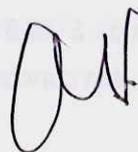


Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (8404/2018)

DESPACHO

HOMOLOGO



10. MAI 2018

Adalberto Campos Fernandes
Ministro da Saúde

DESPACHO

À consideração de Sua Ex.^a o Ministro da Saúde

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2017 do IPST com a proposta de Desempenho de "Satisfatório", pelo que se propõe homologação de V.^a Ex.^a.

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: 2018-05-09T11:42:15.380 UTC

09-05-2018 12:41

Sandra Cavaca

PARECER

Concordo com a análise crítica da autoavaliação de 2017 do IPST 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



07-05-2018 18:50

Claudia Monteiro

Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (8404/2018)

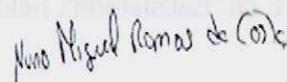
PARECER

Concordo com a presente informação , pelo que 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 28.01, alterada pela Lei n.º 66-B/2012, de 31.12, a proposta da SGMS para a menção qualitativa a atribuir em 2017 do IPST é de Desempenho Satisfatório, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço.

Face ao exposto, deverá a presente ser submetida à consideração de Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde para que, se assim for entendido superiormente, seja a presente análise crítica da Autoavaliação de 2017 da IPST homologada.

À consideração superior

O Chefe de Divisão



07-05-2018 13:50

Nuno Costa

ASSUNTO: Análise Crítica da Autoavaliação de 2017 do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

DATA: 04/05/2018

INFORMAÇÃO N.º: 8404/2018

PROC. N.º: 296/2018

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 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 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/20017, 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

O IPST remeteu a 16 de abril de 2018 através da plataforma eletrónica SIADAP1, o Relatório de Atividades e QUAR de 2017.

Na análise aos instrumentos de gestão, foram constatadas algumas inconformidades, tendo sido sugeridas a 02.05.2018 (conforme documento em anexo) algumas correções, com vista à introdução

de melhorias e inclusão de informação complementar. O IPST procedeu em conformidade, reencaminhando nova versão dos documentos a 04.05.2018.

Na tabela que segue, encontra-se a síntese da análise crítica do IPST, 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 EM AVALIAÇÃO	2017
MENÇÃO PROPOSTA PELO DIRIGENTE MÁXIMO NA ATUAVALIAÇÃO	Desempenho Satisfatório
PARECER DA SGMS SOBRE A PRPOPOSTA DE MENÇÃO	Concorda

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 2017 do IPST foi aprovado por Sua Exa. o Ministro da Saúde a 4 de julho de 2017, por despacho sobre a informação n.º 335/2017.

A taxa de realização global (TRG) do QUAR 2017 foi de 109%, segundo os cálculos realizados pelo IPST e confirmados pela SGMS. Esta execução resulta no seguinte desempenho executado por parâmetro: 95% na Eficácia; 107% na Eficiência e 127% na Qualidade.

Taxa de realização por parâmetro de avaliação

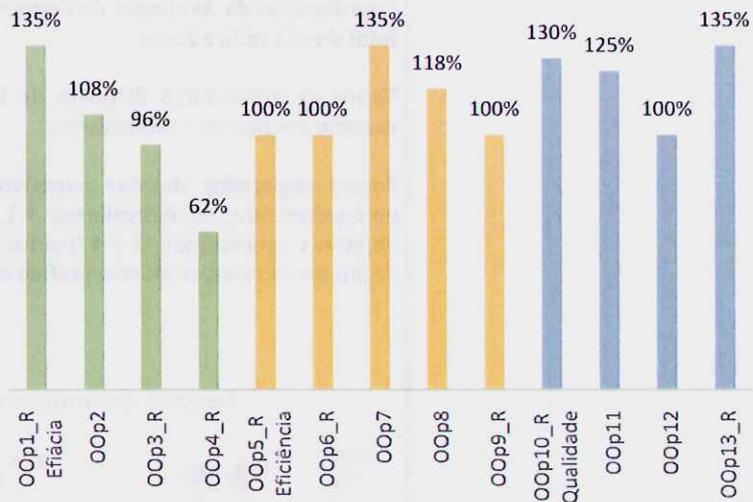


O IPST para concretizar os 11 objetivos estratégicos, definiu 13 objetivos operacionais (OOp), 4 foram atingidos (31%), 7 superados (54%) e 2 objetivos operacionais não foram atingidos (15%), numa média de execução de 111%.

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, 3, 4, 5, 6, 9, 10 e 13, que representavam 62% do total dos objetivos operacionais e que evidenciaram uma TRG de 135%, 96%, 62%, 100%, 100%, 100%, 130% e 135%.

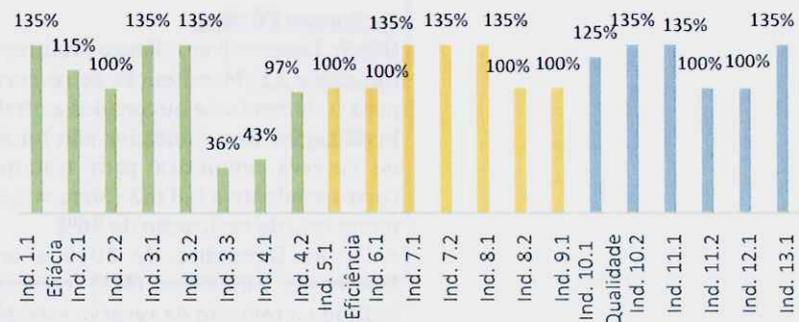
Os objetivos mais relevantes integram os parâmetros de eficácia (OOp1, OOp3 e OOp4), de eficiência (OOp5, OOp6 e OOp9) e de qualidade (OOp10 e OOp13).

