546	-807	<b>-15%</b>

#### 2.1.3.2. Recursos Financeiros

Na tabela 4 é descrita a execução dos Recursos Financeiros do IPST em 2014 face ao orçamento planeado corrigido e ao executado, com respetivo desvio.

Tabela 4 – Recursos Financeiros Planeados e Executados em 2014

Recursos Financeiros	Planeado Corrigido	Executado	Desvio	Desvio %
<b>Orçamento funcionamento</b>	<b>65.406.871,00 €</b>	<b>40.415.806,00 €</b>	<b>-24.991.065,00 €</b>	<b>-38%</b>
Despesas com Pessoal	19.571.018,00 €	14.728.156,00 €	-4.842.862,00 €	-25%
Aquisição de Bens e Serviços	43.723.653,00 €	24.127.967,00 €	-19.595.686,00 €	-45%
Outras Despesas Correntes	813.910,00 €	725.000,00 €	-88.910,00 €	-11%
Aquisição de Bens de Capital	1.298.290,00 €	834.683,00 €	-463.607,00 €	-36%
PIDDAC	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0%
Outros Valores	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0%
<b>TOTAL (OF+PIDDAC+Outros)</b>	<b>65.406.871,00 €</b>	<b>40.415.806,00 €</b>	<b>-24.991.065,00 €</b>	<b>-38%</b>

## 2.2. Comentários Face à Avaliação Global do Serviço

Através dos gráficos 1 e 2 é possível verificar que o IPST apresenta uma taxa de realização global de 115%, resultado que confirma o cumprimento de todos os OOp e a superação de alguns, com desvios positivos que se situam entre os 8% e os 35%.

Da mesma forma se evidencia a superação de quatro OOp relevantes, a saber, OOp1, 3, 4 e 7. Todos os parâmetros foram superados relativamente ao planeado em, respetivamente, em 6% na eficácia, 7% na eficiência e 1% qualidade.

No que concerne à execução financeira, muito embora o RA refira que se trata de dados provisórios, à data da submissão do mesmo, regista-se um desvio negativo de cerca de menos

38% (-24.991.065,00€) não executados, relativamente ao orçamentado. De referir que o orçamento executado foi sujeito a cativos, previstos no OE de 2014, na rubrica “Aquisições de Bens e Serviços” no valor de 5.968.298,00€, perfazendo um valor real de desvio face ao planeado de -13.627.388,00€ (-31%), conseqüentemente uma taxa global de -29% (-19.022.767,00€).

No tocante à utilização dos recursos humanos, verifica-se uma taxa de realização de 85%, relativamente aos pontos planeados e executados. Comparativamente ao ano 2013, o ano 2014 regista um desvio de -3% (n=16) para a globalidade dos recursos afetos ao IPST. Tal facto prende-se com a saída de efetivos, designadamente por aposentação, não ter procedimento de recrutamento, entre outras, superou o número de efetivos que foram admitidos o que levou a que em 31 de dezembro de 2014 o número de efetivos fosse inferior ao período homólogo de 2013.

Como referido anteriormente, a proposta do NPEA-DGS para menção qualitativa em 2014 do IPST em 2014 é de **Desempenho Bom**, concordante com o expressado pelo dirigente do IPST.

Sugerimos que no próximo RA, seja tida em consideração:

- A conveniência de uma breve caracterização do IPST, que inclua a missão, atribuições, visão, valores e um organograma;
- A conveniência da “Análise da afetação real e prevista dos recursos humanos, materiais e financeiros ser um item autónomo.

### 3. HISTÓRICO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

Tendo em consideração que o IPST surge em sequência da reestruturação levada a cabo pelo MS (Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro), os valores históricos apresentados neste capítulo, até ao ano 2011, são referentes ao Instituto Português do Sangue, I.P..

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

O gráfico 3 permite-nos fazer uma leitura da taxa de realização global atingida, nos anos 2008 a 2014.

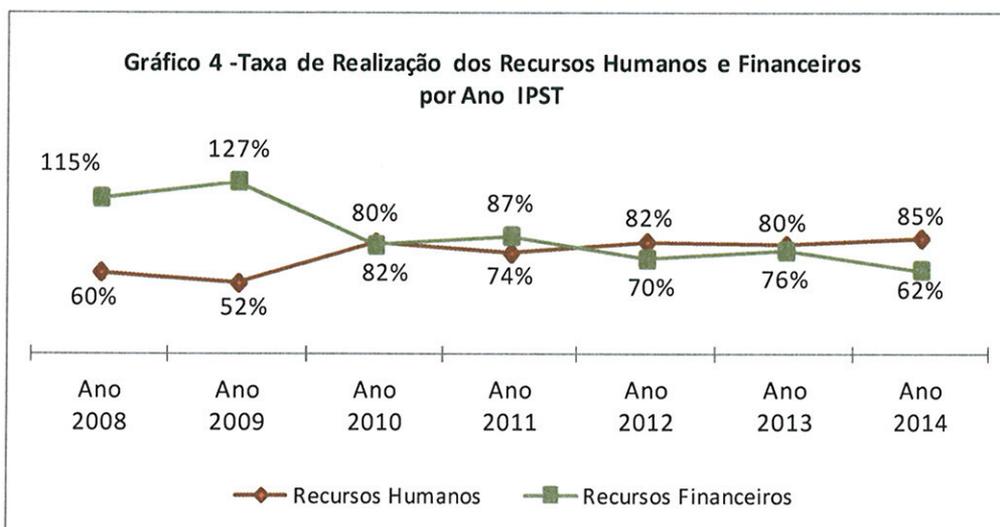
Salienta-se que a limitação da taxa de realização máxima em 135% passou a ser aplicável a partir de 2011, inclusive.



