

Plano de Atividades

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Handwritten signature

17.3.2013

Ministra da Saúde
Marta Temido

2019

Plano de Atividades

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

2019

Índice

1	ENQUADRAMENTO	11
1.1	CARACTERIZAÇÃO GERAL	12
1.1.1	Missão, Visão, Valores e Atribuições.....	13
1.1.2	Estrutura Orgânica	14
1.1.3	Grupos de Trabalho	16
1.2	ÁREAS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE.....	17
1.3	PARCERIAS ESTRATÉGICAS	17
1.4	METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PLANO.....	19
1.4.1	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	20
1.4.2	Instrumentos Estratégicos.....	20
1.4.3	Mecanismos de Coordenação e Monitorização do Plano de Atividades.....	26
2	ESTRATÉGIA E OBJETIVOS.....	29
2.1	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	29
2.2	OBJETIVOS OPERACIONAIS	30
2.3	ARTICULAÇÃO E CONTRIBUTOS ENTRE OBJETIVOS E ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	31
2.4	MEDIDAS TRANSVERSAIS	31
2.5	QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO – QUAR.....	33
3	RECURSOS HUMANOS E FINANCEIROS	35
3.1	RECURSOS HUMANOS	35
3.1.1	Formação	36
3.2	RECURSOS FINANCEIROS	38
4	OPERACIONALIZAÇÃO POR UNIDADE ORGÂNICA.....	41
4.1	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO (DGRHF).....	41
4.2	DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E GESTÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA (DPGPF)	42
4.3	CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE LISBOA (CSTL).....	45
4.4	CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE COIMBRA (CSTC)	51
4.5	CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DO PORTO (CSTP).....	55
4.6	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS: COORDENAÇÃO NACIONAL DA TRANSPLANTAÇÃO (CNT)	59
4.7	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS – COORDENAÇÃO NACIONAL O SANGUE E DA MEDICINA TRANSFUSIONAL (CNSMT).....	61
4.8	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS - GABINETE DE COMUNICAÇÃO, PROMOÇÃO DA DÁDIVA E VOLUNTARIADO (GCPDV).....	63
4.9	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS – GABINETE DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÕES (GTIC).....	65
4.10	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS – GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE (GGQ)	67
4.11	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS – GABINETE JURÍDICO (GJ)	69

4.12	OUTRAS UNIDADES ORGÂNICAS – GABINETE DE INVESTIGAÇÃO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (GIID).....	70
5	ANEXOS	71
5.1	FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA	72
5.2	MAPA DE PESSOAL	110
5.3	QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.....	113
5.4	QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS	117
5.5	QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS /INDICADORES.....	118
5.6	QUADRO OBJETIVOS INTERINSTITUCIONAIS	139

Índice de Figuras

Figura1- Valores institucionais.....	13
Figura 2- Organograma do IPST, IP	15
Figura 3 - Universo das Partes Interessadas IPST, IP	21

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Partes interessadas	22
Tabela 2 – Ambiente Interno (SWOT).....	24
Tabela 3 – Ambiente Externo (SWOT).....	25
Tabela 4- Recursos Humanos 2019.....	36
Tabela 5- Orçamento de Receita do IPST, IP – 2019	38
Tabela 6 - Orçamento de Despesa do IPST, IP – 2019.....	39
Tabela 7 – Postos Trabalho DGRHF.....	42
Tabela 8- Postos Trabalho DPGPF	44
Tabela 9- Postos Trabalho CSTL.....	50
Tabela10 – Postos Trabalho CSTC	54
Tabela 11 - Postos trabalho CSTP	58
Tabela 12 - Postos trabalho CNT	60
Tabela 13- Postos Trabalho CNSMT	62
Tabela 14 – Postos Trabalho GCPDV	63
Tabela 15 – Postos Trabalho GTIC.....	66
Tabela 16 – Postos Trabalho GGQ.....	67
Tabela 17 – Postos Trabalho GJ	69
Tabela 18 – Postos Trabalho GIID.....	70

1 Enquadramento

O Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, IP) desenvolve-se funcionalmente em duas áreas funcionais, sangue e transplantação, com gestão, coordenação, planeamento, acompanhamento e avaliação centralizados, constituindo a dádiva a matriz comum nas áreas do Sangue e da Transplantação.

Em 2019, o IPST, IP continua a estabelecer uma linha de prioridades conducentes à modernização dos sistemas aplicacionais e uniformização de processos tornando-os mais transparentes, eficientes e eficazes, como também à dotação da instituição de mecanismos de gestão de recursos mais fidedignos e que permitam uma maior adequação às solicitações dos clientes institucionais.

É nesta linha de direção que a gestão anual, materializada neste plano de atividades, contempla trabalhos de uniformização processual e funcional que têm em vista a definição e aplicação de boas práticas, assegurando uma resposta de maior qualidade, quer no que concerne ao serviço que em si contém, quer no que respeita à sua tradução em eficiência, que se traduz em ganhos claros em termos de sustentabilidade da Administração Pública.

O plano de atividades para 2019 que agora se apresenta foi elaborado nos termos da legislação seguinte:

Decreto-Lei N.º 183/96, de 27 de Setembro (obrigatoriedade de divulgação do Plano de Atividades e do Relatório Anual e respetiva uniformização); o n.º 1, do art.º 1º, refere a necessidade de elaboração anual de PA;

Lei N.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro (SIADAP), cuja revisão foi consagrada no artigo 49.º da Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro; a alínea c), do n.º 1, do art.º 8º, refere a elaboração do Plano de Atividades como uma das componentes do ciclo de gestão.

Foram ainda linhas norteadoras a missão e âmbito de atuação do IPST, IP, definida na sua Lei Orgânica e Estatutos, o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão 2020 e o Programa do XXI Governo Constitucional.

1.1 Caracterização Geral

O IPST, IP é um instituto público integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia técnica, administrativa, financeira e património próprio.

Prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro.

Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 3 e nas alíneas b) e c) do n.º 4 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 12/2012, de 27 de fevereiro¹, o Instituto Português do Sangue, I.P. foi objeto de reestruturação, passando a designar-se Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. (IPST, IP), absorvendo as atribuições dos Centros de Histocompatibilidade do Sul, Centro e Norte (anteriormente integrados Administrações Regionais de Saúde LVT, Centro e Norte, respetivamente) e parte das atribuições da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, extintos por fusão.

A definição da orgânica e estatutária do IPST, IP ficou concluída com a publicação do Decreto-Lei n.º 39/2012 e da Portaria n.º 165/2012, de 16 de fevereiro e 22 de maio, respetivamente, após a qual teve início o processo de reorganização interna do instituto.

O IPST, IP é um organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional, tendo a sua sede em Lisboa.

Considerando que o instituto resultou da fusão do antigo Instituto Português do Sangue, IP, dos antigos Centros de Histocompatibilidade, situados em Lisboa, Porto e Coimbra, e também de parte da extinta Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação², todas as competências que estavam anteriormente atribuídas a estas entidades ficaram sob responsabilidade do IPST, IP.

Assim, são assegurados, quer a nível nacional, quer com as necessárias particularizações regionais, as atividades de colheita, processamento, análise, armazenamento e distribuição de sangue e seus componentes, a gestão nacional do Registo Português de Dadores de Medula Óssea (CEDACE), o processamento, armazenamento e distribuição de tecidos e células do cordão umbilical de origem humana (BPCCU) e as atividades de suporte relacionadas com a colheita de órgãos e tecidos no âmbito do sistema de saúde português, tanto no setor público, como privado, e ainda, as responsabilidades inerentes à escolha do par dador - recetor.

¹ Diploma que veio definir a estrutura orgânica do Ministério da Saúde.

² A componente de atividade inspetiva e de autorização da antiga ASST transitou para a DGS e para o IGAS.

1.1.1 Missão, Visão, Valores e Atribuições

A formulação estratégica encontra-se detalhada em sede de Plano Estratégico (2017 – 2019).

A **missão** do IPST, IP foi definida estatutariamente do seguinte modo:

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.

A **visão** do IPST, IP traduz-se em:

Promover a dádiva enquanto gesto transversal a toda a atividade do IPST, IP, com o objetivo de contribuir para a vida humana em tempo e qualidade garantindo, para isso, que as boas práticas e inovação acompanhem o estado da arte.

Os valores adotados pelo IPST, IP resultam do assumir-se como uma instituição dedicada ao suporte da vida humana através das áreas do sangue e da transplantação.

Figura1- Valores institucionais



* Abrange a qualidade e a segurança

O conjunto de atribuições está detalhado no Decreto-Lei n.º 39/2012, de 16 de Fevereiro e define a missão e as atribuições do IPST, IP.

1.1.2 Estrutura Orgânica

O IPST, IP, de acordo com os seus Estatutos, aprovados pela Portaria n.º 165/2012 de 22 de maio), encontra-se organizado em unidades orgânicas de âmbito nacional (dois departamentos, três coordenações e cinco gabinetes) e em serviços territorialmente desconcentrados (três Centros de Sangue e da Transplantação).

O IPST, IP é atualmente dirigido por um Conselho Diretivo, constituído por um Presidente e um Vogal.

Unidades orgânicas de âmbito nacional:

Serviços Centrais:

- Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação;
- Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira.

Coordenações Nacionais

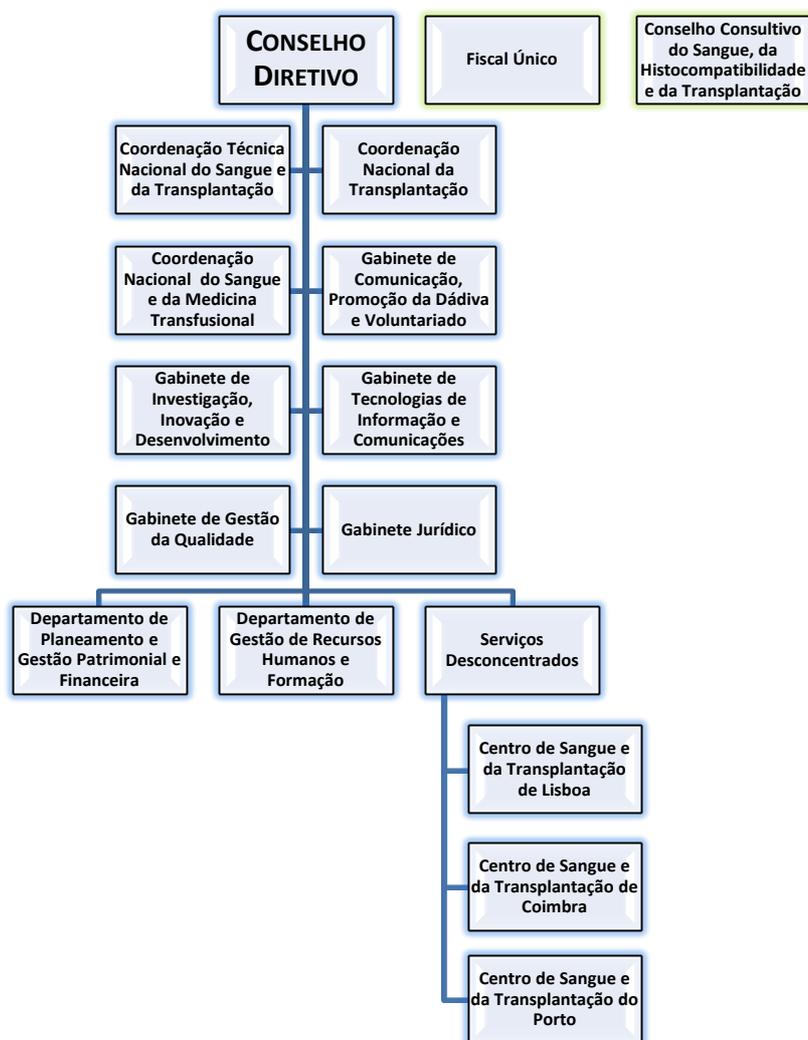
- Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação;
- Coordenação Nacional da Transplantação;
- Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional.

Gabinetes

- Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado;
 - Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento;
 - Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações;
 - Gabinete de Gestão da Qualidade;
 - Gabinete Jurídico.
-
- **Serviços territorialmente desconcentrados:**
 - Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa;
 - Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra;
 - Centro de Sangue e da Transplantação do Porto.

Deste modo, a estrutura orgânica do IPST, IP é representada pelo seguinte organigrama onde se verifica uma estrutura centralizada nas áreas transversais, mas tendencialmente descentralizada do ponto de vista funcional³:

Figura 2- Organigrama do IPST, IP



³Um maior desenvolvimento da estrutura orgânica e funcional do IPST, IP poderá ser consultado no Plano Estratégico 2017-2019.

1.1.3 Grupos de Trabalho

No cumprimento das competências atribuídas ao IPST, IP, as diversas unidades orgânicas integram os mais variados grupos de trabalho.

Durante o ano de 2019 permanecem em funcionamento os seguintes grupos de trabalho:

Internacionais:

- Conselho da Europa
 - EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines - âmbito sangue, órgãos, tecidos e células
 - CD-P-TO - European Committee on Organ Transplantation - âmbito principal órgãos tendo sido estendido esse âmbito também aos tecidos e células
- Comissão da Europa
 - DG-SANTE - Directorate-General for Health and Food Safety – âmbito órgãos tecidos e células
 - RATC - Rapid Alert system for human Tissues and Cells – âmbito tecidos e células
 - SARE - Serious Adverse Reaction(s) and Event(s) Tissues and *Cells* – âmbito tecidos e células
 - SEC - Single European Code – Plataforma Europeia de Codificação para o Compêndio de Estabelecimentos de Tecidos e de Células Europeus e Compêndio de Codificação Europeia Única () dos Tecidos e Células (*EU Coding Platform*): âmbitos tecidos e células
- GODT - Global Observatory on Donation and Transplantation - âmbito órgãos tecidos e células
- SAT - South Alliance for Transplants - âmbito órgãos
- EBA - European Blood Alliance – âmbito sangue, células e tecidos
- ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - âmbito órgãos tecidos e células
- IRODaT - International Registry in Organ Donation and Transplantation - âmbito órgãos tecidos e células
- EURO CET - Organs, Tissues and Cells - âmbito órgãos tecidos e células
- RCID - Rede/Conselho Iberoamericano de Doação e Transplantação - órgãos, tecidos e células
- ICCBBA - International Council for Commonality on Blood Bank Automation
- ISBT- International Society Blood Transfusion
- International Haemovigilance Network

IPST:

- Grupo Coordenador do Sistema Português de Hemovigilância tanto como membro como administração e Webmaster da aplicação web
- Grupo de Trabalho da hemovigilância
- Comissão interna de Gestão e Existências de Pedidos de Plasma (CIGEP Plasma)
- Comissão de Controlo Interno
- Comissão para a Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas
- Grupo de trabalho de Revisão de critérios de elegibilidade

CST:

- Grupo de trabalho da Articulação Hospitalar
- Grupo de trabalho de Auditores Internos da Qualidade/Dinamizadores da Qualidade
- Grupo de trabalho de Gestão de Equipamentos
- Grupo de Trabalho de uniformização de procedimentos de higiene e segurança no trabalho
- Núcleo de Formação

1.2 Áreas de intervenção em Saúde

O IPST, IP é uma estrutura nacional, devidamente enquadrada do ponto de vista legal e cujas competências estão definidas na respetiva orgânica e estatutos.

Considerando que as áreas de sangue e transplantação são transversais e de suporte, em particular a área de sangue, a toda a atividade clínica em qualquer estabelecimento hospitalar, ou seja ao funcionamento do sistema de saúde, através da transfusão, o IPST, IP é o garante da sustentabilidade dos cuidados de saúde, assegurando não só as indispensáveis reservas de componentes sanguíneos, bem como a qualidade e segurança globalmente associados, quer à área do sangue, quer à área da transplantação.

1.3 Parcerias estratégicas

Parcerias estratégicas nas áreas do sangue e transplantação mediante a celebração de protocolos com as seguintes entidades:

- Federações e Associações de Dadores de Sangue
- Poder Autárquico (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia);

- Associações de Bombeiros;
- Empresas;
- Estabelecimentos de Ensino e de Investigação;
- Agrupamentos Cívicos
- Forças Armadas e Militarizadas

1.4 Metodologia de Elaboração do Plano

A atividade do IPST, IP, em 2019, será orientada para a concretização de 18 (dezoito) objetivos operacionais, desdobrados a partir dos 11 (onze) objetivos estratégicos expressos no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), que incluem um conjunto de iniciativas e atividades que envolvem todas as suas unidades orgânicas e cujos resultados darão cumprimento à missão do IPST, IP.