Taxa de realização dos objetivos operacionais



Da análise aos 21 indicadores de desempenho, registados no QUAR 2017, constata-se, que 11 indicadores, ou seja 52% superaram as respetivas metas planeadas, (Taxa de realização > 100%), conforme demonstrado no quadro seguinte:

Taxa de realização dos indicadores de desempenho



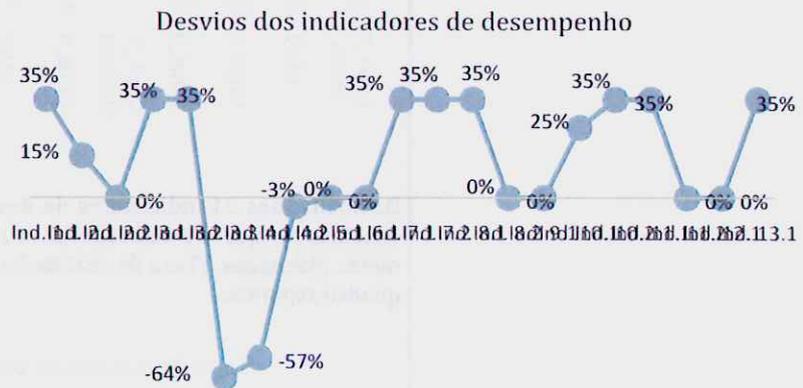
Considera-se que um indicador ou objetivo é atingido quando lhe corresponde uma taxa de realização de 100%, i.e., quando o resultado se encontra no intervalo entre a meta e a tolerância (meta-tolerância ou meta+ tolerância), por sua vez, quando ultrapassa o limite superior do

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 11 indicadores de desempenho que superaram as metas planeadas, 10 evidenciam ter atingido uma taxa de realização igual ou superior a 125% (Valor crítico/Patamar de excelência proposto pelo Conselho de Coordenação da Avaliação de Serviços), o que corresponde a 48% face ao total dos 21 indicadores.

Todos os indicadores dispõem de histórico desde o ano de 2014, com exceção apenas de 4 indicadores.

Foram registados desvios negativos aos indicadores de desempenho, nomeadamente, os indicadores 3.3, 4.1 e 4.2 e consequentemente nos objetivos operacionais 3 e 4 fixados em QUAR 2017, o IPST apresenta os seguintes desvios, conforme gráfico seguinte:



Parâmetro Eficácia:

OOp3: Desenvolver o Banco Multitecidular

Indicador 3.3: Manutenção de reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia.

Justificação: Este indicador não foi atingido em 2017, com a manutenção de reserva amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia correspondente a 0,8 m² (Meta = 2,5 e Tolerância = 0,3), o que se traduz numa taxa de realização de 36%.

A 31 de Dezembro de 2016 a área total da reserva estratégica de Membrana Amniótica (MA) correspondia a 2,5893 m². Em 2017 foi indicada a redução da reserva estratégica de MA para 2,5 m², sob pena de provocar custos desnecessários (recursos humanos, equipamentos, consumíveis e termo do prazo de conservação dos tecidos) atendendo à reserva já existente e ao número de solicitações recebidas em 2016. No entanto, houve um aumento do consumo de MA pelas unidades aplicadoras (90,9%), verificado sobretudo a partir do 2º semestre, o que despoletou ações para aumentar a quantidade de MA, tendo sido recebidas para processamento 2 placentas adicionais. Estas foram insuficientes para

atingir a meta estabelecida. Apesar deste aumento do consumo o Banco de Tecidos do IPST, IP respondeu de forma cabal às necessidades nacionais de MA.

00p4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea

Indicador 4.1: N.º de novos dadores CEDACE tipados

Justificação: Para este indicador foi definida uma Meta = 12000 de novos dadores CEDACE tipados (Tolerância = 1300; Valor Crítico= 13850). Este indicador não foi atingido em 2017, apresentando um total de 4559 novos candidatos a dador CEDACE tipados, o que se traduz numa taxa de realização de 43%, determinada por uma nova orientação estratégica que a seguir se descreve.

O registo CEDACE é um dos 3 maiores registos da europa, tendo em consideração o nº de dadores/milhão de habitantes. Assim, durante o ano de 2017, mostrou-se inevitável implementar uma mudança estratégica para que o registo contemplasse simultaneamente o controlo de custos, a alta produtividade e a melhor caracterização genotípica dos dadores. De acordo com o plano estabelecido foi considerado preponderante:

- 1 - Dinamizar e reforçar a colaboração interinstitucional, formalizando protocolos para aproveitamento do parque tecnológico instalado localmente, fruto do investimento do governo e da comunidade europeia;
- 2 - Evoluir tecnologicamente, para uma melhor caracterização genotípica dos dadores que se traduzirá numa resposta rápida e de qualidade às solicitações para os doentes;
- 3 - Valorizar o conhecimento e a formação dos recursos humanos do IPST, IP;
- 4 - Obter ganhos na relação custo/benefício desonerando a instituição da compra de equipamentos e respetivas manutenções.

