



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Esclarecimentos relativos à Avaliação do Desempenho a nível das Comissões Paritárias estabelecidas nos ACTs: Área Hospitalar

ADAPTAÇÃO DO SIADAP 3 – CARREIRA ESPECIAL MÉDICA – ÁREA HOSPITALAR

Assunto: COMISSÃO PARITÁRIA DO ACORDO – RESULTADO DA REUNIÃO DE 14 de Junho de 2013 e 3 de Julho, Lisboa

1. Como resolver a falta de avaliações de 2011 e 2012?

R-Atribuição de um ponto por cada ano de exercício de funções (nº7 do artigo 113º da Lei nº12-A/2008). Possibilidade dos médicos optarem por efectuar requerimento para avaliação por ponderação curricular (nº9 do artigo 113º da Lei nº12-A/2008).

Para isso, será necessário que, previamente, sejam definidos os critérios da ponderação curricular, pelo conselho coordenador da avaliação, nos termos do Despacho Normativo nº 4-A/2010, publicado em 8 de fevereiro de 2010.

2.A avaliação de desempenho dos médicos vai articular-se com o sistema de planeamento do Ministério da Saúde? E, com o SIADAP 1 (Unidades de Saúde) e SIADAP 2 (Directores de Serviço e de Departamento). Qual o papel da ACSS e da DGS?

R-Sendo o SIADAP um sistema integrado de gestão, não poderá deixar de se articular com o ciclo de gestão de cada serviço e das suas Unidades Funcional. Tem que existir coerência e integração, alinhando a ação dos diversos serviços e departamentos dos Centros Hospitalares, das ULS, dos Hospitais SPA, das ARS e da DGS, além dos dirigentes e trabalhadores médicos, tendo por base a transparência e a imparcialidade com critérios objectivos e públicos, publicados nos planos de actividades e metas contratualizadas por cada serviço ou departamento e os contratos-programa dos Hospitais.

A ACSS, vai envolver no processo o DC da própria ACSS e a DGS.

Ter em atenção que devem ser definidos objetivos institucionais para dois anos pois o ciclo de gestão do SIADAP dos médicos é de dois anos.

3.Quando se inicia o primeiro ciclo de gestão da unidade de saúde e as suas três fases (Planeamento; Execução e Controlo)?

R-A gestão das diversas unidades de saúde públicas efectua-se por períodos temporais determinados, denominados ciclos, os quais em regra, têm uma duração anual, sem prejuízo de poderem ter uma duração superior, que em 2013 passou a ser bienal.

Uma vez definidos os objetivos estratégicos para dois anos, o ciclo de gestão da unidade funcional e dos estabelecimentos de saúde, inicia-se com a **fase do planeamento**, a qual por sua vez, integra a sub-fase da elaboração e aprovação do plano



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

de actividades para 2013 e 2014 e a sub-fase de aprovação do respectivo orçamento que deverá ocorrer até 15 de Outubro de cada ano. Nesta fase, devem definir-se e aprovar-se as orientações a observar nos diversos subsistemas do SIADAP, de forma a assegurar a sua articulação e compatibilidade dos objectivos fixados.

A fase de execução e do controlo, ver pag. 80 e 81 de Paulo Veiga e Moura, “A Avaliação de Desempenho na Administração Pública”.

Em suma, pretende-se que nos meses de Outubro e Novembro de 2013, todos os médicos tenham contratualizado os objectivos com a equipa de avaliação e tenham escolhido as competências de desempenho, em número não inferior a cinco de entre as aprovadas pelo Conselho Coordenador da Avaliação, de forma a poderem ser avaliados, no biénio de 2013 e 2014.

Para isso poder acontecer, os objectivos institucionais para dois anos devem ser definidos até final de Setembro de 2013.

4. Definição do conceito de dirigente ou órgão máximo de gestão para efeitos de avaliação de desempenho na área hospitalar.

R- Nos Centros Hospitalares ou Hospitais será o Presidente do Conselho de Administração, com eventual delegação no Director de cada hospital constituinte. Nas ULS será o Presidente do Conselho de Administração, com delegação no Director de cada hospital constituinte.

5. Conselho coordenador da avaliação (CCA) – a que nível deve ser constituído nos CH, nas ULS e nos Hospitais SPA?

R- O CCA é um órgão *ad hoc*, colegial que é criado em cada estabelecimento de saúde para efeitos exclusivos de avaliação de desempenho, não tendo existência para além deste procedimento avaliativo.

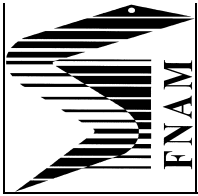
Nos CH, o CCA deve ser presidido pelo Director Clínico, ter o responsável pela gestão de recursos humanos do CH e mais três a cinco médicos dirigentes, detentores de categoria igual ou superior a assistente graduado designados pelo Director Clínico. Podem existir seções autónomas a nível de cada hospital constituinte do CH, caso a dimensão o justifique (com eventual agrupamento de unidades de menor dimensão).