A metodologia utilizada na elaboração do presente plano de atividades responde a uma gestão por objetivos e nesse sentido obedecem aos critérios de avaliação de desempenho estabelecida na Lei N.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, que define o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP).

O plano de atividades é, assim, a agregação dos planos das unidades orgânicas, sendo estes concebidos para uma escala de menor dimensão, com forte componente operativa.

Na fixação dos objetivos operacionais das unidades orgânicas, foi adotada a seguinte metodologia: a missão e os objetivos estratégicos previstos em sede de Planos Estratégicos (a 3 anos: 2017 - 2019 e a 10 anos: 2015 - 2024) serão prosseguidos com a concretização de iniciativas e ações a desenvolver ao longo do ano de 2019, devidamente enquadradas e orientadas por objetivos operacionais, que se enunciam em capítulo próprio.

Para 2019, no domínio da operação das unidades orgânicas do IPST, IP, foram elaboradas propostas, por unidade orgânica, de objetivos e atividades a desenvolver. Estas propostas foram aprovadas pelo Conselho Diretivo ficando garantido o alinhamento operacional e estratégico. A correspondência entre os objetivos operacionais das unidades orgânicas e os objetivos operacionais do IPST, IP, foi feita para reforço do alinhamento estratégico e prossecução das atividades principais.

1.4.1 Enquadramento com Planos Superiores Institucionais

Ao longo do presente plano de atividades são detalhados os objetivos operacionais e a sua execução para 2019, quer do IPST, IP, quer das suas Unidades Orgânicas.

O Plano Estratégico 2017-2019 deverá complementar este enquadramento, no entanto alguns dos objetivos operacionais propostos no plano estratégico irão ser acompanhados com indicadores neste ciclo de gestão, nomeadamente, dado que se verifica o mesmo enquadramento a médio prazo que delineará os objetivos, indicadores e iniciativas num plano a três anos.

O presente plano está alinhado com as orientações estratégicas do Ministério da Saúde, nomeadamente:

- As Orientações do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão 2020
- O Programa XXI do Governo Constitucional
- As orientações para o ciclo de gestão de 2019.

O alinhamento dos objetivos do IPST,IP com os planos superiores Institucionais pode ser verificado no Anexo 6.5.

1.4.2 Instrumentos Estratégicos

O diagnóstico estratégico subjacente ao presente plano foi sistematizado em dois níveis: análise das partes interessadas e análise SWOT.

1.4.2.1 *Análise das Partes Interessadas (stakeholders)*

A análise da ação das partes interessadas internas e externas sobre o IPST, IP permite aferir qual o grau de influência que determinados grupos/organismos/entidades exercem, ou podem exercer, no desempenho organizacional, assim como a possibilidade de gerir as interações possíveis entre todos os que compõem o sistema.

Da análise dos fatores-chave nos ambientes interno e externo, pretende-se definir as linhas estratégicas de atuação do IPST, IP, por forma a permitir ao Instituto a focalização nos seus pontos fortes, a proteção contra eventuais ameaças e o aproveitamento das oportunidades.

Como acima se referiu, a satisfação das necessidades das diversas partes interessadas é essencial para a atuação do IPST, IP, pelo que se identificam as partes interessadas do IPST, IP, por categorias.

A categorização dos stakeholders obedeceu à seguinte estruturação que permitirá uma melhor análise do poder/interesse dos mesmo sobre o IPST, IP:

- Governo /Tutela;

- Autoridade competente para a Área do Sangue, Órgãos, Tecidos e Células;
- Entidades internacionais (CE, Parlamento);
- Clientes (Entidades públicas e Privadas com Ação na Área do Sangue, Órgãos, Tecidos e Células, Internacionais CEDACE, Sociedade Civil (incluindo potenciais dadores e potenciais utentes));
- Fornecedores;
- Colaboradores;
- Associações e grupos de dadores;
- Meios de comunicação social;
- Outras entidades da saúde (SGMS, ACSS, INSA, ARS, INFARMED, INEM, SPMS, ADSE)
- Outras Entidades (Ordens Profissionais, Sindicatos, Estabelecimentos de Ensino e de Investigação; Agrupamentos Cívicos, Forças Armadas e Militarizadas, Associações de Bombeiros, Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia e Empresas)
- Parceiros internacionais (EBA, NATA, GODT, SAT, ECDC, IRODaT, EURO CET, RCDI)

Figura 3 - Universo das Partes Interessadas IPST, IP

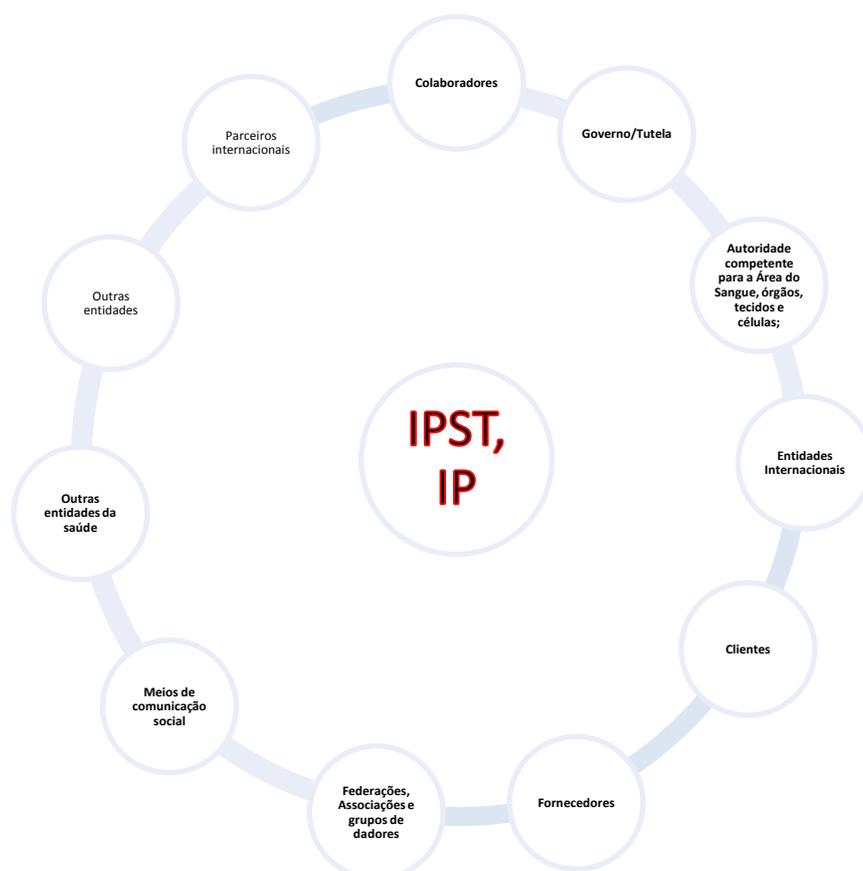


Tabela 1 – Partes interessadas

Partes Interessadas (PI)	Necessidades e expectativas das PI	O que o IPST espera das PI
Governo/Tutela	<p>Cumprimento da missão, da lei orgânica e dos estatutos, segundo critérios de economia, eficiência.</p> <p>Práticas de gestão sustentáveis e eficientes no cumprimento da sua missão e atribuições; Clareza e proatividade nos processos de decisão; Respostas adequadas e atempadas à envolvente social e ao contexto político e económico da área da saúde.</p>	<p>Políticas e orientações técnicas e estruturais na área de atividade</p>
Autoridade competente para a Área do Sangue, órgãos, tecidos e células	<p>Cumprimento da missão;</p> <p>Processos e sistemas de gestão eficientes, eficazes e sustentáveis segundo as diretrizes ou normas em vigor</p>	<p>Transparência e rigor nos processos de regulação; fiscalização e inspeção</p>
Entidades internacionais	<p>Dar cumprimento às diretivas e normativas</p>	<p>Diretivas e orientações técnicas</p>
<p>Cientes</p> <p>Entidades públicas e Privadas com Ação na Área do Sangue, órgãos, tecidos e células.</p> <p>Internacionais CEDACE</p> <p>Dadores</p> <p>Sociedade Civil (incluindo potenciais dadores e potenciais utentes)</p>	<p>Cumprimento da missão do IPST</p> <p>Fornecimento de produtos e serviços conformes, de acordo com a regulação destas áreas, conforme os contratos e de forma eficiente</p>	<p>Cumprimento dos protocolos</p> <p>Disponibilização de registo de dadores</p> <p>Consciencialização na dádiva</p>
Fornecedores	<p>Cumprimento dos prazos contratuais de pagamento; contratação e adjudicação de bens e serviços</p>	<p>Cumprimento dos termos contratuais; Elevado nível de qualidade dos bens e serviços; conformidade com os requisitos; boa relação binómio custo/qualidade dos bens e serviços apresentados; critérios de sustentabilidade eco social</p>
Colaboradores	<p>Cumprimento da missão e das competências do IPST</p> <p>Práticas de gestão adequadas, transparentes e sustentáveis; clareza e transparência na definição de objetivos e de metas de desempenho, reconhecimento profissional e oportunidades de melhoria, condições de trabalho adequadas, política de formação adequada.</p>	<p>Práticas profissionais alinhadas com a estratégia, missão e visão da organização; elevados níveis de desempenho; proatividade no desempenho das atividades profissionais; participação estruturada e consolidada para um processo de melhoria da organização; recetividade e participação nos processos de mudança.</p>
Associações e grupos de dadores	<p>Cumprimento da missão do IPST</p> <p>Fornecimento de produtos e serviços conformes, de acordo com a regulação destas áreas e conforme os contratos</p> <p>Financiamento da atividade de promoção</p>	<p>Promoção da dádiva</p> <p>Colaboração estreita na mudança de paradigma de colheita e no caminho da criação de maior especificidade na dádiva</p>

Partes Interessadas (PI)	Necessidades e expectativas das PI	O que o IPST espera das PI
Meios de comunicação social	Divulgação de Informação relacionada com área do sangue, órgãos, tecidos e células. de interesse público adequado.	Divulgação de informação adequada e em tempo útil
Outras entidades da saúde		
Outras Entidades		
Parceiros internacionais		

1.4.2.2 *Análise Swot*

A análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) permite efetuar um diagnóstico estratégico do organismo, através da identificação do ambiente interno – Pontos fortes e Pontos fracos e do ambiente externo – Oportunidades e Ameaças.

Assim, identifica, de forma estruturada, as decisões estratégicas, por forma a potenciar as forças, diminuir as fraquezas, evitar as ameaças e aproveitar as oportunidades.

Na matriz abaixo, destacam-se alguns pontos fortes e fracos, ao nível do ambiente interno do IPST, IP, assim como algumas oportunidades e ameaças a este associadas, ao nível externo.

Tabela 2 – Ambiente Interno (SWOT)

Ambiente Interno	
Pontos Fortes	Pontos Fracos
Contributo significativo para a autossuficiência nacional para componentes sanguíneos e plasma para transfusão	Desadaptação da atual Lei Orgânica face às necessidades e esfera de intervenção do IPST, IP
Contributo para reduzir a dependência do mercado externo relativamente a derivados do plasma: programa estratégico de fracionamento de plasma nacional	Limitações do poder de atuação junto das redes de colheita e transplantação
Regulador das áreas do Sangue e da Transplantação	Dificuldade de harmonização de procedimentos
Capacidade para produção e para processamento de componentes sanguíneos, células e tecidos humanos	Desadequação frota automóvel e parque informático nomeadamente servidores
Know-how diferenciado e consolidado na área da medicina transfusional e da transplantação	Degradação das instalações técnicas e algumas infraestruturas, nomeadamente câmaras de frio e de algum equipamento de colheita de sangue
Potenciação de sinergias pela unificação das áreas do Sangue e da Transplantação nos Centros	Complexidade e morosidade na contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e celebração de contratos de manutenção nomeadamente em <i>outsourcing</i> para as TIC
Incremento de parcerias com entidades Hospitalares nas AS e AT	Envelhecimento e dificuldade na retenção dos quadros mais diferenciados tecnicamente
Relações internacionais diversificadas e consolidadas	Desgaste da imagem institucional por défice de comunicação e desenvolvimento de imagem
Aposta na área de investigação e desenvolvimento mediante a celebração de protocolos de colaboração técnico-científica	Necessidade de reforço do sistema de comunicação organizacional
Modelos de marketing relacional através de redes sociais ou outras	
Único Banco de Tecidos autorizado para	

processamento, armazenamento e distribuição nacional e internacional

Registo Português de Dadores de Medula Óssea dos maiores a nível europeu

Fonte: IPST, IP

Tabela 3 – Ambiente Externo (SWOT)

<u>Ambiente Externo</u>	
Oportunidades	Ameaças
Mudança do paradigma da colheita a nível nacional incrementando o controlo do IPST, IP sobre a mesma	Envelhecimento da população com diminuição da capacidade de dádiva
Maior articulação com a autoridade competente nas áreas do sangue, órgão, tecidos e células.	Falta de sensibilização para a necessidade de colheita de órgãos
Melhoria do modelo de relacionamento com as associações de dadores	Desinformação veiculada pelos meios e canais de comunicação não institucionais relativamente à atividade do IPST
Conformidade do banco Público de Células do Cordão Umbilical (BPCCU) com as normas de segurança e qualidade nacionais e internacionais	
Organização da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação, com competências definidas para cada interveniente nos processos de doação, colheita e transplantação	
Candidatura a projetos de financiamento	
Atualizar os protocolos e contratos com entidades externas	

Fonte: IPST, IP

No que diz respeito à vertente interna da SWOT teve-se em conta, nomeadamente, aspetos relacionados com Tecnologia, Pessoas, Processos, Estratégia e Meios (financeiros, humanos e materiais).

Ao nível do ambiente externo da SWOT, foram destacadas as vantagens a retirar das oportunidades presentes e preocupações de mitigação das consequências das ameaças.

1.4.3 Mecanismos de Coordenação e Monitorização do Plano de Atividades

A execução do Plano de Atividades será objeto de adequado acompanhamento, através da realização de monitorizações intercalares que permitem uma verificação periódica, com análise dos eventuais desvios e nova redefinição de objetivos, caso necessária.

O ciclo de gestão anual previsto pelo CD do IPST, IP inclui as seguintes fases:

- Fixação dos objetivos do IPST, IP para o ano seguinte, tendo em conta a sua missão, as suas atribuições, os objetivos estratégicos plurianuais determinados superiormente, os compromissos assumidos na carta de missão pelo dirigente máximo, os resultados da avaliação do desempenho e as disponibilidades orçamentais;
- Aprovação do orçamento e aprovação, manutenção ou alteração do mapa do respetivo pessoal, nos termos da legislação aplicável;
- Elaboração e aprovação do plano de atividades para o ano seguinte, incluindo os objetivos, atividades, indicadores de desempenho do instituto e de cada unidade orgânica;
- Monitorização e eventual revisão dos objetivos do instituto e de cada unidade orgânica, em função de contingências não previsíveis ao nível político, administrativo ou social;
- Elaboração do relatório de atividades, com demonstração qualitativa e quantitativa dos resultados alcançados, integrando o balanço social e o relatório de auto-avaliação previsto na lei.

Pretende-se com o processo de monitorização uma gestão ativa e dinâmica da estratégia que permita uma atuação atempada. Os elementos a monitorizar são:

- Mapa da Estratégia através do QUAR (SIADAP 1) – Gabinete Gestão Qualidade
- Objetivos das Unidades orgânicas – Gabinete Gestão Qualidade
- Objetivos dos Dirigentes (SIADAP 2) – Conselho Diretivo

Definiu-se o período semestral para a monitorização ao nível dos objetivos e o reporte perante desvios e anual para a monitorização das atividades e projetos que contribuem para a concretização dos objetivos definidos.