Assim, foram feitas as diligências para:

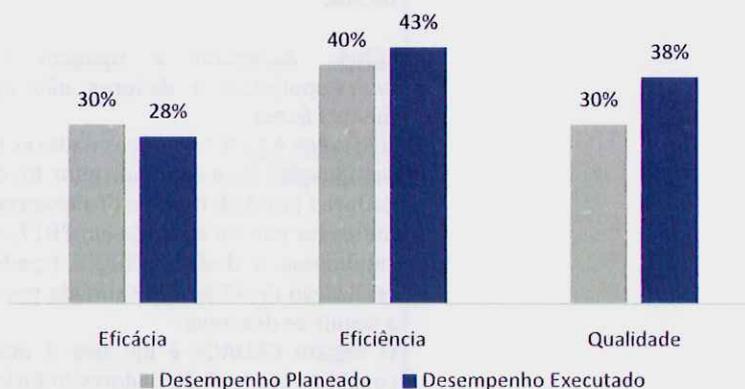
Estabelecer protocolos com a Universidade de Coimbra e um acordo de cooperação com o laboratório UC Genomics, referenciado no programa "Portugal 2020 - Portugal Genomics", para utilização dos equipamentos instalados.

Elaborar um caderno de encargos competitivo para o concurso público para compra de reagentes a utilizar nos referidos equipamentos.

Este projeto desencadeou-se em março de 2017 tendo sido a publicitação do concurso público na plataforma Vortal em outubro de 2017 e ficará concluído no decorrer do presente ano. Contudo, a complexidade inerente à elaboração das cláusulas técnicas do caderno de encargos, bem como a articulação entre os diversos intervenientes e as diferentes fases do processo a percorrer em sede de procedimento concursal, contribuíram para uma maior morosidade do processo em curso, refletindo-se no não atingimento do objetivo. Assim, com o mesmo volume de reagente iremos conseguir tipar um maior número de candidatos a dador.

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

Taxa de realização decomposta por parâmetro



Recursos Humanos:

Os Recursos Humanos tiveram uma taxa de execução de 71%, resultante de um desvio de 1.747 pontos face ao planeado (QUAR). A variação negativa de recursos humanos resulta da saída de profissionais por aposentação, mobilidade e procedimentos concursais, mas também na demora na contratação em resultados de impugnações e procedimentos concursais.

Recursos Humanos	Pontos Planeados	Pontos Realizados	Desvio	Desvio%
Total	6 127	4 380	-1 747	-29%

Recursos Financeiros:

A execução financeira do IPST, regista um resultado de 63%, no montante de 41.097.169€. Considerando que a elaboração do orçamento, nomeadamente, o ano de 2017, contempla o pagamento de dívida de anos anteriores, constata-se que quando estes pagamentos não ocorrem no ano respetivo e transitam para o ano seguinte, fica comprometida a tesouraria do organismo, para fazer face aos projetos previstos dando origem a este tipo de desvios.

O desvio relativo à aquisição de bens e serviços é um dos mais relevantes no valor de 18.095.806€, sendo um dos fatores que contribuiu para este desvio, o facto de o concurso ao fracionamento do plasma não ter sido concluído durante o ano em análise. A não ocupação dos lugares de mapa do IPST, refletiu um desvio relevante de 3.887.050€.

Recursos Financeiros	Orçamento inicial	Orçamento corrigido	Orçamento Executado	Desvio	Desvio %
Orçamento de Funcionamento					
Despesas com Pessoal	20 712 933 €	19 212 933 €	15 325 883 €	-3 887 050 €	-20%

Aquisições de Bens e Serviços Correntes	35 524 884 €	40 967 884 €	22 872 078 €	-18 095 806 €	-44%
Outras Despesas Correntes e de Capital	2 700 000 €	5 128 709 €	2 897 433 €	-2 231 276 €	-44%
Outros Valores	878 000 €	6 291 €	1 775 €	-4 516 €	-72%
TOTAL	59 815 817 €	65 315 817 €	41 097 169 €	-24 218 648 €	-37%

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

O IPST manteve a mesma tipologia 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 nacionais e Clientes externos internacionais CEDACE.

Na área de sangue foram avaliados clientes nacionais de componentes sanguíneos e clientes relatórios de resultados de análises.

Na área da transplantação foram avaliados clientes: doentes/famílias, centro de hemodiálise, serviços/unidade de aplicação de tecidos, unidades de CEPH e gabinetes de coordenação.

Dos resultados apurados verificou-se que:

- Satisfação global média dos dadores de sangue e dos candidatos a dadores de medula óssea foi superior é superior a 98,9%, observando-se uma subida relativamente aos anos anteriores;
- Satisfação global média dos promotores da sessão de colheita verifica-se uma melhoria global em relação ao ano anterior, constatando-se que não existem diferenças significativas entre os valores obtidos em cada um dos CST com uma avaliação em todos os itens superior a 94,6%;
- Satisfação global média dos clientes externos (não dadores) na área do Sangue e na área da Transplantação foi de 98,3%;
- Satisfação global média dos clientes internacionais é globalmente elevada sendo a média dos parâmetros de 97%.