Nas **ULS**, a proposta é que exista um CCA ao nível da própria ULS que depois deve constituir uma seção autónoma do CCA para cada hospital constituinte e para o(s) ACES.

Sendo o CCA, um órgão colegial, necessita de regras que disciplinem o seu funcionamento, inscritas no regulamento que deve especificar a criação (ULS) das seções autónomas.

6. Quem é o superior hierárquico directo do avaliado?

R- Nos hospitais será o Director de Serviços ou o Director de Departamento em caso de médicos que dele dependam directamente.



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

7. Equipa de avaliação – Constituição? E, o médico eleito provém de que universo? Situações excepcionais, como definir o número reduzido do nº2, alínea c) da Cláusula 16ª?

R- Em termos de constituição da equipa de avaliação, serão quatro médicos:

- Director de Serviços ou Director de Departamento, nos hospitais;
- Dois médicos¹ com o grau de consultor da carreira especial médica, designados pelo dirigente máximo.
- Um médico eleito, por votação secreta, de entre e pelos trabalhadores médicos da mesma equipa ou, sendo esta reduzida, sucessivamente, da unidade orgânica, serviço ou estabelecimento.²

8. Avaliação dos membros das equipas de avaliação – âmbito dos elementos escolhidos ou eleitos?

R- São avaliados por três médicos do serviço, equipa ou unidade, dois dos quais escolhidos pelo respectivo corpo clínico ou eleitos pelo método de votação secreta e o outro designado pelo dirigente máximo (ou por delegado). O âmbito da escolha deve seguir as regras do ponto anterior.

Os avaliadores a que se refere o número anterior devem recolher informação qualitativa complementar relativamente à avaliação sobre os respectivos avaliados efectuada pelos demais médicos do corpo clínico, mediante questionário padronizado a aprovar pelo conselho coordenador da avaliação.

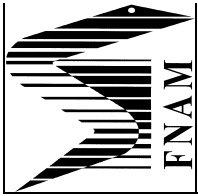
Além disso, o processo de contratualização e avaliação (Cláusula 17ª do ACT nº12/2009) é idêntico, com a negociação de objetivos e competências de acordo com a actividade exercida de cada médico, acrescentando-se a título informativo, a informação qualitativa complementar, obtida através de questionário padronizado.

9. No SIADAP 2, só entram os médicos com funções de director de departamento ou de serviço? E, outros médicos em Comissão de Serviço?

R- Entram no SIADAP 2 os médicos em comissão de serviço que desempenham a actividade clínica abaixo de 50% do seu horário.

¹ **Questão pendente:** estes dois médicos, poderão participar na avaliação de quantos médicos? Fica ao critério de cada CCA, recomendando-se um máximo de aproximadamente 40 médicos.

² Como o ACT não define o conceito de “equipa reduzida”, referente à alínea c) do nº2 da Cláusula 16ª., define-se como aquela que integre um número total de médicos inferior a vinte (20).



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

10. Definição de objectivos individuais – indicadores (como se classificam?); número de objectivos? Ponderações? Articulação com os objetivos das unidades orgânicas, face ao ciclo de avaliação de dois anos?

R- A articulação em cascata deve existir, sendo por isso necessário ter presente a missão e objectivos das unidades orgânicas, estabelecimento de saúde e das unidades funcionais.

É fundamental a existência de indicadores de medidos validados, ficando claro entre todos os intervenientes qual o processo que permite medir os resultados obtidos. Ter em conta que o SIADAP não define como se avaliam indicadores. Desse modo, terá de haver uma fórmula que estabeleça a relação entre a avaliação dos indicadores e o estabelecimento da classificação em 1, 3 e 5 para os objetivos.

Deve-se auscultar a Ordem dos Médicos, nomeadamente os respectivos colégios, para se discutirem os indicadores nacionais, nas cinco áreas possíveis (nº1 da Cláusula 10ª): assistencial/produktividade, formação e garantia da qualidade, investigação, organização/planeamento em saúde e atitude profissional/comunicação. Além disso, será obrigatório a quantificação de atos médicos, como referido na alínea e), ponto 3, cláusula 10ª.

11. Competências – a partir das de técnico superior? Reformular, acrescentar ou retirar? Número de competências? Escolha das competências?

R- Apesar do perfil de competências ser dinâmico, seria ideal que a nível nacional se conseguisse validar uma listagem de competência a serem escolhidas pelos CCA.

12. Considerar, eventualmente, ainda as seguintes questões:

- Estabelecer alguma orientação para a fundamentação em caso de discordância na contratualização dos objetivos;
- Estabelecer orientação para os pareceres dos médicos de outros serviços, envolvendo também a Ordem dos Médicos?
- As comissões paritárias devem ter o mesmo âmbito dos conselhos coordenadores da avaliação, pelo que no caso de haver seções do CCA também deverá haver a seção correspondente da CP;
- Para a concretização da monitorização do desempenho, deverá ser acordado entre avaliado e equipa de avaliação, na altura da contratualização, um plano detalhado.

Lisboa, 03 de Julho de 2013