O sistema de monitorização do desempenho deverá ser composto pelos seguintes mecanismo de coordenação:

- Monitorização periódica mediante *follow-up* e *report* ao Conselho Diretivo⁴;
- Monitorização extraordinária: sempre que necessário, e em função da monitorização periódica, a monitorização e revisão dos objetivos poderá ser concretizada mediante reuniões de coordenação entre o Conselho Diretivo e os Dirigentes/Coordenadores das Unidades Orgânicas;
- Monitorização semestral do QUAR mediante aferição da taxa de execução e revisão de objetivos, a ser enviada e aprovada pela tutela.

⁴Todos os indicadores aprovados pelo Conselho Diretivo são monitorizados periodicamente e definidas as respectivas ações de melhoria e/ou acompanhamento. Os objetivos regionais compõem os objetivos nacionais.

2 Estratégia e Objetivos

2.1 Objetivos Estratégicos

Nos termos da missão definida para o IPST, IP foram delineados onze objetivos estratégicos (OE) para 2019⁵. O diagnóstico estratégico efetuado permitiu ao IPST, IP, a adoção de sete estratégias para as duas áreas funcionais, sangue e transplantação, e de quatro, para as áreas de suporte.

Áreas Core do IPST, IP

OE 1 Assegurar a autossuficiência 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 Mudar o paradigma da colheita;

OE 4 Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de doadores;

OE 5 Aumentar o número de órgãos e tecidos disponíveis para transplantação;

OE 6 Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;

OE 7 Consolidar a implementação do Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação.

⁵ Que se pretendem manter a longo prazo, conforme Plano Estratégico a 10 anos, aprovado.

Áreas de Suporte do IPST, IP

OE 8 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 9 Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP;

OE 10 Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade;

OE 11 Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP.

A formulação e análise dos objetivos estratégicos do IPST, IP constam do Plano Estratégico 2017-2019 do IPST, IP.

2.2 Objetivos Operacionais

Os Objetivos Estratégicos (OE) definidos para 2019 foram decompostos em Objetivos Operacionais (OOp), mensuráveis através de vários tipos de indicadores (de estrutura, realização e resultado) a fim de prosseguir metas ambiciosas, mas realistas e atingíveis.

Para além do enquadramento dos OE na missão do IPST, IP, efetua-se a correspondência dos OOp aos OE, a adequação dos indicadores aos OOp, procedendo-se à definição de metas face à previsão e recursos disponíveis no IPST, IP – Anexo 6.4. A comparabilidade pretendida permitirá extrair os principais vetores da atuação gestionária do IPST, IP.

Deste modo, assegura-se o pleno alinhamento entre a missão institucional e os vários níveis de objetivos, garantindo-se que todas as áreas de atividade prioritárias para o IPST, IP são contempladas no QUAR 2019 ao nível dos OOp (sem prejuízo da prossecução de outros não evidenciados no QUAR, mas inerentes à atividade do Instituto, contemplados nas Unidades Orgânicas) e sujeitas a avaliação.

O QUAR 2019 identifica todos os indicadores associados à concretização de cada objetivo, permitindo uma monitorização regular da concretização de cada indicador e, indiretamente, da taxa de realização dos objetivos.

2.3 Articulação e contributos entre Objetivos e Orientações Estratégicas do Ministério da Saúde

Os objetivos estratégicos e operacionais constantes do QUAR para 2019 pretendem refletir, de forma abrangente, a forma de prossecução da missão do IPST, IP, concretizada nas diversas atribuições que lhe são cometidas, resultando a articulação entre os OE e OOp do anexo 6.5.

2.4 Medidas Transversais

No ano de 2019 o IPST, IP, I.P., desenvolverá as seguintes medidas de natureza transversal a todo o organismo:

- Continuação da implementação da estratégia de longo prazo aprovada em sede de Plano Estratégico para 10 anos;
- Observância do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e reforço das medidas de Controlo Interno;
- Reforço da comunicação interna;
- Reformulação do site ;
- Elaboração do plano anual de formação;
- Implementação do sistema de formação não presencial;
- Atualização do plano de emergência institucional, em caso de catástrofe ou acidente;
- Gestão do Sistema Português de Hemovigilância;
- Desenvolvimento do Sistema Português de Biovigilância;
- Reorganização da estrutura laboratorial de apoio ao sangue e à transplantação.
- Melhorias do sistema de gestão, monitorização e avaliação do cumprimento de objetivos, incluindo atividades de monitorização e avaliação estratégica;
- Monitorizar a plataforma de informação, consubstanciada numa APP, destinada aos candidatos a transplante, transplantados e profissionais.
- Reforço da cooperação interinstitucional no âmbito do Ministério da Saúde;
- Promoção do papel do IPST, IP, junto das instituições congéneres europeias.
- Consecução de medicamentos derivados do plasma, correspondentes aos de maior consumo nacional, mediante concurso público internacional para fracionamento de plasma português, resultante de colheitas de sangue do IPST IP e dos serviços de sangue hospitalares com maior colheita nacional;
- Consecução de plasma fresco congelado para transfusão, submetido a tratamento quer por solvente/detergente, quer com redução patogénica pelo amotosaleno;
- Atualização da Tabela de Preços das áreas do sangue e da transplantação;

- Alargamento da Metodologia de inativação de plaquetas do CSTLisboa, aos CSTCoimbra e Serviço de Sangue do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve, Dra. Laura Ayres;
- Manutenção e reforço da produção / fornecimento de componentes sanguíneos, nomeadamente, mediante desenvolvimento de campanhas de Promoção da Dádiva em meios de ampla divulgação;
- Continuidade do projeto de desenvolvimento do banco multitecidualar (produção de córneas de cultura);
- Novos projetos SAMA (Sistema de Documentação e Arquivo e a Transplantação Sem Fronteiras);
- Desenvolvimento de Sistemas de informação:
 - Ao nível do IPST: Interoperabilidade ASIS/Hospitais e Circulação de dados LUSOT, RPT, ASIS e BPCCU.
 - Ao nível da integração automática de dados laboratoriais dos hospitais no RPT para os doentes em lista de espera: Desenvolvimento da 2.^a fase deste projeto visando a interligação aos hospitais
 - Ao nível do R.N.U.
- Realização de cursos TPM (transplant procurement management) sobre órgãos e tecidos
- Desenvolvimento das seguintes iniciativas na área da transplantação:
 - Programa nacional de doação renal cruzada (PNDRC)
 - Programa de dadores em paragem cardiocirculatória
 - Monitorização da aplicação das normas hospitalares de doação
 - Alargamento das colheitas de células do cordão a mais maternidades:
 - Genotipagem de alta resolução de dadores voluntários de medula óssea, por GNS;
- Concretização de obras de manutenção/reparação nos CST:
 - Remodelação das instalações técnicas especiais (eléctricas, ar condicionado, ventilação),
 - Readaptação das câmaras de frio;
 - Melhoria instalações e circuitos do serviço sangue do LRSP Laura Ayres;
 - Concentração das instalações do CST Porto
- Celebração de Contratos /Protocolos de reorganização da atividade de medicina transfusional com as seguintes entidades: CHLC; HFF, CH Barreiro/Montijo; CH Setúbal; H São Teotónio Viseu; ULS Baixo Alentejo.
- Consecução de uma frota automóvel adequada às necessidades da instituição;

2.5 Quadro de avaliação e Responsabilização - QUAR

A avaliação do desempenho de cada serviço assenta no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), no âmbito do SIADAP 1 – Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública. O IPST, IP estabeleceu os objetivos para o QUAR de 2019 a partir dos objetivos estratégicos para o triénio 2017-2019, conforme se apresenta no Anexo 6.3.

As onze linhas estratégicas, consubstanciadas em objetivos estratégicos, definidas pelo Conselho Diretivo do IPST, IP desdobram-se em 18 objetivos operacionais com metas determinadas, medidos por 30 indicadores que abrangem os parâmetros de Eficácia, Eficiência e Qualidade da atividade do IPST, IP.

3 Recursos Humanos e Financeiros

3.1 Recursos Humanos

A planificação das atividades e dos recursos humanos do IPST, IP, encontra-se refletida no mapa de pessoal ponderado em consonância com a sua missão, estratégia, atribuições das respetivas unidades orgânicas, e os recursos financeiros disponíveis a afetar a despesas com pessoal.

O mapa de pessoal proposto considerou as necessidades gerais e específicas previstas, de modo a alcançar os resultados planeados para o ciclo de gestão. Nessa medida, para a prossecução das suas atribuições, o IPST, IP, prevê para o ano 2019, 463 postos de trabalho, integrando 7 cargos dirigentes – 2 cargos de direção superior, que constituem o Conselho Diretivo (Presidente, e Vogal), e 5 cargos de direção intermédia (Diretores de Departamento, e Diretores Técnicos dos Centros de Sangue e da Transplantação). O Conselho Diretivo do IPST, IP, integra ainda uma área de apoio técnico e administrativo.

O mapa de pessoal comporta a estrutura que se apresenta seguidamente, em função das unidades orgânicas de âmbito nacional – Serviços Centrais (que integram o Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação e o Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira, bem como uma área de apoio técnico e administrativo), as Coordenações Nacionais¹³, e os Gabinetes¹⁴, e dos Serviços Territorialmente Desconcentrados - Centros de Sangue e da Transplantação¹⁵:

- Coordenação Nacional da Transplantação, Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional e Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação.
- Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado, Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento, Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações, Gabinete de Gestão da Qualidade, e Gabinete Jurídico
- Centros de Sangue e da Transplantação do Porto, de Coimbra e de Lisboa

Para o ano de 2019 foi proposto o mapa de pessoal com um total de 613 postos de trabalho, incluindo 7 dirigentes (*vide* em anexo Mapa de Pessoal para 2019) com a estrutura por grupo profissional nos termos do seguinte quadro:

Tabela 4- Recursos Humanos 2019

Grupo Profissional	UO Nacionais Efetivos/Mapa	CSTLisboa Efetivos/Mapa	CSTCoimbra Efetivos/Mapa	CSTPorto Efetivos/Mapa	Total Efetivos/Mapa
Dirigentes Superiores	2/2	0/0	0/0	0/0	2/2
Dirigentes Intermediários	2/2	1/1	1/1	1/1	5/5
Administração Hospitalar	1/2	0/0	0/0	0/0	1/2
Médico	7/6	8/17	9/13	7/14	31/50
Investigação	1/1	0/0	0/0	0/0	1/1
Técnico Superior de Saúde	1/1	11/12	3/5	7/8	22/26
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	4/6	35/45	33/44	47/48	119/143
Enfermagem	2/5	20/30	14/26	32/39	68/100
Técnico Superior	23/34	7/9	4/4	8/9	42/56
Informática	9/15	0/0	0/0	0/0	9/15
Assistente Técnico	30/47	16/24	15/21	17/23	78/115
Assistente Operacional	1/1	30/36	26/29	28/32	85/98
Total	83/122	128/174	105/143	147/174	463/613

3.1.1 Formação

O IPST, IP tem por 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, tendo a formação um papel de extrema relevância no desenvolvimento técnico e científico, sem o qual a disponibilidade de sangue e componentes sanguíneos de qualidade, seguros e eficazes ficaria por certo comprometida.

A formação compete ao Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF) nos seguintes termos:

- Promover a qualificação e a valorização profissional dos recursos humanos;
- Gerir a formação profissional, tendo em conta as necessidades gerais e específicas no âmbito das atribuições do IPST, IP, I P;
- Assegurar a elaboração de candidaturas a financiamentos para formação profissional e monitorizar a concretização dos respectivos projetos formativos.

A formação profissional é vital no seio de qualquer organização, consubstanciando a ferramenta de excelência para promover o desenvolvimento de competências essenciais ou estratégicas, com vista à melhoria progressiva da qualificação dos seus profissionais e à

generalização das referidas competências por forma a garantir, simultaneamente, o aumento da satisfação dos trabalhadores e a prossecução da missão organizacional de modo consistente, uniforme, eficaz e eficiente e consentâneo com os padrões de qualidade exigidos para a moderna Administração Pública e para a área concreta de atuação da organização.

Nessa medida, o Plano Anual de Formação do IPST, IP é um instrumento que se encontra articulado com o Plano de Atividades anual e tem uma perspetiva de otimização dos recursos, adequando a formação a ministrar às necessidades dos serviços e dos profissionais, identificando as competências lacunares e respetivas necessidades formativas, em concordância com as competências requeridas para o desempenho do posto de trabalho, promovendo igualmente o reforço da utilização das tecnologias de informação e de comunicação.

O plano de formação anual, no atual contexto de contenção orçamental, conduz à procura de soluções de financiamento que garantam o investimento continuado nos recursos humanos, designadamente através das receitas geradas pela oferta formativa do IPST, IP, mobilização de formadores internos e aproveitamento de programas externos formativos de financiamento, por outro lado encontra-se em implementação a utilização das tecnologias de informação e de comunicação no âmbito da própria formação, como seja o uso da videoconferência e conseqüentemente a redução de custos associados, agilizando e generalizando o acesso ao conhecimento.

3.2 Recursos Financeiros

O Orçamento para o ano de 2019 do IPST, IP foi elaborado, conforme estipulado na Circular Série A n.º 1390 da D.G.O com as instruções para preparação do OE 2019 aprovadas por despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado do Orçamento, em 8 de Agosto de 2018, tendo em conta os objetivos estratégicos do Instituto, o Mapa de Pessoal, necessário à prossecução das atribuições e Missão do Instituto, e os demais dispositivos legais, no que respeita à contratação para a aquisição de bens e serviços.

O orçamento de receita do IPST, IP para o ano de 2019 ascende a um total de 61.865.395€ (sessenta e um milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil e trezentos e noventa e cinco euros), sendo esta constituída por receitas próprias, transferências correntes, multas e outras receitas correntes, discriminado conforme consta do Tabela 5 (infra):

Tabela 5- Orçamento de Receita do IPST, IP – 2019

Conta	Designação	2019			Peso Relativo
		Ano	Ano Anteriores	Total	
04.01	Taxas	9.500	0	9.500	0,02%
04.02	Multas, e outras penalidades	0	0	0	0,07%
Total 04	Multas, e outras penalidades	9.500	0	9.500	0,02%
06.01	Publicas	0	0	0	0,00%
06.03	Administração Central	322.429	0	322.429	0,52%
Total 06	Transferências Correntes	322.429	0	322.429	0,52%
07.02	Serviços	61.494.466	0	61.494.466	99,40%
Total 07	Vendas Bens/Serviços correntes	61.494.466	0	61.494.466	99,40%
08.01	Outras	39.000	0	39.000	0,06%
08.02	Outras	0	0	0	0,00%
Total 08	Outras receitas correntes	39.000	0	39.000	0,06%
TOTAL		61.865.395	0	61.865.395	100%

Fonte: IPST, IP

O orçamento de despesa do IPST, IP, para o ano de 2019 ascende a um total de 61.865.395€ (sessenta e um milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil e trezentos e noventa e cinco euros), discriminado conforme consta da Tabela 11 (infra):

Tabela 6 - Orçamento de Despesa do IPST, IP - 2019

Conta	Designação	2019			Peso Relativo
		Ano	Ano Anteriores	Total	
01.01	Remunerações Certas e Permanentes	12.419.421	1.770.805	14.190.226	22,94%
01.02	Abonos variáveis ou Eventuais	2.628.084	0	2.628.084	4,25%
01.03	Segurança Social	3.657.195	0	3.657.195	5,91%
Total 01	Despesas c/ Pessoal	18.704.700	1.770.805	20.475.505	33,10%
02.01	Aquisições de Bens	29.344.700	0	29.344.700	47,43%
02.02	Aquisições de Serviços	9.085.190	0	9.085.190	14,69%
Total 02	Aquisições de Bens e Serviços	38.429.890	0	38.429.890	62,12%
Total 03	Juros e Outros Encargos	7500	0	7.500	0,01%
Total 04	Transferências Correntes	758.000	0	758.000	1,23%
Total 06	Outras Despesas Correntes	69.500	0	69.500	0,11%
Total 07	Aquisições de Bens de Capital	2.125.000	0	2.125.000	3,43%
TOTAL		60.094.590	1.770.805	61.865.395	100%

Fonte: IPST, IP

4 Operacionalização por unidade orgânica

4.1 Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF)

Ao DGRHF compete:

- Colaborar na definição da política de recursos humanos a adotar na instituição e assegurar a sua execução;
- Promover e assegurar a gestão eficiente dos recursos humanos, tendo em conta as necessidades gerais e específicas do IPST, IP nomeadamente, propondo medidas conducentes à racionalização da gestão de pessoal, aumento da produtividade e da qualidade do trabalho;
- Gerir o sistema de carreiras, de avaliação do desempenho e de informação do pessoal;
- Promover e executar os procedimentos relativos à constituição, modificação e extinção da relação jurídica de emprego público;
- Assegurar o processamento de remunerações e outros abonos do pessoal do IPST, IP;
- Assegurar e controlar o registo de assiduidade do pessoal;
- Promover a qualificação e a valorização profissional dos recursos humanos;
- Gerir a formação profissional, tendo em conta as necessidades gerais e específicas no âmbito das atribuições do IPST, IP;
- Assegurar a elaboração de candidaturas a financiamentos para formação profissional e monitorizar a concretização dos respectivos projetos formativos;
- Assegurar a gestão da documentação, a acessibilidade e conservação do arquivo e cadastro de pessoal do IPST, IP.