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 73 reclamações, mais 17 do que no ano anterior, 12 reclamações por parte dos clientes externos (clientes de componentes sanguíneos) 61 reclamações por parte de dadores de sangue. Das 12

	<p>reclamações 6 são por suspeita de discrepância de fenótipo, 3 por discrepâncias com causa informática, 1 por erro de identificação, 1 por temperatura de transporte não conforme. A causa com maior representatividade é o número de devoluções em 2017 por suspeita de discrepância de fenótipo. Todas as reclamações foram objeto de análise de causas, correção e implementadas medidas corretivas, pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.</p>
<p>b) Informação detalhada sobre o sistema de controlo interno</p>	<p>O IPST apresentou as respostas ao Questionário relativo ao Sistema de Controlo Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS). Todas as respostas ao questionário foram positivas (aplica) apresentando fundamentação para todas das respostas.</p>
<p>c) Referência às causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes</p>	<p>Da análise dos principais indicadores das unidades orgânicas, num total de 367, 83 não foram atingidos, assumindo o IPST que as causas de incumprimento foram analisadas, identificadas e implementadas ações corretivas.</p>
<p>d) Desenvolvimento de medidas para um reforço positivo de desempenho, evidenciando as condicionantes que afetem os resultados a atingir</p>	<p>A implementação da estratégia do IPST traduziu-se na adoção de uma diretiva organizacional, tendo como referência a matriz SWOT descrita no âmbito do Plano de Atividades. No que se refere ao ambiente interno, apostaram nos pontos fortes e num controlo ativo sobre os pontos fracos, no âmbito do ambiente externo, desenvolveram esforços no sentido de aproveitar as oportunidades e monitorizar ou melhor controlar as ameaças identificadas. O resultado desta reflexão serviu de base para realinhar as prioridades estratégicas do Instituto e atendendo aos fatores do meio ambiente interno e externo inerentes redefiniram uma nova análise SWOT patente no Plano de Atividades de 2018.</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>O IPST aplicou um questionário "online" para avaliar várias temáticas relativas ao modo como o trabalhador percebe a organização de modo a aferir o grau de satisfação e motivação soa seus trabalhadores. Adotaram a metodologia do questionário seguindo o exemplo da CAF "Common_Assessment_Framework" (Estrutura Comum de Avaliação), modelo europeu comum de gestão da qualidade para o sector Público. O questionário foi enviado por correio eletrónico, no qual dava acesso ao questionário de resposta "online", para preenchimento de 2 a 22 de fevereiro de 2018. O questionário foi organizado em 7 áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A satisfação global dos trabalhadores com a organização - a avaliação de 2017 foi inferior em todos os parâmetros relativamente ao ano anterior (Satisfação dos trabalhadores com a imagem, com o desempenho global do IPST, com o papel do Instituto na Sociedade, etc...) 2. A satisfação com a gestão e sistemas de gestão - O nível de satisfação varia de parâmetro para parâmetro sendo a avaliação de 2017 inferior em quase todos os parâmetros relativamente a 2016, com exceção da satisfação com a forma como o sistema de avaliação do desempenho em vigor foi implementado e com a forma como a organização

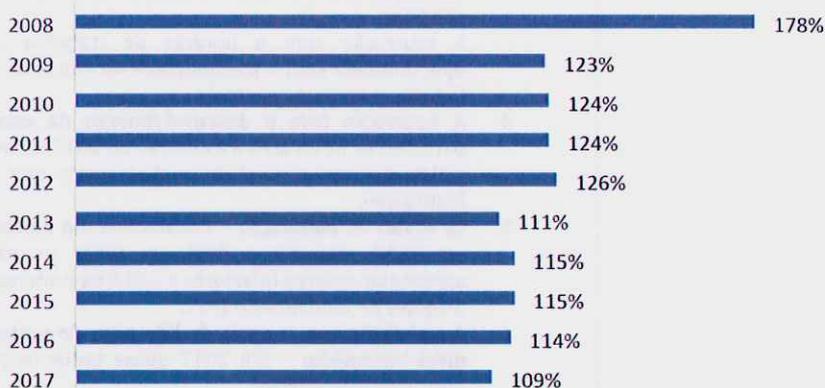
	<p>recompensa os esforços individuais.</p> <p>3. A satisfação com as condições de trabalho – Nesta área verificou-se uma maior satisfação em 2017 face ao ano anterior, relativamente à satisfação com o horário de trabalho satisfação com a possibilidade de conciliar à satisfação com o horário de trabalho com a igualdade de oportunidade com a possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais.</p> <p>4. A satisfação com o desenvolvimento da carreira – Em todos os parâmetros nesta área a avaliação de 2017 foi inferior com exceção da satisfação com o nível de conhecimento que tem dos objetivos da Instituição.</p> <p>5. Os níveis de motivação – Constata-se um elevado nível de motivação em 2017, superior a 80% em todos os parâmetros, apesar de apresentar valores inferiores a 2016 na motivação para participar em projetos de mudança no IPST.</p> <p>6. A satisfação com o estilo de liderança do gestor de topo e gestor de nível intermédio – Em 2017 quase todos os parâmetros obtiveram uma avaliação inferior.</p> <p>7. A satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços – Nesta área, o nível de satisfação obteve uma média inferior aos anos anteriores, sendo o caso da satisfação com equipamentos de comunicação disponíveis.</p>
4) Comparação das unidades homogéneas (artigo 16.º)	O IPST concretizou uma análise nacional de 2017 que constituiu o somatório dos KPI's das unidades homogéneas da Instituição que são os três Centros de Sangue e Transplantação, permitindo esta monitorização e avaliação evidenciar o resultado global nacional da atividade do IPST.
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 2017 cumpre com a recomendação proposta pelo CCAS (Anexo II do DT n.º1 /2010), com exceção da comparação do desempenho dos serviços idênticos, no plano nacional e internacional, que possam constituir padrão de comparação.
7) Cumprimento da data limite de entrega do relatório – 15 de abril de 2018	O Relatório foi rececionado, na plataforma eletrónica SIADAP1, no dia 16 de abril de 2018.