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

O gráfico 4 permite-nos uma leitura da evolução das taxas de execução quer dos recursos humanos, quer dos recursos financeiros, para os anos 2008 a 2014.

A ausência de dados relativa ao ano de 2008 é correspondente à impossibilidade de acesso à informação.

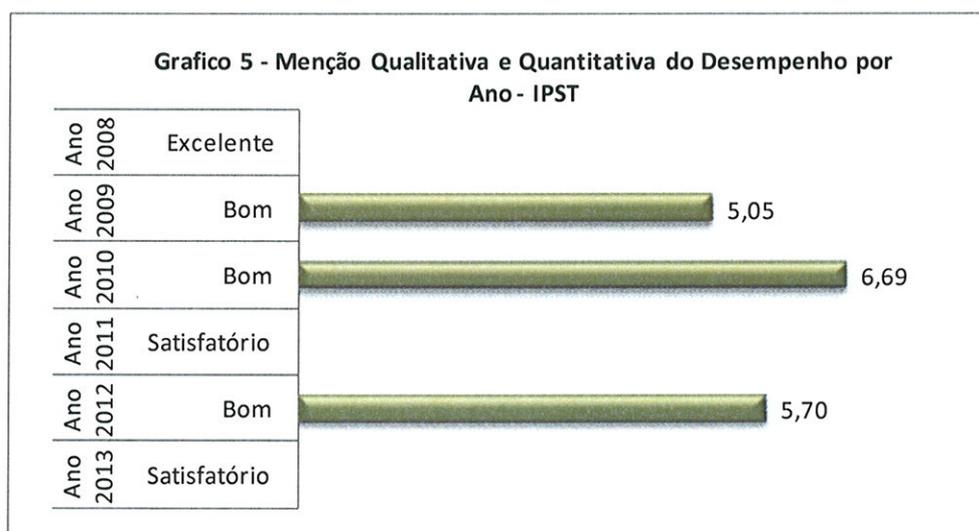


### 3.3. Histórico da Menção de Desempenho do Serviço

A representação da menção de desempenho do serviço, assinalada no gráfico 5, corresponde à menção qualitativa e quantitativa do desempenho, quando aplicável, para os anos 2008 a 2013, decorrentes da homologação superior.

A ausência de dados relativa à menção quantitativa do ano de 2008 refere-se à impossibilidade de acesso à informação, correspondente ao ano de arranque do processo SIADAP 1 e à ausência de orientações neste sentido.

Os valores apresentados no final das colunas identificam a pontuação final do grau de excelência do serviço, no ano de 2009, 2010 e de 2012 (escala de 0 a 10), resultante da aplicação da matriz de excelência, definida pelo CCAS.



## 4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Este parecer teve por base:

- 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 (incluindo a menção de proposta qualitativa, do dirigente) e respetivo QUAR de 2014;

- 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. FASES DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS**

De acordo com a Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, alterada pela Lei nº 64-A/2008, de 31 de dezembro, Lei nº 55-A/2010, de 31 de dezembro e Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro, a avaliação do desempenho dos serviços deve obedecer, em regra, aos seguintes procedimentos:

- I. Envio ao NPEA-DGS, para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 31º, até 15 de abril de cada ano, o RA referente ao desempenho do ano anterior, o qual deve incluir a autoavaliação do serviço nos termos previstos no n.º2 do artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro.  
  
A este procedimento é acrescido o envio ao NPEA-DGS dos resultados da monitorização semestral até 31 julho do corrente ano, assim como solicitações de revisão de QUAR até 30 setembro do corrente ano.
- II. Emissão de parecer, por parte do NPEA-DGS, com análise crítica da autoavaliação e envio ao respetivo membro do Governo.
- III. Após o parecer do NPEA-DGS, a menção (Desempenho bom, satisfatório ou insuficiente) proposta pelo dirigente máximo do serviço, como resultado da autoavaliação, deve ser homologada ou alterada pelo respetivo membro do Governo e comunicada ao serviço com conhecimento NPEA-DGS.
- IV. O NPEA-DGS elabora uma análise comparada de todos os serviços do MS com vista a:
  - a) Identificar anualmente os serviços que 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, não justificados, entre objetivos e resultados ou que, por outras razões consideradas pertinentes, devam ser objeto de heteroavaliação.
- V. Divulgação dos resultados da avaliação:

- a) Cada serviço procede à divulgação, na sua página eletrónica, da autoavaliação, com indicação dos respetivos parâmetros. Caso o parecer do NPEA-DGS, com 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;

VI. Efeitos da avaliação (artigo 26.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro)

Os resultados da avaliação dos serviços devem produzir efeitos sobre:

- As opções de natureza orçamental com impacte 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.