O DGRHF está particularmente focado na concretização do **OE 8** “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)”, tendo definido como objetivo operacional para o ano de 2019 (QUAR):

- Promover e desenvolver a qualificação dos Recursos Humanos do IPST;
 - N.º de ações de formação não presencial
- Promover a desmaterialização dos processos;
- Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE;
 - Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2016

- Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho
- Conciliar a vida pessoal e familiar;
 - % de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados

Para além dos objetivos operacionais refletidos no QUAR para 2019, o DGRHF definiu ainda os seguintes objetivos operacionais:

- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos;
- Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal.

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **23 postos de trabalho** para este Departamento, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 7 – Postos Trabalho DGRHF

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Dirigente Intermédio	1/1
Técnicos Superiores	5/7
Coordenador Técnico	2/3
Assistentes Técnicos	9/12
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	17/23

Em anexo encontra-se a ficha de atividade relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pela DGRHF para 2019.

4.2 Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)

Ao DPGPF compete:

- Assegurar a gestão administrativa dos procedimentos inerentes à realização de despesas públicas e contratação com locação e aquisição de bens e serviços, bem como de empreitadas de obras públicas;
- Assegurar a gestão de stocks e o aprovisionamento de bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento do IPST, IP;

- Organizar, elaborar e manter os registos patrimoniais e contabilísticos;
- Executar a política financeira e orçamental da instituição e preparar o orçamento anual, assegurando a sua gestão e controlo periódico;
- Elaborar a conta de gerência e o relatório financeiro anual do IPST, IP;
- Elaborar o orçamento anual de tesouraria e controlar periodicamente a sua execução;
- Assegurar a liquidação de receitas e a cobrança e pagamento de despesas;
- Promover a constituição de fundos de maneiio e assegurar o controlo da sua gestão;
- Garantir a gestão, conservação e inventário dos bens, equipamentos, edifícios e instalações pertencentes à instituição, ou que lhe estão afetos;
- Elaborar os planos de atividade anuais e plurianuais, bem como o relatório de atividades, nos termos da legislação em vigor;
- Criar instrumentos de apoio à gestão e desenvolver sistemas de indicadores para suporte à decisão e ao planeamento;
- Proceder à recolha, tratamento e divulgação da informação de gestão e de atividade;
- Analisar os dados estatísticos e propor as necessárias medidas corretivas, relativas à atividade dos serviços do IPST, IP;
- Elaborar estudos, análises económico-financeiras e projetos de planeamento estratégico e operacional, bem como acompanhar a sua implementação;
- Elaborar, propor e acompanhar as candidaturas, no âmbito dos programas co-financiados incluindo os de investimento nacional;
- Propor os ajustamentos considerados necessários nas redes de sangue, medicina transfusional e transplantação;
- Garantir ferramentas de apoio à decisão no âmbito operacional, orçamental e financeiro;
- Emitir pareceres e garantir a assessoria técnica especializada nas áreas de planeamento e informação para a gestão.

O DPGPF está particularmente focado na concretização **OE 11** “Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019 (QUAR):

- Melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP;
- Promover os registos dos imóveis no SIIE.

Para além dos objetivos refletidos no QUAR, o DPGPF definiu ainda os seguintes objetivos operacionais para 2019:

- Variação da Cobrança da dívida de clientes públicos em 10% face ao ano anterior (2018);
- Variação da Cobrança da dívida de clientes privados em 15% face ao ano anterior (2018);
- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP via email;
- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP via email;

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **35 postos de trabalho** para este Departamento, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 8- **Postos Trabalho DPGPF**

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Dirigente Intermédio	1/1
Técnicos Superiores	6/8
Coordenador Técnico	3/3
Assistentes Técnicos	12/23
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	22/35

Em anexo encontra-se a ficha de atividade relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo DPGPF para 2019.

4.3 Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)

Ao CSTL compete, no âmbito da sua área territorial de intervenção:

- Promover e sensibilizar os cidadãos para a dádiva de sangue, tecidos e células;
- Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dádiva de sangue tecidos e células;
- Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;
- Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;
- Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;
- Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;
- Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;
- Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;
- Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador recetor em transplantação renal;
- Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células;
- Gerir o Centro Nacional de Dadores de Células Estaminais de Medula Óssea de Sangue Periférico ou de Cordão Umbilical (CEDACE);
- Proceder às atividades de Banco de Tecidos, nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana para utilização em transplantação.

O CSTL está particularmente focado na concretização **OE 1** “Assegurar a autossuficiência 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** “Mudar o paradigma da colheita”, **OE 5** “Aumentar o número de órgãos, células e tecidos disponíveis para transplantação”, **OE 9** “Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP”, **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade” e **OE 11** “Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019 (QUAR):

- Contribuir para assegurar, a nível nacional a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários;
- Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos;

- % de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos
- % de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos
- Desenvolver o banco multitecidual;
 - Taxa de aproveitamento de peças de tecido músculo-esquelético processadas (%)
 - Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)
 - Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)
- Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea;
 - N.º de doadores CEDACE ativados
- % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral;
 - N.º de novos doadores CEDACE tipados
 - N.º de doadores CEDACE ativados
- Centralizar a atividade a atividade analítica da área do sangue e área da transplantação
- Gestão do painel dos doadores no sentido da diversificação genética;
- Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos
 - N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional

Para além dos objetivos operacionais refletidos no QUAR, o CSTL definiu ainda os seguintes objetivos operacionais para o ano 2019:

Processo de Colheita - Sangue Total

- Diminuir a percentagem de doadores não aprovados em triagem clínica;
- Manter a % de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira;
- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos;
- Implementar um plano de aproximação às organizações de doadores de sangue e hospitais;
- Manter o número de unidades de ST colhidas.

Processo de Colheita – Aférese

- Aumentar a média diária de procedimentos de aférese;
- Manter a Taxa de Colheita;
- Manter a Taxa de comparência;
- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas;
- Aumentar o número de plaquetas validadas;
- Manter a % de Reações Adversas graves;
- Manter a % de Reações Adversas não graves;
- Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese;
- Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente);
- Aumentar o número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL.

Processo de Produção

- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) - LIH Referência;
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIL;
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LDT;
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIH;
- Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade;
- Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade;
- Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "*Blood Supply Management*";
- Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes;
- Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade;
- Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade;
- Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade;
- Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade);
- Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade);

- Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST;
- Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST;
- Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados);
- Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total;
- Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total;
- Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total;
- Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total.

Processo de Transplantação

- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Pós Transplante: Xmatch HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Dador Vivo Renal: Xmatch HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Estudos de Família);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - CEDACE);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Pós Transplante: Espcf anti HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Auto Ac anti HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Espcf anti-HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Detecção AC anti HLA);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Candidatos: Ac anti HLA (CDC));
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Dador Vivo Renal);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Alta Resolução);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Baixa Resolução);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - CEDACE Alta Resolução);

- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Protocolos);
- Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Dador Vivo Renal, Candidatos "Rim, Coração, Córnea");
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC;
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Estudos de Família);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Envios);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Alta Resolução);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia- Protocolos);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Candidatos - Rim, Coração, Córnea);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Dador Vivo Renal);
- Manter a AEQ de Tipagens HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CF;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CDC.

Processo do Banco Tecidos

- Manter a resposta a pedidos de pele;
- Manter a resposta a pedidos de córnea;
- Manter a existência de válvulas cardíacas (pulmonares);
- Manter a existência de Válvulas Cardíacas (aórticas);
- Manter a existência de peças de tecido Músculo-esquelético;
- Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada;
- Manter a taxa de distribuição de Pele;
- Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas;
- Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica;
- Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido músculo-esquelético;
- Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada;
- Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas;

- Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica).

Processo CEDACE

- Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial - CSTL
- Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano
- Manter o nº total de novos candidatos a dador na base dados Cedace

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **174 postos de trabalho** para este Serviço Desconcentrado, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 9- **Postos Trabalho CSTL**

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Dirigente Intermédio	1/1
Médico	8/17
Enfermagem	20/30
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	35/45
Técnico Superior de Saúde	11/12
Técnicos Superiores	7/9
Coordenador Técnico	1/1
Assistentes Técnicos	15/23
Encarregado Operacional	1/1
Assistentes Operacionais	29/35
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	128/174

Em anexo encontra-se a ficha de atividade relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo CSTL.

4.4 Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CSTC)

Ao CSTC compete, no âmbito da sua área territorial de intervenção:

- Promover e sensibilizar os cidadãos para a dádiva de sangue, tecidos e células;
- Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dádiva de sangue tecidos e células;
- Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;
- Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;
- Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;
- Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;
- Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;
- Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;
- Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador recetor em transplantação renal;
- Manter a % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral.
- Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células.

O CSTC está particularmente focado na concretização do **OE 1** “Assegurar a autossuficiência 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** “Mudar o paradigma da colheita de sangue”, **OE 9** “Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP”, **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade” e **OE 11** “Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019 (QUAR):

- Contribuir para assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE);
- Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos;
 - % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos
 - % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos

- Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea;
 - N.º de novos dadores CEDACE tipados
- % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral
- Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos
 - N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional

Para além dos objetivos operacionais refletidos no QUAR 2019, o CSTC definiu ainda os seguintes objetivos operacionais para o ano 2019:

Processo de Colheita - Sangue Total

- Horas disponíveis em Posto fixo: Todo o pessoal envolvido no PF;
- Horas disponíveis em SC móvel: Todo o pessoal envolvido na SC (exclui período viagem);
- Manter o índice de dádiva por dador (Anual);
- Manter o desempenho das equipas de colheita;
- Manter percentagem de dadores regulares;
- Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica;
- Manter a % de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira;
- Manter N.º total de dadores regulares;
- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos;
- Manter o número de unidades de ST colhidas.
- % de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34
- % de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos

Processo de Colheita - Aférese

- Aumentar o número de dadores ativos de aférese (Anual);
- Frequência da dádiva (Anual);
- Aumentar a média diária de procedimentos de aférese;
- Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão);
- Manter a Taxa de comparência (manter n.º de Dadores inscritos face à previsão de dadores);

- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Manter a % de Reações Adversas graves;
- Manter a % de Reações Adversas não graves;
- Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese;
- Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente).

Processo de Produção

- Tempo médio de resposta a solicitações de LDT;
- Tempo médio de resposta a rotina Dadores;
- Diminuir a % de unidades de CE/Pools/Cup inutilizados por prazo de validade;
- Manter o % *Buffy Coats* utilizados em POOL Plaquetas (sangue total);
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIH;
- Manter Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises);
- Manter a reserva média de unidades de CE existentes;
- Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "*Blood Supply Management*";
- Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes;
- Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade;
- Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade;
- Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade;
- Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade);
- Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados);
- Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total;
- Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total;
- Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total;
- Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total;
- Manter o número de POOL de plaquetas movimentadas (movimentação entre centros do IPST).

Processo de Transplantação

- Manter o n.º de novos dadores CEDACE enviados;

- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC;
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo);
- Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial;
- Manter a AEQ de Tipagens HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CF;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CDC.

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **143 postos de trabalho** para este Serviço Desconcentrado, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela10 – Postos Trabalho CSTC

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Dirigente Intermédio	1/1
Médico	9/13
Enfermagem	14/26
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	33/44
Técnico Superior de Saúde	3/5
Técnicos Superiores	4/4
Coordenador Técnico	1/1
Assistentes Técnicos	14/20
Encarregado Operacional	0/1
Assistentes Operacionais	26/28
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	105/143

Em anexo encontra-se a ficha de atividade relativa aos objetivos operacionais prosseguidos pelo CSTC.

4.5 Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)

Ao CSTP compete, no âmbito da sua área territorial de intervenção:

- Promover e sensibilizar os cidadãos para a dádiva de sangue, tecidos e células;
- Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dádiva de sangue tecidos e células;
- Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;
- Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;
- Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;
- Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;
- Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;
- Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;
- Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador recetor em transplantação renal;
- Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células;
- Gerir o Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical (BPCCU), nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição.

Para lá destas competências tem ainda o Centro de Sangue e Transplantação do Porto uma atividade importante nas seguintes áreas:

- Testes confirmatórios em doenças transmissíveis (Porto, Coimbra Lisboa);
- Centro de referência em Imunohematologia
- Criopreservação de Grupos Raros
- Base de Dados de Dadores com grupos Raros
- Base de dados de Dadores com Antígenos plaquetários específicos
- Integração no Programa Estratégico de Plasma como plataforma logística do Norte
- Articulação Hospitalar;

O CSTP está particularmente focado na concretização dos **OE 1** “Assegurar a autossuficiência 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** “Mudar o paradigma da colheita”, **OE 9** “Modernização e integração dos sistemas

de informação do IPST, IP”, **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade” e **OE 11** “Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019 (QUAR):

- Contribuir para assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE);
- Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos;
 - % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos
 - % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos
- % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral
- Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos
 - N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional
- Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no BPCCU;
 - % de unidades de SCU aptas para utilização
 - N.º de unidades de SCU criopreservadas

Para além dos objetivos operacionais refletidos no QUAR 2019, o CSTP definiu ainda os seguintes objetivos operacionais:

Processo de Colheita - Sangue Total

- Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem;
- Manter a % de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira;
- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34;
- Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos;
- Manter o número de unidades de ST colhidas.
- % de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34
- % de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos

Processo de Colheita - Aférese

- Aumentar a média diária de procedimentos de aférese;
- Aumentar a variação homóloga mensal de dadores inscritos;
- Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão);

- Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores);
- Manter o número de Reações Adversas graves;
- Manter o número de Reações Adversas não graves;
- Manter a % de Reações Adversas graves;
- Manter a % de Reações Adversas não graves;
- Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas;
- Aumentar o número de plaquetas validadas;
- Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese;
- Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente).

Processo de Produção

- Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "*Blood Supply Management*";
- Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade;
- Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade;
- Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade;
- Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade);
- Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade);
- Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade);
- Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados).

Processo de Transplantação

- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC;
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular);
- Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo);
- Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial;

- Manter a AEQ de Tipagens HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CF;
- Manter a AEQ de *Crossmatch* CDC.

Processo do BPCCU

- Manter o n.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas.
- Aumentar n.º. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo);
- Aumentar o número de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock);

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **174 postos de trabalho** para este Serviço Desconcentrado, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 11 - Postos trabalho CSTP

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Dirigente Intermédio	1/1
Médico	7/14
Enfermagem	32/39
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	47/48
Técnico Superior de Saúde	7/8
Técnicos Superiores	8/9
Coordenador Técnico	1/1
Assistentes Técnicos	16/22
Encarregado Operacional	1/1
Assistentes Operacionais	27/31
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	147/174

Em anexo encontra-se a ficha de atividades relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo CSTP.

4.6 Outras Unidades Orgânicas: Coordenação Nacional da Transplantação (CNT)

À CNT compete:

- Dinamizar, regular, normalizar, controlar e fiscalizar a atividade desenvolvida pela Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação;
- Instituir e manter um registo de serviços manipuladores e aplicadores de órgãos, tecidos e células de origem humana;
- Proceder ao intercâmbio de informações com entidades internacionais no domínio da transplantação, no âmbito das suas competências;
- Garantir a implementação de um sistema adequado que assegure a rastreabilidade dos órgãos, tecidos e células de origem humana que tenham como fim a transplantação;
- Coordenar, a nível nacional, a atividade dos serviços aplicadores de órgãos, tecidos e células de origem humana, bem como dos Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação (GCCT), definir o seu número e as áreas de influência, e propor ao conselho diretivo do IPST, IP, medidas que permitam garantir a melhor articulação entre eles;
- Assegurar a realização das atividades de biovigilância, bem como o seu desenvolvimento com vista à melhoria dos processos da transplantação;
- Garantir a articulação dos GCCT entre si e com as unidades de colheita e transplantação da forma considerada mais adequada à prossecução dos objetivos nacionais da transplantação;
- Garantir a formação inicial e contínua de profissionais para o desempenho da coordenação hospitalar.