3. HISTÓRICO DO DESEMPENHO INSTITUCIONAL

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

Do gráfico seguinte resulta a taxa de realização global atingida, desde o ano de 2008.

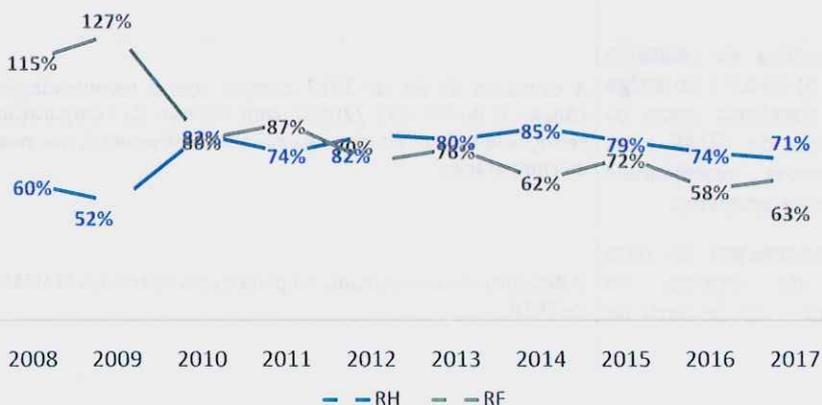
TAXA DE REALIZAÇÃO GLOBAL POR ANO



3.2. Histórico da Avaliação Global dos Recursos Disponíveis

O gráfico apresentado permite-nos fazer a leitura das taxas da execução, dos recursos humanos e 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 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 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 ao IPST é de **Desempenho Satisfatório**, em concordância com a menção proposta pelo dirigente máximo do Serviço.

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 do IPST 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

Ana Chastre

De: Alexandre Matos <Alexandre.Matos@IPST.min-saude.pt>
Enviado: 3 de maio de 2018 17:17
Para: SIADAP SGMS
Cc: Graca Fonseca; mafalda.ribeirinho@ipst.min-saude.pt
Assunto: RE: Incorreções QUAR 2017
Anexos: RA 2017.pdf; Proposta Avaliação QUAR 2017 (SIADAP).xlsx

Sinal. de seguimento: Dar seguimento
Estado do sinalizador: Sinalizado

Exmos. Senhores,

Para dar resposta ao solicitado o Relatório de Atividades de 2017 (em anexo) foi revisto e integrada a Tabela 6 (Avaliação do Sistema de Controlo Interno IPST, IP - 2017).

Foi igualmente revista a tabela 16 (Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global – QUAR 2017) que erradamente apresentava um valor de executado de 110,5%. Este valor foi alterado para 109,3% com a correspondente atualização nas página 163 e 193.

Agradecemos a atenção dispensada e estamos ao Vosso dispor para qualquer esclarecimento que considerem necessário.

De: SIADAP SGMS [mailto:siadap.sgms@sg.min-saude.pt]
Enviada: quarta-feira, 2 de maio de 2018 16:15
Para: Alexandre Matos; Graca Fonseca; Mafalda Ribeirinho
Cc: SIADAP SGMS
Assunto: Incorreções QUAR 2017

Exmos. Senhores,

No âmbito da emissão de parecer com análise crítica da autoavaliação constante do Relatório de Atividades (RA) e QUAR 2017, remetido por esse Instituto, vimos por este meio sugerir as correções no QUAR 2017 identificadas no ficheiro em anexo.

No ponto 11" Avaliação do Sistema de Controlo Interno" do vosso Relatório de Atividades, não inseriram o Questionário relativo ao Sistema de Controlo Interno (Anexo A do Documento Técnico n.º 1/2010 elaborado pelo Conselho Coordenador de Avaliação de Serviços (CCAS)), pelo que, sugere-se a sua introdução com vista à introdução de melhorias e inclusão de informação complementar.

Com os melhores cumprimentos

A Equipa SIADAP 1

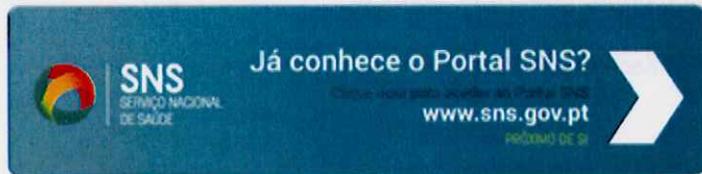


Secretariat General of the Ministry of Health

Av. João Crisóstomo, 9 - 2º
1049-062 Lisboa, PORTUGAL
TEL +351 21 798 42 00

www.sg.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



 **SNS**
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

Já conhece o Portal SNS?
www.sns.gov.pt





10. MAI 2018



ANO: 2017
Ministério da Saúde
Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

Garantir e regular, a nível nacional, a actividade da medicina transfusional e de transplantação e garantir a dólida, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- DESIGNAÇÃO (A)**
- OE 1 Assegurar a auto-suficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma;
 - OE 2 Criar uma maior especificidade na colheita de sangue;
 - OE 3 Reforçar o modelo de relacionamento com as associações e grupos de doadores;
 - OE 4 Aumentar o número de órgãos, células e tecidos disponíveis para transplantação;
 - OE 5 Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;
 - OE 6 Implementar o Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação;
 - OE 7 Promover o desenvolvimento da qualificação e competências dos profissionais do IPST, IP, com vista à ampliação da competência técnica e capacidade de resposta dos seus trabalhadores(as);
 - OE 8 Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP;
 - OE 9 Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade;
 - OE 10 Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP;
 - OE 11

Adalberto Campos Fernandes
Ministro da Saúde

OBJECTIVOS OPERACIONAIS (B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z)

INDICADORES	EFICÁCIA										Classificação		
	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2017	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise		Resultado	Taxa de Realização
1.1	13.2	13.15	18.48	17.6	16.9	9	1	10	100%	dezembro	13	13%	Superou
Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)													
Opq: Assegurar a dólida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4)													
INDICADORES													
2.1	24403	24142	25468	25143	13.4%	10%	2%	15%	50%	Mês Análise	13%	115%	Superou
Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (%)													
2.2	47488	44752	46424	38769	20.5%	20%	3%	25%	50%	Mês Análise	20%	100%	Atingiu
Opq: Desenvolver o banco multiútilizar (OE 3; OE 6)													
INDICADORES													
3.1	100	80	100	100	100	80	5	85	20%	Mês Análise	93	135%	Superou
Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)													
3.2	80	86	88	75	100	80	4	85	40%	Mês Análise	100	135%	Superou
Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)													
3.3	4.5	4	3.5	3.4	2.6	2.5	0.3	2.8	40%	Mês Análise	0.8	36%	Não atingiu
Opq: Assegurar a dólida de colheita de células estaminais hematopoéticas e doadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5; OE 8)													
INDICADORES													
4.1	36533	25453	27694	23998	11669	12000	1300	13850	65%	Mês Análise	4559	43%	Não atingiu
N.º de novos doadores CEDACE tipados													
4.2	119	119	117	1586	1955	2000	200	2201	35%	Mês Análise	1748	97%	Não atingiu
N.º de doadores CEDACE ativados													
EFICIÊNCIA													
Opq: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11)													
INDICADORES													
	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2017	Tolerância <td>Valor crítico <td>Peso <td>Mês Análise <td>Resultado <td>Taxa de Realização <td>Classificação</td> </td></td></td></td></td>	Valor crítico <td>Peso <td>Mês Análise <td>Resultado <td>Taxa de Realização <td>Classificação</td> </td></td></td></td>	Peso <td>Mês Análise <td>Resultado <td>Taxa de Realização <td>Classificação</td> </td></td></td>	Mês Análise <td>Resultado <td>Taxa de Realização <td>Classificação</td> </td></td>	Resultado <td>Taxa de Realização <td>Classificação</td> </td>	Taxa de Realização <td>Classificação</td>	Classificação
													40%

Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) - SIADAP 1 - Ministério da Saúde



ANO: 2017

Ministerio da Saúde
 Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

5.1. Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias) 115 27,95 25,20 20,33 26,5 60 10 45 100% 100% 64 100% Atingiu

OO05: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português de Transplantação (OE 7, OE 9) (R)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

6.1. % de implementação do projeto piloto do RPT NA NA 60% 20% 20% 5% 5% 10% 100% 5% 100% Atingiu

OO07: Melhorar a articulação com instâncias de relações internacionais (OE 8, OE 9, OE 10)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

7.1. % de respostas aos pedidos de emissão de parecer NO 100% 100% 100% 100% 100% 90% 95% 50% 100% 135% Superou

7.2. % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST NA 80% 100% 100% 100% 80% 90% 50% 100% 135% Superou

OO08: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Colheita do Cordão Umbilical (OE 1)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

8.1. % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento NA NA 4,6% 2,3% 2,0% 2,2% 0,5% 1,7% 50% 0,4% 135% Superou

8.2. N.º de unidades de SCU criopreservadas NA NA 206,00 136,00 98,00 90,00 10,00 101,00 50% 94 100% Atingiu

OO09: Admitir o Banco de células durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