A CN-Transplantação está particularmente focada na concretização dos **OE 5** “Aumentar o número de órgãos, células e tecidos disponíveis para transplantação”, **OE 6** “Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação”, **OE 8** “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 9** “Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP.” E **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2018 no âmbito do QUAR:

- Promover a eficiência do processo da transplantação;
 - Taxa de órgãos não utilizados
 - Nº de auditorias ao processo de doação

- Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células
- % de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade
- Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;
 - % de aumento da referenciação de dadores

Para além dos objetivos operacionais refletidos no QUAR 2019, a CNT definiu ainda o seguinte objetivo operacional:

- Aumentar o n.º de dadores por milhão de habitantes (pmh)

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **10 postos de trabalho** para esta Unidade Orgânica, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 12 - **Postos trabalho CNT**

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Médico	1/1
Técnicos Superiores	3/5
Assistentes Técnicos	1/2
Enfermagem	1/2
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	6/10

Em anexo encontra-se a ficha de atividades relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pela CN-Transplantação.

4.7 Outras Unidades Orgânicas - Coordenação Nacional o Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)

À CN-Sangue e Medicina Transfusional compete:

- Instituir e manter um registo dos serviços de sangue e de medicina transfusional;
- Garantir a harmonização nacional da rede da medicina transfusional, desde a colheita à administração do sangue;
- Promover a articulação com os serviços hospitalares no domínio das suas competências;
- Assegurar a realização das atividades de hemovigilância bem como o seu desenvolvimento com vista à melhoria dos processos da transfusão do sangue;
- Proceder ao intercâmbio de informações com entidades internacionais no domínio do sangue e da medicina transfusional, no âmbito das suas competências.

Para além da concretização do **OE 1** “Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma”, **OE 8** “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 9** “Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP” e **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade”, foi definido como objetivo operacional para o ano de 2019 no âmbito do QUAR:

- Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários

Foram ainda definidos os seguintes objetivos operacionais para o ano de 2019:

- Manter a verificação / validação das notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue, serviços de medicina transfusional e pontos transfusionais;
- Manter a Validação das Notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional ;
- Manter o N^o de visitas técnicas com envio de relatório aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTP);
- Manter o N^o de visitas técnicas com envio de relatório aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL);
- Manter o N^o de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional com envio de relatório (CSTC);

- Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional
- Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e corretivas;
- Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior.

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **1 posto de trabalho** para esta Unidade Orgânica, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 13- **Postos Trabalho CNSMT**

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Médico	1/1
Técnicos Superiores	0/0
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	1/1

Em anexo encontra-se a ficha de atividades relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pela CNSMT.

4.8 Outras Unidades Orgânicas - Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)

Ao GCPDV compete:

- Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, IP no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST, IP, e outra que venha a ser considerada relevante
- Diminuir o prazo de processamento e emissão do cartão de Dador
- Reduzir o prazo de emissão de Galardões
- Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais;
- Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST, IP às entidades privadas sem fins lucrativos
- Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio.

O GCPDV está particularmente focado na concretização dos **OE 3** “Mudar o paradigma da colheita”, **OE 4** “Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores” tendo definido como objetivo operacional para o ano de 2019 no âmbito do QUAR:

- Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP.
 - N.º de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais

Foram ainda definidos os seguintes objetivos operacionais para o ano de 2019:

- Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos;
- Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio;

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de 5 postos de trabalho para esta Unidade Orgânica, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 14 – **Postos Trabalho GCPDV**

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Técnicos Superiores	3/4
Assistentes Técnicos	1/1
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	4/5

Em anexo encontra-se a ficha de atividades relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado.

4.9 Outras Unidades Orgânicas – Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)

Ao GTIC compete:

- Gerir a rede informática da instituição, nas vertentes do sangue e transplantação, as respetivas aplicações e equipamentos necessários ao seu funcionamento e à sua articulação com outras aplicações informáticas no âmbito da saúde;
- Garantir a integração das bases de dados das diferentes áreas de forma a potencializar a informação disponível;
- Garantir a segurança e fiabilidade dos sistemas e tecnologias de informação e comunicações da instituição;
- Assegurar o apoio técnico aos utilizadores dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação.

O GTIC está particularmente focado na concretização dos **OE 1** “Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma”, **OE 7** “Consolidar a implementação do Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação”, **OE 8** “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 9** “Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP”, **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade” e **OE 11** “Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP”, tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019:

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **15 postos de trabalho** para este Gabinete, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

- Reestruturação do site ipst.pt com integração dos domínios hemovigilancia.net e dador.pt.
- Renovar a solução de virtualização do IPST
- Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.
- Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis
- Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.

- Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)
- Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)
- Automatizar o sistema de monitorização da gestão
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.

Tabela 15 – Postos Trabalho GTIC

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Especialistas de Informática	3/7
Técnicos de Informática	6/8
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	9/15

Em anexo encontra-se a ficha de atividade relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo GTIC.

4.10 Outras Unidades Orgânicas – Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)

Ao GGQ compete:

- Fomentar uma cultura da qualidade na instituição e assegurar o bom funcionamento dos sistemas de gestão da qualidade implementados;
- Harmonizar e normalizar o sistema de gestão da qualidade implementado em todos os serviços do IPST, IP;
- Propor e desenvolver medidas que promovam a eficiência dos processos do IPST, IP;
- Emitir pareceres e garantir a assessoria técnica especializada na área da gestão da qualidade;
- Propor, organizar e assegurar o desenvolvimento da instituição no âmbito das áreas da garantia e da gestão da qualidade.

O GGQ está focado na concretização de todos os **OE** tendo definido como objetivos operacionais para o ano de 2019 (QUAR):

- Promover a qualidade e garantir a segurança do doente na área do sangue e da transplantação.

O GGQ definiu os seguintes objetivos operacionais para o ano de 2019:

- Aumentar % de ações preventivas fechadas;
- Aumentar % de ações corretivas fechadas;
- Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal;
- Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos;

O mapa de pessoal para 2019 identifica um total de **13 postos de trabalho** para esta Unidade Orgânica, distribuídos pelas seguintes categorias profissionais:

Tabela 16 – Postos Trabalho GGQ

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Enfermagem	1/3
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	5/6
Técnico Superior de Saúde	1/1
Técnicos Superiores	2/3
Assistentes Técnicos	0/0
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	9/13

Em anexo encontra-se a ficha de atividades relativa à concretização dos objetivos operacionais prosseguidos pelo GGQ.

4.11 Outras Unidades Orgânicas - Gabinete Jurídico (GJ)

Ao GJ compete:

- Emitir pareceres, elaborar informações e proceder a estudos de natureza jurídica sobre quaisquer assuntos que lhe sejam submetidos pelo órgão máximo do serviço;
- Prestar apoio técnico aos diferentes órgãos e serviços do IPST, IP, nomeadamente na área da contratação pública;
- Assegurar a atividade de contencioso do IPST, IP;
- Assegurar o apoio necessário à preparação dos processos e à ligação entre o IPST, IP, e os seus mandatários judiciais e acompanhar a respetiva atividade;
- Participar na análise, preparação ou modificação de diplomas legais, regulamentos e outros documentos de natureza normativa relacionados com a atividade do IPST, IP, procedendo aos necessários estudos jurídicos;
- Instruir processos, nomeadamente disciplinares;
- Assegurar a resposta a reclamações apresentadas por utentes dos serviços do IPST, IP;
- Emitir certidões sobre processos que lhe estão confiados;
- Proceder ao intercâmbio de informações jurídicas com entidades europeias e internacionais no domínio do sangue e da transplantação, no âmbito das suas atribuições.

O GJ está particularmente focado na concretização dos **OE 3** “Mudar o paradigma da colheita”, **OE 6** “Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação” e **OE 10** “Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade”.

Tabela 17 – Postos Trabalho GJ

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Técnicos Superiores	0/2
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	0/2

4.12 Outras Unidades Orgânicas - Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento (GIID)

Ao GIID compete:

- Promover o desenvolvimento do estudo e da investigação em medicina transfusional e de transplantação;
- Organizar e manter um sistema de documentação, informação e divulgação técnico-científica de referência nacional nas áreas da medicina transfusional e da transplantação, designadamente através da participação em redes de criação, divulgação de conhecimento e publicações periódicas;
- Propor, organizar e assegurar a execução das atividades de investigação, desenvolvimento e inovação em que a instituição participe a nível nacional, europeu e internacional.”

Atendendo a que o GIID está em fase de implementação durante o corrente ano, a estratégia focar-se-á neste estágio e em ações/objetivos para uma conceção e manutenção dum sistema de gestão de investigação, desenvolvimento e inovação (SGIDI) consistentes com os princípios da Norma Portuguesa que harmoniza este tipo de sistema: NP 4457.

Tabela 18 – Postos Trabalho GIID

DESIGNAÇÃO	POSTOS DE TRABALHO EFETIVOS/MAPA
Investigação	1/1
TOTAL DE POSTOS DE TRABALHO	1/1

Lisboa, 13 de março de 2019

O Presidente do Conselho Diretivo



João Paulo de Almeida e Sousa

O Vogal do Conselho Diretivo



Vitor Marques

5 Anexos

5.1 Fichas de Atividades por Unidade Orgânica

O IPST, IP tem por 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.

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a);b);c);e);f); h);i);j);l);m); n) e o)	11	Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores QUAR	Eficiencia	Prazo medio de pagamento a fornecedores (dias)	Resultado			64,00		60,00	10,00	49,00	1,00	ACSS	Dr.* Raquel Gomes	AO			1.3;1.11;3.8;3.9	QUAR 5.1 - Relevante
a);b);i);n)	11	Promover os registos dos imóveis no SIIE - QUAR	Eficiencia	% de registos completos no SIIE	Resultado			0,00		0,94	0,05	1,00	1,00	Portal do SNS	Dr.* Raquel Gomes	AO			3.8	QUAR 13.1
a);b);i);n)	11	Comunicar o valor total da divida em euros dos hospitais privados até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiencia	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado					20,00	4,00	15,00	1,00	Pasta MIG	Dr.* Raquel Gomes	AO			1.3;1.11;3.8;3.9	
a);b);i);n)	11	Comunicar o valor total da divida em euros dos hospitais públicos até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiencia	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado					20,00	4,00	15,00	1,00	Pasta MIG	Dr.* Raquel Gomes	AO			1.3;1.11;3.8;3.9	
a);b);c);e);f); h);i);j);l);m); n) e o)	11	Varição da Cobrança da divida de clientes privados em 15% face ao ano anterior (2018)	Eficiencia	(Cobranças de Entidades Privadas em 2019-Cobranças de Entidades Privadas de 2018)/Cobranças de Entidades Privadas em 2018*112	Resultado					0,15	0,03	0,11	1,00	SICC-AP	Dr.* Raquel Gomes	AO			3.8	
a);b);c);e);f); h);i);j);l);m); n) e o)	11	Varição da Cobrança da divida de clientes públicos em 10% face ao ano anterior (2018)	Eficiencia	(Cobranças de Entidades Públicas em 2019-Cobranças de Entidades Públicas de 2018)/Cobranças de Entidades Públicas em 2018*112	Resultado					0,10	0,02	0,07	1,00	SICC-AP	Dr.* Raquel Gomes	AO			3.8	

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

Atribuição Unidade Orgânica	OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades Colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
-	-	Conciliação da vida pessoal e familiar - QUAR	Qualidade	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	Resultado					0,70	0,10	0,81	Pasta MIG	Dr.ª Beatriz Sanches	AO			1.11;3.7;3.8;3.9	QUAR 7
-	-	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE - QUAR	Eficiência	Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho	Realização					0,90	0,09	1,00	Pasta MIG	Dra. Beatriz Sanches	AO	-	-	3.7;3.8	QUAR 18.2 - Relevante
-	-	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE - QUAR	Eficiência	Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2028	Realização					90,00	59,00	30,00	Pasta MIG	Dra. Beatriz Sanches	AO	-	-	3.7;3.8	QUAR 18.1 - Relevante
b);c);f);i);j);n);o)	9,10,11	Promover a desmaterialização dos processos	Eficiência	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	Resultado				6,00	1,00	0,00	2,00	Pasta MIG	Dr.ª Beatriz Sanches	AO			1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.3;3.7;3.8	QUAR 14
a); b); e); f); h); i); l); n); o)	8;10	Realizar formação não presencial - QUAR	Qualidade	N.º de formações	Realização	0,00	0,00	2,00	2,00	15,00	3,00	19,00	Pasta MIG	Dra. Beatriz Sanches	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.7;3.8	QUAR 10.1 - Relevante
a) b)	4,5,6	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Eficiência	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	Impacto			4,00		9,00	1,00	7,00	RHV	Dra. Beatriz Sanches	AO	-	-	3.7	
a) b) g)	3	Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal	Eficiência	% de postos de trabalho vagos e não ocupados para os quais existiu desenvolvimento de processos (INA, Procedimento Administrativo ou Concursal)	Realização					0,60	0,10	0,75	RHV / Atas de Gestão	Dra. Beatriz Sanches	AO	INA	MS	3.7	

Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,21	0,20	0,19	0,19	0,19	0,02	0,21	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2 - Relevante
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,14	0,14	0,13	0,14	0,13	0,01	0,15	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1 - Relevante
e); l)	1,2;5;11	Aumentar o nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	Eficiência	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	Resultado				25,00	26,00	5,00	32,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	QUAR 17.1
a); b); i); j)	9;10;11	Centralização dos processos analíticos	Eficiência	Nº de meses para realizar os processos analíticos	Realização					9,00	3,00	5,00		Pasta MIG	Dr.ª Ana paula Sousa	AO	-	-	1.3;1.10;3.7;3.8;3.9	QUAR 16.1
e); l)	1,2,3,9,10	Diminuir a percentagem de dados não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica	Resultado		0,23	0,19	0,17	0,19	0,01	0,17	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1,2;3;4;8;10	Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado			27,00	27,00	4,00	1,00	6,00		ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); l)	1, 2,3	Manter o nº de reações adversas não graves	Eficiência	Nº de reações adversas não graves	Resultado	995,00	193,00	260,00	223,00	200,00	40,00	159,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1, 2,3	Manter o nº de reações adversas graves	Eficiência	Nº de reações adversas graves	Resultado	0,00	7,00	10,00	6,00	6,00	2,00	4,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	7.940,00	7.697,00	7.730,00	7.857,00	7.700,00	770,00	8.471,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	11.800,00	10.651,00	11.291,00	10.726,00	11.000,00	1.100,00	12.101,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
e); l)	1,2,3,4,5,9,10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	57.248,00	54.452,00	59.253,00	57.113,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1,3,10,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,67	0,70	0,67	0,87	0,70	0,07	0,78	1,00	ASIS	Dr.ª Leonilde Oterelo	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese	Eficiência	Média diária de procedimentos de aférese	Resultado		2,50	2,72	1,88	3,00	1,00	5,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	575,00	729,00	669,00	535,00	650,00	50,00	701,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	499,00	696,00	645,00	494,00	600,00	60,00	661,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	444,00	638,00	680,00	485,00	580,00	50,00	631,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Eficácia	Número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Resultado		624,00	1.125,00	974,00	1.000,00	201,00	1.203,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Aumentar o número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)	Eficácia	Número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)	Resultado				0,00	500,00	100,00	601,00	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,55	0,57	0,53	0,55	0,10	0,66	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,2,3; 4,10	Manter a Taxa de Colheita (Porcentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado		0,90	0,62	0,49	0,50	0,05	0,56	1,00	ASIS	Dr.ª Lurdes Tavares	AO	-	-	1,3; 3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	CSTL Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2, 3,10, 12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	1,01	1,01		1,03	0,96	0,02	0,99	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficiência	Número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado		0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	CSTL Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	195,00	678,00	610,00	516,00	450,00	100,00	349,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	3,00	1,00	7,00	6,00	10,00	5,00	4,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	106,00	33,00	99,00	74,00	80,00	40,00	39,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	10	Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realização	1,00	1,00	0,98	1,00	0,96	0,02	0,99	1,00	Relatório AEQ	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	1.3	
I)	9,10, 11	Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO			3.8	
I)	9,10, 11	Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO			3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Resultado	56.427,00	56.049,00	57.251,00	55.973,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	CSTL Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados apartir de sangue total Etiquetados	Resultado	55.554,00	55.103,00	68.901,00	54.761,00	56.000,00	5.600,00	61.501,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos produzidos apartir de sangue total	Resultado	56.426,00	56.045,00	57.245,00	55.913,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST	Eficácia	Número de CUP de plaquetas validados provenientes de outros CST	Resultado	9.665,00	9.734,00	522,00	516,00	250,00	25,00	276,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST	Eficácia	Número de POOL de plaquetas validados provenientes de outros CST	Resultado			4.862,00	4.616,00	3.500,00	350,00	3.851,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de POOL de plaquetas produzidas apartir de sangue total	Resultado	9.770,00	9.904,00	10.812,00	12.446,00	12.000,00	500,00	17.001,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de unidades de plasma produzidas apartir de sangue total	Resultado	56.390,00	56.000,00	57.245,00	55.973,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	ASIS	Dr.ª Eugénia Vasconcelos	AO	-	-	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Dador Vivo Renal: Xmatch HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Pós Transplante: Xmatch HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - CEDACE Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	9,70	9,46	9,38	9,54	11,00	1,00	10,00	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Dador Vivo Renal, Candidatos "Rim, Coração, Cornea")	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	2,40	2,00	2,33	2,40	3,50	1,00	2,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Protocolos)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	2,60	1,73	2,44	2,63	3,50	1,00	2,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	9,90	9,41	9,54	10,68	11,00	1,00	10,00	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Baixa Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	3,00	3,15	2,46	2,87	3,00	1,00	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Auto Ac anti HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Candidatos: Ac anti HLA (CDC))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	36,90	49,34	60,71	58,17	55,00	5,00	44,00	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - CEDACE)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,50	0,60	0,61	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Dador Vivo Renal)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,63	0,96	0,95	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Detecção AC anti HLA (Lx))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	4,80	7,33	7,17	22,71	10,00	1,00	8,00	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Espcf anti-HLA (single Lx))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,93	5,72	13,04	3,00	1,00	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Estudos de Família)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,50	0,60	0,61	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e) h)	9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Pós Transplante: Espcf anti HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,87	1,66	7,72	3,00	1,00	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado		1,00	1,00		0,75	0,05	0,81	1,00	Relatórios AEQ	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado		0,93	1,00		0,80	0,05	0,86	1,00	Relatórios AEQ	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado	1,00	0,88	0,97	0,99	0,85	0,05	0,91	1,00	Relatórios AEQ	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado		0,96	1,00		0,85	0,05	0,91	1,00	Relatórios AEQ	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado		0,98	0,99		0,90	0,05	0,96	1,00	Relatórios AEQ	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Candidatos - Rim, Coração, Córnea)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Envios)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Dador Vivo Renal)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Estudos de Família)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia-Protocolos)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,50	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	4,60	5,92	9,38	19,44	6,00	1,00	4,00	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	2,00	7,71	93,67	2,00	0,40	1,50	1,00	LUSOT	Dra. Rosário Sancho	AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
b);e);f);h);j);l);m);o)	5;6;7;11	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular - QUAR	Eficácia	Nº de meses até validação da metodologia de processamento de tecido ocular	Resultado					11,00	1,00	9,00	1	Base de dados de gestão do banco multitecdular	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.4 - Relevante
b);e);f);h);j);l);m);o)	5;6;7;11	Manter a reserva estratégica de Membrana Amniótica (área maior ou igual a 0,5 m2) QUAR	Eficácia	Média de m2 existentes em stock	Resultado	3,40	2,59	0,78	1,00	0,50	0,05	0,60	1	Base de dados de gestão do banco multitecdular	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.3 - Relevante
b);e);f);h);j);l);m);o)	5;6;7;11	Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada QUAR	Eficácia	N.º de peças de membrana amniótica validadas/n.º de peças de membrana amniótica processadas x 100	Resultado	0,75	1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	1	Base de dados de gestão do banco multitecdular	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.2 - Relevante
b);e);f);h);j);l);m);o)	5;6;7;11	Manter taxa de aproveitamento de peças de Tecido Musculo-esquelético processado QUAR	Eficácia	N.º de peças de tecido musculo-esquelético validadas/n.º de peças de tecido musculo-esquelético processadas x 100	Resultado	1,00	1,00	0,93	0,99	0,96	0,03	1,00	1	Base de dados de gestão do banco multitecdular	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.1 - Relevante
h);n)	5;9;10	Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano	Eficiência	% Follow-up de dadores de CEPH	Resultado	0,10	0,16	0,00	0,01	0,30	0,04	0,35	1	Pasta MIG	Dr.ª Ana Correia	AO			3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
h;j)	5;9;10	Manter a resposta a pedidos de pele	Eficiência	Área de m2 de pele fornecidos (Total)	Resultado	0,75	2,41	2,54	1,82	1,00	0,20	1,20	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h;n)	5;9;10	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial - CSTL	Eficiência	Data Entrada do Pedido/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	16,55	17,83	21,23	18,92	17,00	1,90	15,00	1	Pasta MIG	Dr.ª Ana Correia	AO			3,8	
h;j)	5;9;10	Manter a resposta a pedidos de córnea	Eficiência	N.º Córneas importadas (Total)	Resultado	194,00	188,00	263,00	202,00	180,00	18,00	199,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h;j)	5;9;10	Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas	Eficiência	N.º de válvulas cardíacas validadas/n.º de válvulas cardíacas processadas x 100	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h;j)	5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada	Eficiência	N.º de córneas distribuídas / n.º de córneas pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h;j)	5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido músculo-esquelético	Eficiência	N.º de peças de tecido musculoesquelético distribuídas / n.º de peças de tecido musculoesquelético pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	0,95	0,90	0,05	0,96	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h;j)	5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica	Eficiência	N.º de peças de membrana amniótica distribuídas / n.º de peças membrana amniótica pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
h)j)	5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Pele	Eficiência	N.º de peças de pele distribuídas / n.º de peças de pele pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada	Eficiência	N.º de peças de pele validadas/n.º de peças de pele processadas x 100	Resultado	0,00	0,00			0,45	0,05	0,51	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas	Eficiência	N.º de válvulas cardíacas distribuídas / n.º de válvulas cardíacas pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter a existência de peças de tecido Músculo-esquelético	Eficiência	Nº de Tecido Musculo-esquelético em stock (Total)	Resultado		94,00	82,00	43,00	50,00	5,00	56,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)	Eficiência	Nº de tecidos recebidos (Total)	Resultado	10,00	7,00	9,00	15,00	8,00	2,00	11,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter a existência de Válvulas Cardíacas (aórticas)	Eficiência	Nº de Válvulas Cardíacas em stock (Total)	Resultado	13,00	13,00	14,00	15,00	8,00	2,00	11,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	
h)j)	5;9;10	Manter a existência de válvulas cardíacas (pulmonares)	Eficiência	Nº de Válvulas Cardíacas em stock (Total)	Resultado	13,00	13,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1	Lusot	Dr.ª Josefina Oliveira	AO			3,8	

Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,20	0,24	0,22	0,20	0,20	0,02	0,22	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2 - Relevante
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,13	0,15	0,16	0,15	0,15	0,01	0,16	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1 - Relevante
e); l)		Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado				6,00	16,00	2,00	19,00		ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO			1.3; 3.8	
e); l)	1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Resultado		1,00	7,00	4,00	5,00	2,00	2,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Resultado		77,00	82,00	85,00	200,00	20,00	179,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); l)	1,2,3,4,5,9,10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	58.547,00	55.194,00	51.132,00	49.401,00	51.000,00	7.000,00	58.001,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); l)	1,2,3,9,10	Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica	Resultado	0,22	0,21	0,21	0,19	0,22	0,01	0,21	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); l)	1,2,3,9,10	Manter Nº total de dadores regulares	Eficácia	Nº total de dadores regulares	Resultado		43.781,00	55.989,00	52.889,00	35.000,00	3.500,00	38.501,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	7.789,00	8.119,00	8.022,00	7.469,00	7.500,00	1.000,00	8.501,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	11.802,00	13.467,00	11.134,00	9.732,00	10.000,00	1.200,00	11.201,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	
e); l)	1,3,10,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,55	0,54	0,63	0,65	0,63	0,10	0,73	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); I)	1,3,1 0,12	Horas disponíveis em SC móvel: Todo o pessoal envolvido na SC (exclui período viagem)	Eficácia	N.º total total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem) 4)	Resultado		40.390,00	37.618,00	37.213,70	80.000,00	5.000,00	75.000,00	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-		1,3; 3,8	
e); I)	1,3,1 0,13	Horas disponíveis em Posto fixo: Todo o pessoal envolvido no PF	Eficácia	N.º total total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita em PF (2X6HorasXN. Dias mêsX n.º profissionais 4)	Resultado		14.498,00	21.456,00	19.800,00	1.800,00			1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-		1,3; 3,8	
e); I)	1,3,1 0,15	Manter percentagem de dadores regulares	Eficácia	N.º de inscrições de dadores regulares aprovados na triagem e em colheita/N.º total de inscrições aprovadas em triagem e em colheita*100	Resultado			0,91	0,87	0,58	0,05	0,63	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,3,1 0,15	Manter o desempenho das equipas de colheita	Eficiência	N.º de unidades colhidas/total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem)	Resultado		1,10	1,22	1,35	1,00	0,10	1,20	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	
e); I)	1,3,1 0,15	Manter o índice de dívida por dador (Anual)	Eficácia	N.º de dávivas de sangue por número de dadores	Resultado		1,50	1,10		1,19	0,20	1,40	1,00	ASIS	Dr.ª Helena Gonçalves	AO	-	-	1,3; 3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); c); l)	1;2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); c); l)	1;2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Resultado	6,00	7,00	9,00	9,00	20,00	2,00	17,00	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese	Eficiência	Média diária de procedimentos de aférese	Resultado	1,50	1,43	1,58	1,77	1,80	0,18	2,00	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	440,00	598,00	823,00	779,00	780,00	78,00	859,00	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Aumentar o número de dadores ativos de aférese (Anual)	Eficiência	Número de dadores ativos de aférese (efetivaram um procedimento de aférese no último ano - medição em dez)	Resultado	166,00	151,00	176,00	150,00	168,00	16,80	185,80	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	338,00	386,00	488,00	454,00	445,00	44,50	490,50	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Frequência da dádava (Anual)	Eficiência	N.º médio de dádavas de aférese no período de um ano por dador	Resultado	1,80	2,00	2,30	2,60	2,30	0,30	3,00	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	0,69	0,66	0,64	0,68	0,58	0,06	0,65	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1;2;3; 4;10	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado	0,56	0,59	0,60	0,64	0,57	0,06	0,61	1,00	ASIS	Dra. Alcídia Pinheira	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2, 3,10, 12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	0,98	0,99		0,96	0,96	0,02	0,99	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	▲
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,01	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir a % de unidades de CE/Pool/Cup inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	% média de unidades CE/Pool/CUP inutilizadas por prazo de validade	Resultado				0,34	0,02	0,00	0,02		ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues				3,8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficiência	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	1.453,00	2.057,00	1.088,00	1.446,00	1.050,00	150,00	949,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3, 9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficiência	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	1,00	2,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o % Buffy Coats utilizados em POOL Plaquetas (sangue total)	Eficiência	% de Buffy Coats utilizados em POOL plaquetas /Número total de BC obtidos	Resultado		468,00	43,00	43,00	0,43	0,00	0,44	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Resultado	136.343,00	131.103,00	124.358,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138.001,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	58.109,00	54.838,00	50.013,00	48.247,00	47.000,00	5.000,00	52.001,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.104,00	124.359,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138.001,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas movimentadas (movimentação entre centros do IPST)	Eficácia	Número de POOL de plaquetas movimentadas (movimentação entre centros do IPST)	Resultado					8.000,00	800,00	8.801,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3.8	
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Resultado	12.996,00	12.767,00	13.287,00	12.787,00	13.200,00	1.320,00	14.521,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.103,00	124.358,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138,00 1,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	▲
I)	10	Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realização	1,00	0,99	1,00	0,98	0,96	0,02	0,99	1,00	Relatório AEQ	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	1,3	
I)	9,10, 11	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	9,10, 11	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,03	0,04	0,02	0,03	0,04	0,01	0,03	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	9,10, 12	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	43,00	21,00	18,00	3,00	31,00	3,00	27,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues	AO	-	-	3,8	
I)	9;10	Manter Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises)	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado					24,00	8,00	15,00		ASIS	Dr.ª Ana Paula Rodrigues				1,3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	10;11	Manter a % de resultados CQ externo conforme	Eficiência	% Resultados CQ externo conforme	Resultado			1,00	1,00	0,98	0,01	1,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	
I)	10;11	Manter a % de resultados CQ interno conforme	Eficiência	% Resultados CQ interno conforme	Resultado			1,00	1,00	0,98	0,01	1,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	
I)	10;11	Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade de CE produzidos em Coimbra	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ de CE produzidos em Coimbra	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	
I)	10;11	Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade de CE produzidos em Lisboa	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ de CE produzidos em Lisboa	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	
I)	10;11	Manter a % de unidades de pool de plaquetas inutilizados por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de pool de plaquetas	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	
I)	10;11	Manter a % de unidades submetidas a rastreio microbiológico com resultado falso positivo	Eficiência	% de falsos positivos	Resultado			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Isabel Lobo	AO			1.3;3.9	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
f)	5; 7	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados QUAR	Eficácia	N.º de novos dadores CEDACE Tipados	Resultado	7.220,00	3.579,00	1.395,00	7.746,00	9.000,00	900,00	9.901,00	1,00	Base de dados CEDACE	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	QUAR 4.1 - Relevante
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado	0,89	0,94	0,93	0,81	0,75	0,05	0,81	1,00	Relatórios AEQ	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado	0,87	0,85	0,75	0,83	0,80	0,05	0,86	1,00	Relatórios AEQ	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado	0,85	0,91	0,97	0,94	0,85	0,05	0,91	1,00	Relatórios AEQ	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado	0,85	0,92	0,87	0,88	0,85	0,05	0,91	1,00	Relatórios AEQ	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado	1,00	1,00	1,00	0,95	0,90	0,04	0,95	1,00	Relatórios AEQ	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
h)	5,9, 10	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	22,00	9,94	3,20	4,21	9,00	1,00	7,00	1,00	LUSOT	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
h)	5,9, 10	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados	Eficácia	N.º de novos dadores Enviados ao CEDACE	Resultado	7.000,00	3.307,00	1.713,00	7.038,00	9.000,00	900,00	9.901,00	1,00	LUSOT	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	
e) h)	9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00	LUSOT	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,58	0,70	2,88	6,00	1,00	4,00	1,00	LUSOT	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	
e) h)	9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	4,54	3,60	16,38	15,00	1,50	12,50	1,00	LUSOT	Dr. António Martinho	AO	-	-	1.3	