9.1. % de sessões de colheita durante a semana 1,60% 1,62% 1,66% 64,5% 63,2% 64,0% 2,6% 67% 100% 66,5% 100% Atingiu

QUALIDADE 30%

OO10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 6, OE 10) (R)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

10.1. Realizar formação na modalidade de e-learning NA NA NA NA NA 1 0 2 50% 2 125% Superou

10.2. N.º de reuniões com organizações de Doadores de Sangue, Setores de promoção da Dadores dos CST's e Hospitais 0 1 1 2 3 2 1 3 50% 6 135% Superou

OO11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

11.1. % de testes metrologicos efetuados NA NA NA 99% 100% 90% 5% 96% 70% 100% 135% Superou

11.2. Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional NA 18,00 27,00 25,00 27,00 22,00 3,00 26,00 30% 24 100% Atingiu

11.3. (A COMPLETAR)

OO12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 4)

INDICADORES 2012 2013 2014 2015 2016 2017 Tolerância Valor crítico Peso Mês-Analise Resultado Taxa de Realização Classificação

12.1. % de aumento da referência de doadores NA NA NA 10% 5% 5% 1% 10% 100% 4,4% 100% Atingiu

Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) - SIADAP 1 - Ministério da Saúde



ANO: 2017	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.										25%
NOME DO ORGANISMO	Ministério da Saúde										
INDICADORES	OOP13: Disponibilizar através do Portal da Transparência dos SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do doador (OE 8, OE 10)(R)										Classificação Superior
13.1	N.º de novos indicadores										Taxa de Realização 135%
NOTA EXPLICATIVA											
	2012	2013	2014	2015	2016	Meta 2017	Tolerância	Valor crítico	Peso	Resultado	Mês Análise
	NA	NA	NA	NA	25,00	2,00	1,00	4,00	100%	11	

OE = Objetivo Estratégico; Oop = Objetivo Operacional; R = Relevante; ND = Não Disponível; NA = Não Aplicável; F = Apuramento Final.
 Oop13: Justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico e de que historicamente foi definido o índice de 40 doadores por mil habitantes por ano, está atualmente estimado que 35 doadores por mil habitantes ano distribuídos de forma regular de acordo com as necessidades ao longo do ano e suportados por um planeamento numa perspectiva de Blood Supply Management, são adequadas para cumprir a sustentabilidade, isto é, satisfazer as necessidades em componentes sanguíneos, lábeis (feritricitos, plaquetas) e plasma para transfusão.
 Oop 2: Nos anos de 2012 e 2013 a métrica foi definida em termos de n.º absolutos. Todavia, face à evolução decrescente da dóliva e à necessidade de adequar a mesma aos consumos hospitalares, em 2014 o indicador foi a definição de % de unidades colhidas nos grupos etários definidos face ao n.º total de unidades colhidas. O mesmo se aplicaria em 2015.
 Oop4: A diminuição da reserva estratégica nacional e a adequação da oferta às necessidades nacionais.
 Oop4 - indicador 4.1.1.A redução da meta esta relacionada com a proposta para a implementação de um plano estratégico para a gestão de novos doadores do CEDACE que implicou o procedimento aquilíbrio de consumos para a actividade dos laboratórios doadores do CEDACE "foi substituído por «N.º de doadores CEDACE ativados» porque o anterior não reflete a atividade nesta área e esta dependente de outras instituições.
 Oop8: indicador 8.2.A alteração da meta resulta da Com alteração dos requisitos de criopreservação. O aumento de critérios de aceitabilidade implica a redução das metas anuais.
 Oop11: Indicador 11.1. A variabilidade anual desta meta justifica-se com a dependência da autorização dos procedimentos.

JUSTIFICAÇÃO DE RESULTADOS
 A preencher nas fases de monitorização e avaliação anual final.

TAXA DE REALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS	PLANEADO %	EXECUTADO %	TAXA DE REALIZAÇÃO %
EFICIÊNCIA			
Oop1: Atingir, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CEI) (OE 1; OE 4) (R)	30%	28%	93%
Oop2: Atingir a dóliva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4)	25%	34%	135%
Oop3: Desenvolver o banco multiténcido (OE 5; OE 6) (R)	10%	11%	108%
Oop4: Assegurar a imagem e colheita de células estaminais hematopoéticas e doadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R)	30%	29%	96%
EFICIÊNCIA			
Oop5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)	40%	43%	107%
Oop6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português de Transplantação (OE 7; OE 9) (R)	35%	35%	100%
Oop7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10)	20%	20%	100%
Oop8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no âmbito público de Células do Cordão Umbilical (OE 5)	15%	20%	133%
Oop9: Aumentar o fuso de estudos de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R)	10%	12%	118%
QUALIDADE			
Oop10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 4; OE 10) (R)	20%	20%	100%
Oop11: Promover e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10)	50%	65%	130%
Oop12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6)	13%	16%	125%
Oop13: Disponibilizar através do Portal da Transparência dos SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão (R)	100%	100%	100%
Taxa de Realização Global	25%	34%	135%
	100%	109%	109%

RECURSOS HUMANOS - 2017	PLANEADO	EFETIVO (PLANIFICADO)	EFETIVO (REALIZADO)	POSTO/UNID.	RENTABILIZADO	RENTABILIZADO	DESVIO	DESVIO EM %
DESIGNAÇÃO								
Dirigentes - Direção Superior	20	2	2		40	40	0,00	0%
Dirigentes - Direção Intermedia (1 e 2ª) e Chefes de Equipa	16	5	5		80	80	0,00	0%
Técnicos Superiores (inclui Especialistas de Informática)	60	7	36		720	432	-288,00	-48%
Coordenadores Técnicos (inclui Chefes de Secção)	7	6	7		63	63	0,00	0%
Técnicos de Informática	8	8	6		64	48	-16,00	-25%
Assistentes Técnicos	106	106	78		848	624	-224,00	-26%
Assistentes Operacionais	104	-	81		520	405	-115,00	-22%
Outros (exemplo)	47	-	30		564	360	-204,00	-36%
Medicos	96	62	62		1152	744	-408,00	-35%
Enfermeiros	2	1	1		12	12	-12,00	-50%
Administradores Hospitalares	24	20	20		288	240	-48,00	-17%
Técnicos Superiores de Saúde	0	0	0		0	0	0,00	0%
Inspectores	3	1	1		36	12	-24,00	-67%
Investigadores	144	110	110		1728	1320	-408,00	-24%
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica								

Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) - SIADAP 1 - Ministério da Saúde



ANO: 2017	Ministério da Saúde					
NOME DO ORGANISMO	Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.					
Totais	608	439	6127	4.380	-3.747	-23%

Efetivos no Organismo	31-12-2016					
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31-12-2015	2016 EXECUTADO	2016 EXECUTADO
Nº de efetivos a exercer funções	468	458	455	459	456	439

DESIGNAÇÃO	2012 EXECUTADO	2013 EXECUTADO	2014 EXECUTADO	2016 EXECUTADO	2016 EXECUTADO	ORÇAMENTO INICIAL 2017	ORÇAMENTO CORRIGIDO 2017	ORÇAMENTO EXECUTADO 2017	DESVIO	DESVIO EM %
Orçamento de Funcionamento										
Despesas com Pessoal	11.390.186,40	15.143.414	14.728.156,00	14.704.578,00	15.046.137,00	20.712.033	19.212.033	19.325.893	-3.887.050	-20%
Aquisições de bens e Serviços Correntes	30.220.662,58	40.647.531	24.127.967,00	32.117.927,00	20.306.273,0	35.624.884	40.967.884	22.872.078	-13.095.806	-44%
Outras Despesas Correntes e de Capital	1.751.783,02	572.306	1.550.683,00	1.484.803,00	1.414.820,00	2.700.000	5.128.709	2.807.433	-2.233.276	-44%
Outros Valores						878.000	6.291	1.775	-4516	-72%
TOTAL (OP+PIDAC+Outros)	51.379.340,00	56.363.340	40.411.560,00	48.307.308	36.769.230	59.812.817	65.315.817	41.097.169	-24.238.648	-37%

INDICADORES	OOP	TIPO DE INDICADOR	FONTE DE VINCULAÇÃO
1.1 Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	1	EFICÁCIA	ASIS
2.1 Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (%)	2	EFICÁCIA	ASIS
2.2 Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	2	EFICÁCIA	ASIS
3.1 Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	3	EFICÁCIA	Base de dados de gestão do banco multicelular
3.2 Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	3	EFICÁCIA	Base de dados de gestão do banco multicelular
3.3 Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	3	EFICÁCIA	Base de dados de gestão do banco multicelular
4.1 Nº de novos doadores CEDACE tipados	4	EFICÁCIA	Base de dados CEDACE
4.2 Nº de doadores CEDACE ativados	4	EFICÁCIA	Base de dados CEDACE
5.1 Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	5	EFICIÊNCIA	Plataforma ACS
6.1 % de implementação do projeto piloto do RPT (meses)	6	EFICIÊNCIA	Relatório Auditoria OREN
7.1 % de resposta aos pedidos de emissão de parecer	7	EFICIÊNCIA	Relatório de Atividades IPST 2016
7.2 % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	7	EFICIÊNCIA	Relatório de Atividades IPST 2016
8.1 % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	8	EFICIÊNCIA	Página Eletrónica IPST; Relatório de Atividades IPST 2016
8.2 Nº de unidades de SCU, criopreservadas	8	EFICIÊNCIA	Base de dados BRCCU
9.1 Nº de sessões de colheita durante a semana / nº de sessões de colheita durante o fim de semana	9	EFICIÊNCIA	Base de dados BRCCU
10.1 Realizar formação na modalidade de e-learning	10	QUALIDADE	ASIS
10.2 Nº de reuniões com organizações de Doadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	10	QUALIDADE	Relatório de Atividades IPST 2016
11.1 Percentagem de testes microbiológicos efetuados	11	QUALIDADE	Relatório de Atividades IPST 2016
11.2 Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	11	QUALIDADE	Relatório de Atividades IPST 2016
12.1 % de aumento da referenciação de doadores	12	QUALIDADE	Relatório de Atividades IPST 2016
13.1 Nº de novos indicadores	13	QUALIDADE	Portal do SNS