Centro de Sangue e da Transplantação do Porto

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,20	0,18	0,18	0,18	0,18	0,02	0,20	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2 - Relevante
b); d); l)	1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11	0,01	0,12	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1 - Relevante
e); l)		Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado				5,00	10,00	2,00	13,00		ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO			1.3; 3.8	
e); l)	1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Resultado	6,00	7,00	4,00	6,00	6,00	1,00	5,00	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Resultado	427,00	382,00	431,00	515,00	400,00	25,00	374,00	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1,2,3,4,5,9,10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	82.475,00	79.134,00	74.828,00	71.333,00	75.000,00	10.000,00	85.001,00	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); l)	1,2,3,9,10	Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica	Resultado	0,18	0,17	0,17	0,19	0,18	0,01	0,17	1,00	ASIS	Dr.* Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	10.025,00	9.239,00	8.651,00	7.838,00	8.000,00	1.200,00	9.201,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
b); d); l)	1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	16.445,00	14.536,00	13.650,00	12.686,00	13.500,00	2.000,00	15.501,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
e); l)	1,3,10,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / n.º total de sessões de colheita *100	Resultado	0,69	0,67	0,70	0,70	0,69	0,02	0,72	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar a a variação homologa mensal de dadores inscritos	Eficiência	n.º de dadores inscritos do mês/ nº de inscritos no mês homologo*100	Resultado			0,82	1,22	0,95	0,04	1,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese	Eficiência	Média diária de procedimentos de aférese	Resultado		5,00	4,00	3,50	4,00	1,00	6,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	2.272,00	2.039,00	1.576,00	1.620,00	2.000,00	250,00	2.251,00	1,00		Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	1.538,00	1.612,00	1.242,00	1.228,00	1.875,00	250,00	2.126,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	1.497,00	1.567,00	1.170,00	1.222,00	1.875,00	250,00	2.126,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Eficácia	Número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Resultado	1.455,00	1.537,00	1.163,00	980,00	1.875,00	250,00	2.126,00	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,91	0,90	0,88	0,86	0,05	0,92	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	
e); I)	1;2;3; 4;10	Manter a Taxa de Colheita (Porcentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado		0,86	0,83	0,82	0,80	0,05	0,86	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3,10,12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	0,94	0,89	0,88	0,57	1	0	1	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3,9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,02	0,01	0,02	0,01	0	0	0	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	9,10,11	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,03	0,03	0,05	0,03	0	0	0	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	9,10,11	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,04	0,12	0,11	0,06	0	0	0	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3,9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado	5,00	1,00	0,00	0,00	2	1	0	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
I)	1,2,3,9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	3.545,00	8.949,00	7.668,00	4.203,00	7500	750	6749	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3,9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	30,00	13,00	31,00	20,00	25	3	21	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	9,10,12	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	183,00	148,00	168,00	122,00	160	16	143	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	
I)	1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados apartir de sangue total Etiquetados	Resultado	80.327,00	76.016,00	72.993,00	69.645,00	74000	9900	83901	1,00	ASIS	Dr.ª Ofélia Alves	AO	-	-	3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		0,91	1,11	1,18	2,00	1,00	0,00	1,00	LUSOT	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		3,16	4,92	4,47	6,00	2,00	3,00	1,00	LUSOT	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
e) h)	9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		1,18	2,17	2,20	3,00	0,50	2,40	1,00	LUSOT	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado		1,00	1,00		0,90	0,01	0,92	1,00	Relatórios AEQ	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado		0,95	1,00		0,90	0,01	0,92	1,00	Relatórios AEQ	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado		0,94	0,90	1,00	0,90	0,01	0,92	1,00	Relatórios AEQ	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado		0,90	1,00	0,90	0,90	0,01	0,92	1,00	Relatórios AEQ	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
f)	10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado		1,00	0,99	0,99	0,90	0,01	0,92	1,00	Relatórios AEQ	Dr.* Fátima Freitas	AO	-	-	1.3	
h)	5,9, 10	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado		8,60	8,13	8,91	9,00	3,00	5,00	1,00			AO	-	-	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2014	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
h)	5;11	Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas - QUAR	Eficiência	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	206,00	136,00	98,00	94,00	29,00	60,00	20,00	81,00	1	Base de dados BPCCU	Dr.ª Salomé Maia	AO			1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.7;3.8	QUAR 8.2
b);c);e);f);h);i);l)	5;11	Aumentar % de unidades de SCU aptas para utilização	Eficiência	N.º de unidades criopreservadas /nº de unidades aptas a uso clínico	Resultado	37,40	60,30	88,80	84,20	0,77	0,80	0,18	1,00	1	Base de dados BPCCU	Dr.ª Salomé Maia	AO			1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.7;3.8	QUAR 8.1
h)	1;9;10	Manter o número de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)	Eficácia	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	284,00	420,00	518,00	612,00	641,00	701,00	20,00	722,00	1	Base de dados BPCCU	Dr.ª Salomé Maia	AO			3.8	
h)	1;9;10	N.º. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo)	Eficiência	nº de unidades aptas para registo no CEDACE	Resultado	0,00	0,00	0,00	218,00	0,00	60,00	20,00	81,00	1	Base de dados BPCCU	Dr.ª Salomé Maia	AO			3.8	

Coordenação Nacional da Transplantação

Atribuição Unidade Orgânica	OE IPST	Objetivo	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a);b);c);e);e);f);h);j);l) e o)	5,6,7,9,10	Aumentar o n.º de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade - QUAR	Qualidade	Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	Resultado	0,00	0,13	0,13	0,13	0,20	0,05	0,26	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação		QUAR 6.4
a);b);c);e);e);f);h);j);l) e o)	5,6,7,9,10	Aumentar o n.º de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células - QUAR	Eficiência	Nº de reuniões promovidas	Resultado	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00	4,00	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação		QUAR 6.3
a);b);c);e);e);f);h);j);l) e o)	5,6,7,9,10	Aumentar o n.º de auditorias ao processo de doação - QUAR	Qualidade	Nº de hospitais auditados	Resultado	5,00	1,00	0,00	1,00	3,00	1,00	5,00	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação		QUAR 6.2
a);b);c);e);e);f);h);j);l) e o)	5,6,7,9,10	Diminuir a taxa de órgãos não utilizados - QUAR	Eficiência	% de órgãos não utilizados	Resultado	0,00	0,16	0,17	0,20	0,17	0,02	0,14	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação	1.1;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 6.1
a); b); c); e); f); h); l), m) e o)	6	Aumentar a referenciação de potenciais dadores - QUAR	Eficácia	% de aumento da referenciação de potenciais dadores	Resultado	0,00	0,06	0,04	0,69	0,05	0,01	0,07	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação	1.1;1.2;1.8;1.10;3.3;3.7;3.9	QUAR 12.1 - Relevante
h) e) l)	5,6,8,9,10	Aumentar o n.º de dadores por milhão de habitantes (pmh)	Eficácia	Nº de dadores por milhão de habitantes(pmh)	Resultado		40,40	42,70	39,07	45,00	5,00	51,00	1	Pasta MIG	Dra. Ana França	AO	Gabinetes de Coordenação Colheita/ Unidades Colheita	Rede Nacional Doação e Transplantação	3.8	

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a), b), g), i) e j)	1,10; 11	Implementação de uma logística de transporte adequada de PS	Qualidade	Percentagem de Serviços de Sangue abrangidos pela política de transportes	Impacto				0,23	0,50	0,05	0,56	1,00	Pasta MIG	CD	AO			1.3;1.10;1.11;3.8;3.9	QUAR 15.1
c), e), f), i), j), l), m) e n)	1, 8, 10	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST) - QUAR	Qualidade	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional com envio de relatório	Realização	25,00	27,00	24,00	18,00	23,00	3,00	29,00	1,00	Pasta MIG	Dr. António Duran Dr.ª Leonilde Oterelo Dr.ª Fátima Rodrigues	AO			1.3;1.10;3.7 e 3.8	QUAR 11.2 - Relevante
b), c), e) e l)	1, 4	Manter a reserva média de unidades de CE existentes - QUAR	Eficiência	N.º total de unidades de CE a nível nacional/n.º total de unidades de CE consumidas por dia (dias)	Resultado	18,00	17,00	13,28	11,29	13,00	1,00	11,00	1,00	MRS	CD	AO			1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 1.1 - Relevante
a), b) e c)	10	Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior	Eficácia	Divulgação do relatório anual referente ao ano anterior (meses)	Impacto	7,00	7,00	7,00	7,00	8,00	1,00	6,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Antónia Escoval	AO			1.3	
a), b) e c)	10	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Eficácia	Realização de acção de formação/simp osio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	Resultado	7,00	7,00	7,00	9,00	9,00	1,00	7,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Antónia Escoval	AO			1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES POR UNIDADE ORGÂNICA

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a), b) e c)	10	Manter a Validação das Notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional	Eficiência	% notificações validadas	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	0,02	0,99	1,00	WWW.he movigilanc ia.net	Dr.ª Antónia Escoval	AO			1.3	
a), b) e c)	10	Manter a verificação / validação das notificações de incidentes e reacções adversas em serviços de sangue, serviços de medicina transfusional e pontos transfusionais	Eficiência	% Notificações verificadas	Resultado					0,95	0,02	0,99	1,00	WWW.he movigilanc ia.net	Dr.ª Antónia Escoval	AO			1.3	

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a);b);e);f); h);i);j);l);n) e o)	1;2;3; 4;8;10	Implementar um plano de aproximação às associações/grupos	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais - QUAR	Resultado		3,00	0,00	49	4,00	1,00	6,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			1.2;1.3;1.8; 1.10;1.11;3 2.3;7;3.8	QUAR 10.2 - Relevante
b)	1	Diminuir o prazo de processamento e emissão do cartão de Dador (média anual)	Eficácia	Prazo de emissão (meses)	Resultado			0,00	1	3,00	1,00	2,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			3.7	
b)	9;10	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio	Eficiência	Prazo de resposta (dias úteis)	Resultado		1,10	1,17	1	3,00	1,00	2,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			3.7	
b)	4	Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST e outra que venha a ser considerada relevante.	Eficácia	N.º de propostas Implementadas	Resultado		1,00	1,00	1	2,00	1,00	3,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			3.3	
b)	2;3;4	Preparar, publicar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos	Qualidade	Cumprimento dos prazos legalmente previstos (meses)	Resultado		0,20	0,17	0	3,00	2,00	1,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			3.7	
b)	1	Reduzir o prazo de emissão de Galardões (média anual)	Eficácia	Prazo de emissão (meses)	Resultado			21,00	1	3,00	1,00	2,00	1,00	Pasta MIG	Dr.ª Cristina Sousa	AO			3.7	

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
a);b);c)	9;10;11	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.	Eficiência	n.º aplicações finalizadas/n.º de aplicações planeadas para intervenção *100	Resultado		0,80	0,80	0,50	0,90	0,04	0,95	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO		SPMS; CNT	3,8	
a);c)	9;10;11	Automatizar o sistema de monitorização da gestão	Eficiência	n.º indicadores com fontes automáticas/n.º total indicadores*100	Resultado				0,80	0,90	0,05	0,96	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
a);c)	9;10	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis	Eficiência	Nº resultados analíticos transferidos automaticamente e da área do sangue para a área da transplantação (meses)	Realização			0,00	0,00	9,00	1,00	6,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
a);b);c)	1;2;3;4;5;9;10	Completar a reestruturação dos domínios ipst.pt, hemovigilancia.net e dador.pt.	Eficácia	Início do controlo dos domínios pelo GTIC (meses)	Realização			5,00	10,00	9,00	1,00	7,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			1,8	
a);c)	9;10;11	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.	Eficiência	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	Resultado		8,00		2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
a);c)	5;7;9;10;11	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)	Edicácia	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*101	Resultado		0,80	0,80	0,80	0,90	0,05	0,96	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
a);c)	1;2;3;4;9;10	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)	Eficácia	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*100	Resultado		0,95	0,95	1,00	0,98	0,01	1,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
	9;10;11	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Eficácia	Início da utilização do site da intranet (meses)	Resultado				0,00	12,00	1,00	10,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	
a);c)	1;2;3;4;9;10	Renovar a solução de virtualização do IPST	Eficácia	Início da utilização da virtualização (meses)	Realização			0,00	0,00	12,00	2,00	9,00	1,00	Pasta MIG	Dr. Fernando Gramacho	AO			3,5	

Gabinete de Gestão da Qualidade

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Fonte de Verificação	Responsáveis pela Execução	Atividade constante do Orçamento	Eventuais Dependências	Entidades colaboradoras	Contributo OE MS	Observações
c);e);f);i);j); l);m);n)	1;8;10	Manter % testes metrologicos efectuados	Qualidade	% de testes metrologicos efetuados (n.º total de ensaios e calibrações efectuados internamente/n.º total de ensaios e calibrações efectuados*100)	Resultado		1,00	1,00	0,88	0,90	0,05	0,96	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;3.7;3.8	QUAR 11.1 - Relevante
f)	10	Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal	Qualidade	N.º de relatórios elaborados/n.º de relatórios previstos*100	Resultado		72,90	0,00	0,44	0,80	0,10	0,91	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;1.11;3.9	
f)	10	Aumentar % de ações corretivas fechadas	Eficácia	n.º de ações corretivas fechadas/total ações corretivas*100	Resultado		77,00	84,20	0,91	0,75	0,10	0,86	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;1.11;3.9	
f)	10	Aumentar % de ações preventivas fechadas	Qualidade	n.º de ações preventivas fechadas/total ações preventivas*100	Resultado		77,40	79,50	0,89	0,70	0,10	0,81	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;1.11;3.9	
c);e);f);i);j); l);m);n)	1;8;10	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Qualidade	N.º de dias de resposta aos pedidos extraordinários (extra plano) de análise metrologica internos	Resultado		3,30	4,00	6,92	5,00	2,00	2,00	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;3.7;3.8	
f)	10	Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos	Qualidade	N.º de auditorias internas realizadas/n.º de auditorias internas planeadas*100	Resultado		100,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	Pasta MIG	Eng.ª Graça Fonseca	AO			1.3;1.10;1.11;3.9	

5.2 Mapa de pessoal

Missão/Atribuições/Competências/Atividades	Cargo/carreira/categoria	Área de formação académica e/ou profissional	N.º de postos de trabalho necessários	OBS (a)
<p>O IPST, I. P., tem por missão garantir e regular, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e de transplantação e garantir a dóliva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana. São atribuições do IPST, I. P.:</p> <p>Propor medidas de natureza política ou legislativa nas matérias relacionadas com as suas atribuições e participar na definição estratégica global do desenvolvimento da medicina transfusional e da transplantação; Coordenar, a nível nacional, a colheita, análise, processamento e transplantação de sangue, bem como a colheita, análise, processamento e transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana; Assegurar o funcionamento do Sistema Nacional de Hemovigilância e do Sistema Nacional de Biovigilância, em articulação com as entidades nacionais e internacionais competentes; Promover e apoiar a investigação nos domínios da ciência e da tecnologia das áreas da medicina transfusional, transplantação e medicina regenerativa, em articulação com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., e outras instituições nacionais e internacionais consideradas estratégicas para os objetivos propostos; Promover a dóliva de sangue, células, tecidos e órgãos perseguindo a auto-suficiência nacional; Instituir, manter um registo e acompanhar a atividade dos serviços de sangue, serviços manipuladores de tecidos e células, e colheita de órgãos; Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, enquanto entidade responsável pela coordenação das relações internacionais do MS; Assegurar a realização dos estudos laboratoriais de doentes e doadores necessários à transplantação de órgãos, tecidos e células; Manter e gerir o Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical (LUSOCORD); Manter e gerir a atividade do banco de tecidos multitecidual compreendendo a colheita, análise, processamento, armazenamento, distribuição, importação e exportação, definindo as necessidades nacionais; Garantir disponibilidade de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana, atendendo às necessidades nacionais; Autorizar a importação e exportação de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana, em articulação com a Direção-Geral da Saúde em matéria de qualidade e segurança; Manter o Centro Nacional de Doadores de Células Estaminais de Medula Óssea de Sangue Periférico ou de Cordão Umbilical (CEDACE); Manter e gerir um sistema de informação único e integrado para gestão da lista de espera de doentes candidatos a transplantação, seleção do per doador receptor em transplantação, banco de tecidos e restabelecimento.</p>	Presidente Conselho Directivo (1)	-	1	
	Vogal Conselho Directivo (1)	-	1	
	Director de Departamento (1)	-	2	
	Director Técnico (1)	Medicina, com experiência e autoridade científica comprovada na área da medicina transfusional ou da transplantação	3	
Subtotal			7	
SERVIÇOS CENTRAIS				
<p>Para prossecução das suas atribuições, o IPST,IP, dispõe das seguintes unidades orgánicas de âmbito nacional:</p> <p>Serviços Centrais, designados por departamentos (Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação e Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira);</p> <p>Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação;</p> <p>Coordenação Nacional da Transplantação;</p> <p>Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional;</p> <p>Gabinete de Comunicação, Promoção da Dóliva e Voluntariado;</p> <p>Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento;</p> <p>Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações;</p> <p>Gabinete de Gestão da Qualidade;</p> <p>Gabinete Jurídico.</p> <p>As competências das referidas unidades orgánicas são as previstas nos art.º 4º a 13º da Portaria n.º 165/2012 de 22 de Maio que aprova os Estatutos do IPST,IP.</p>	Administração Hospitalar	Administração Hospitalar	2	
	Médica	Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina do Trabalho	6	2
	Investigação	Investigação Científica	1	
	Técnico Superior Saúde	Farmácia, Laboratório e outras não especificadas	1	1
	Técnico Diagnóstico e Terapêutica	Análises Clínicas e Saúde Pública	6	
	Enfermagem	Enfermagem	5	
	Técnico Superior	Ciências da Comunicação, Psicologia, Relações Públicas, Gestão/Economia/Auditoria/Finanças, Direito e outras não especificadas	34	
	Especialista Informática	Informática	7	
	Técnico Informática	Informática	8	
	Coordenador Técnico	-	6	
	Assistente Técnico	-	41	
	Assistente Operacional	-	1	
	Subtotal			118

Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa				
<p>Aos Centros de Sangue e da Transplantação, no âmbito da sua área territorial de intervenção, compete:</p> <p>Promover e sensibilizar os cidadãos para a dádiva de sangue, tecidos e células;</p> <p>Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dádiva de sangue tecidos e células;</p> <p>Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;</p> <p>Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;</p> <p>Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;</p> <p>Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;</p> <p>Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;</p> <p>Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;</p> <p>Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador recetor em transplantação renal;</p> <p>Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células.</p> <p>Ao Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa compete ainda:</p> <p>Gerir o Centro Nacional de Dadores de Células Estaminais de Medula Óssea de Sangue Periférico ou de Corção Umbilical (CEDACE);</p> <p>Proceder às atividades de Banco de Tecidos, nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana para utilização em transplantação.</p>	Médica	Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina do Trabalho	17	3
	Técnico Superior	Ciências da Comunicação, Recursos Humanos e outras não especificadas	9	
	Técnico Superior Saúde	Farmácia, Laboratório e outras não especificadas	12	1
	Enfermagem	Enfermagem	30	
	Técnico Diagnóstico e Terapêutica	Análises Clínicas e Saúde Pública	45	
	Coordenador Técnico	-	1	
	Assistente Técnico	-	23	
	Encarregado Operacional	-	1	
	Assistente Operacional	-	35	
	Subtotal			173
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra				
<p>Aos Centros de Sangue e da Transplantação, no âmbito da sua área territorial de intervenção, compete:</p> <p>Promover e sensibilizar os cidadãos para a dádiva de sangue, tecidos e células;</p> <p>Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dádiva de sangue tecidos e células;</p> <p>Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;</p> <p>Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;</p> <p>Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;</p> <p>Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;</p> <p>Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;</p> <p>Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;</p> <p>Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador recetor em transplantação renal;</p> <p>Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células.</p>	Médica	Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina do Trabalho	13	1
	Técnico Superior	Serviço Social e outras não especificadas	4	
	Técnico Superior Saúde	Farmácia, Laboratório e outras não especificadas	5	
	Enfermagem	Enfermagem	26	
	Técnico Diagnóstico e Terapêutica	Análises Clínicas e Saúde Pública	44	
	Coordenador Técnico	-	1	
	Assistente Técnico	-	20	
	Encarregado Operacional	-	1	
	Assistente Operacional	-	28	
Subtotal			142	

Centro de Sangue e da Transplantação do Porto				
<p>Aos Centros de Sangue e da Transplantação, no âmbito da sua área territorial de intervenção, compete:</p> <p>Promover e sensibilizar os cidadãos para a dóliva de sangue, tecidos e células;</p> <p>Participar a nível das comunidades locais na educação dos jovens sobre a dóliva de sangue tecidos e células;</p> <p>Promover e apoiar localmente a atividade de voluntariado, nomeadamente através das organizações de dadores de sangue;</p> <p>Definir, propor e implementar a estratégia mais eficaz para a colheita de sangue, tecidos e células;</p> <p>Proceder à colheita, separação em componentes, estudo laboratorial, conservação, distribuição do sangue e componentes sanguíneos;</p> <p>Proceder ao controlo de qualidade dos produtos utilizados e dos produtos finais;</p> <p>Assegurar a recolha e o tratamento da informação regional relativa ao processo transfusional e o funcionamento do sistema de hemovigilância;</p> <p>Garantir o estudo laboratorial de dadores e dos doentes candidatos a transplantação de órgãos, tecidos e células;</p> <p>Assegurar a manutenção das condições necessárias para a escolha do par dador receptor em transplantação renal;</p> <p>Acompanhar a transplantação de órgãos, tecidos e células.</p> <p>Ao centro de sangue e da transplantação do Porto compete ainda gerir o Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical (LUSOCORD), nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição.</p>	Médica	Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina do Trabalho	14	
	Técnico Superior	Direito, Relações Públicas, Gestão e outras não especificadas	9	
	Técnico Superior Saúde	Farmácia, Laboratório e outras não especificadas	8	1
	Enfermagem	Enfermagem	39	
	Técnico Diagnóstico e Terapêutica	Análises Clínicas e Saúde Pública	48	
	Assistente Técnico	-	23	
	Encarregado Operacional	-	1	
	Assistente Operacional	-	31	
	Subtotal			173
Total			613	

Mapa Resumo dos postos de trabalho por cargo/carreira/categoria		
Cargo/carreira/categoria	Nº postos de trabalho	Observações (a)
Presidente Conselho Directivo	1	
Vogal Conselho Directivo	1	
Director de Departamento	2	
Director Técnico	3	
Administração Hospitalar	2	
Médica	50	6
Investigação	1	
Técnico Superior	56	
Técnico Superior de Saúde	26	3
Enfermagem	100	
Técnico Diagnóstico e Terapêutica	143	
Especialista de Informática	7	
Técnico de Informática	8	
Coordenador Técnico	8	
Assistente Técnico	107	
Encarregado Operacional	3	
Assistente Operacional	95	
Total	613	

5.3 Quadro de Avaliação e Responsabilização

														Tipo de Indicador (A)	Meta Proposta/Resultado Ano Anterior (B)	Objetivo Interinstitucional (C)	Identificação do Indicador (D)	
OBJETIVOS OPERACIONAIS																		
EFICÁCIA																		
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)														25,0				
INDICADORES																		
1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação	A2	B3	NA	N
OOp2: Assegurar a dívida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4) (R)														25,0				
INDICADORES																		
2.1	% de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos	25468	25143	13,4%	13,0%	13,0%	13,0%	1,2%	14,2%	50%					A2	B3	NA	P
2.2	% de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	46424	38769	20,5%	19,6%	18,6%	18,9%	1,9%	20,8%	50%					A2	B1	NA	P
OOp3: Desenvolver o banco multitecidular (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)														25,0				
INDICADORES																		
3.1	Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculó-esquelético processadas (%)	100%	100%	100%	93%	99%	96%	3%	100%	20%					A2	B2	NA	P
3.2	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	88%	75%	100%	100%	100%	99%	0,5%	100%	30%					A2	B2	NA	P
3.3	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	3,5	3,4	2,6	0,8	1,2	0,5	0,05	0,6	30%					A2	B2	NA	P
3.4	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	NA	NA	NA	NA	NA	11	1	9	20%					A3	B5	NA	N
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5; OE 7) (R)														25,0				
INDICADORES																		
4.1	N.º de novos doadores CEDACE tipados	27694	23998	11669	4559	7746	9000	900	9901	65%					A2	B1	NA	P
4.2	N.º de doadores CEDACE ativados	117	1986	1955	1748	1424	1400	300	1701	35%					A2	B2	NA	P
EFICIÊNCIA																		
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)														6%				
INDICADORES																		
5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	25,2	20,33	26,5	64	68	60	10	49	100%					A2	B1	NA	N

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)															3%	
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação			
6.1	Taxa de órgãos não utilizados	19%	21%	16%	17%	20%	17%	2%	14%	25%			A2	B1	NA	N
6.2	Nº de auditorias ao processo de doação	0	5	0	0	1	3	1	5	25%			A2	B1	NA	P
6.3	Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	1	0	0	0	1	2	1	4	25%			A2	B1	NA	P
6.4	% de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	8%	10%	13%	13%	13%	20%	5%	26%	25%			A2	B1	NA	P
6.4	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	0	0	0	0	0	11	1	9	20%			A3	B4	NA	N
OOp7: Conciliação da vida pessoal e familiar															4%	
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação			
7.1	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	NA	NA	NA	NA	NA	70%	10%	81%	100%			A2	B4	4.3	P
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5; OE 11)															2%	
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação			
8.1	% de unidades de SCU aptas para utilização	37,4%	60,3%	88,8%	84,2%	77,4	80%	18%	100%	50%			A2	B1	NA	P
8.2	N.º de unidades de SCU criopreservadas	206	136	96	94	29	60	20	81	50%			A2	B1	NA	P
OOp9: % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 1; OE 3; OE 4)															3%	
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação			
9.1	% de sessões de colheita durante a semana	1,66	64,5%	63%	67%	73,8%	70%	5%	75%	100%			A2	B2	NA	P
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 10; OE 11)															3,0%	
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação			
14.1	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	0	0	0	0	6	1	0	2	100%			A2	B2	4.1	P

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OOp16: Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplantação (OE 9; OE 10; OE 11)															2,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
16.1	Nº de meses para centralização dos processos analíticos	NA	NA	NA	NA	9	3	5	100%				A3	B5	NA	N		
OOp17: Gestão do painel de dados no sentido da diversificação genética (OE 1; OE 2; OE 5; OE 11)															2,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
17.1	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	ND	ND	ND	25	26	5	32	100%				A2	B1	NA	P		
OOp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (R)															75,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
18.1	Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2016	NA	NA	NA	NA	90	59	30	25%				A3	B4	4.3	N		
18.2	Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho	NA	NA	NA	NA	90%	9%	100%	75%				A3	B4	4.3	P		
QUALIDADE													20%					
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 1, OE 2, OE 3, OE 4, OE 8, OE 10) (R)															45%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
10.1	Nº de ações de formação não presencial	0	0	0	2	2	3	19	50%				A3	B3	NA	P		
10.2	N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na Promoção da Dívida de Sangue	1	2	3	6	49	7	56	50%				A2	B2	NA	P		
OOp11: Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 1; OE 8; OE 10) (R)															25,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
11.1	Percentagem de testes metrológicos efetuados	NA	99,4%	100%	100,0%	88%	7%	98%	70%				A2	B1	NA	P		
11.2	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	27	25	27	24	18	3	25	30%				A3	B1	NA	P		

OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6) (R)														10,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação				
12.1	% de aumento da referencição de dadores	NA	10%	6,2%	4,4%	69,4%	5%	1%	7%	100%				A2	B2	NA	P
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIE (OE 11)														10,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação				
13.1	% de registos completos no SIE	0	0	0	0	90%	94%	5%	100%	100%				A2	B1	4.2	P
OOp15: Implementação de uma logística de transporte adequada de Produtos Sanguíneos (OE 1; OE 10; OE 11)														10,0%			
INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação				
15.1	% de Serviços de Sangue abrangidos pela política de transportes	NA	NA	NA	NA	23%	50%	5%	56%	100%				A1	B1	NA	P
NOTA EXPLICATIVA																	
<p>OE = Objetivo Estratégico; OOp = Objetivo Operacional; R = Relevante; E = Estimativa; NA = Não Aplicável; ND = Não Disponível; F = Apuramento Final.</p> <p>OOp2: Entre os anos de 2012 e 2015 a métrica foi definida em termos de n.º absolutos. Todavia, face à evolução decrescente da dívida neste grupo etário e à necessidade de adequar a mesma aos consumos hospitalares o indicador foi definido como a % de unidades colhidas nos grupos etários definidos face ao n.º total de unidades colhidas. O mesmo se aplicará em 2019.</p> <p>OOp3: A meta estabelecida decorre da diminuição do número de solicitações das unidades de cuidados de saúde.</p> <p>OOp4: 4.1 A justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico está diretamente relacionado com a articulação possível relativamente à partilha do equipamento com o CHUC.</p> <p>4.2 Neste indicador o aumento da utilização de dadores haploidênticos assim como a utilização de tipagens de alta resolução contribuem para a descida das ativações e, por consequência, o valor crítico é menor que o valor histórico.</p> <p>OOp6: 6.1 a 6.4 Indicadores novos.</p> <p>OOp7: 7.1 - A tipologia de horários está pré-definida de acordo com as áreas de atividade. Neste caso o que está em causa são as alterações à regra de tipologia de horário definido, por razões de ordem familiar e/ou pessoal.</p> <p>OOp8: 8.2 A justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico está diretamente relacionado com a mudança da Transplantação para o edifício do Sangue.</p> <p>OOp 10: 10.2 - A descentralização desta atividade em meados de 2018 implicou a alteração da métrica passando a ser consideradas as reuniões do GPDV e dos CST.</p> <p>OOp 11: 11.2 A justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico está diretamente relacionada com os recursos disponíveis para a sua realização.</p> <p>OOp 12: Os dados do ano 2018 justificam-se pela implementação do RPT, sendo que 2019 representa o dar continuidade ao processo de informatização.</p> <p>OOp13: O registo completo implica o preenchimento de 38 campos na ficha do imóvel do SIE. O IPST, IP não é titular dos terrenos onde estão implantados os seus imóveis o que impossibilita o seu registo predial, inviabilizando o preenchimento de 9 dos 38 campos necessários para completar cada registo no SIE. Pelo exposto, o registo completo significará o preenchimento de apenas 29 campos para cada imóvel de que o IPST é proprietário. Nos restantes apenas será completada a informação relativa ao arrendamento.</p> <p>OOp 14: A meta estabelecida é relativa ao processo/atividade onde se encontra a ocorrer a desmaterialização. No entanto, este procedimento vai repercutir-se em cada sessão de colheita do IPST (ano 2018 - 5242)</p>																	

5.4 Quadro Objetivos estratégicos/operacionais

	OBJETIVOS	OE 1	OE 2	OE 3	OE 4	OE 5	OE 6	OE 7	OE 8	OE 9	OE 10	OE 11
OOp 1	Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)	X			X							
OOp 2	Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	X	X		X							
OOp 3	Desenvolver o banco multitecidualar					X	X	X				X
OOp 4	Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					X		X				
OOp 5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP											X
OOp 6	Promover a eficiência do processo de transplantação					X	X	X		X	X	
OOp 7	Conciliação da vida pessoal e familiar											
OOp 8	Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					X						X
OOp 9	%de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	X		X	X							
OOp 10	Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP	X	X	X	X				X		X	
OOp 11	Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos	X							X		X	
OOp 12	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação						X					
OOp 13	Promover os registos dos imóveis no SIIE											X
OOp 14	Promover a desmaterialização dos processos									X	X	X
OOp 15	Implementação de uma logística de transporte adequada de PS	X									X	X
OOp 16	Centralizar a atividade analítica da AS e AT									X	X	X
OOp 17	Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética	X	X			X						X
OOp 18	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o nº.2 do atg 12 da LOE											

Fonte: IPST, IP

5.5 Quadro Objetivos estratégicos/operacionais/ atribuições do organismo planos superiores institucionais /indicadores

Objetivo Estratégico 1:
"Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp1: "Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)"	b), c), e) e l)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 1.1: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	Numerador: Média Mensal Denominador: Necessidade Diária Fonte: MRS	11
					13%
OOp 2: "Assegurar a dívida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos"	b), d), e l)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 2.1: % de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (%) Indicador 2.2: % de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS	18,9%

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp 9: "Percentagem de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral"</p>	<p>a), b), e), f) e l)</p>	<p>PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde</p>	<p>Indicador 9.1: Percentagem de sessões de colheita durante a semana</p>	<p>Numerador: nº de sessões de colheita durante a semana Denominador: nº total de sessões de colheita Fonte: ASIS</p>	<p>70%</p>
<p>OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"</p>	<p>a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)</p>	<p>PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 10.2: N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na promoção da dávida de sangue</p>	<p>Nº de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais Fonte: Pasta MIG</p>	<p>45</p>
<p>OOp 11: "Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos"</p>	<p>c), e), f), i), j), l), m) e n)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 11.1: Percentagem de testes metrológicos efetuados</p>	<p>Numerador: nº de testes metrológicos efetuados Denominador: nº total de testes metrológicos necessários Fonte: Pasta MIG</p>	<p>90%</p>
<p>OOp15: "Implementação de uma logística de transporte adequada de PS"</p>	<p>a), b), g), i) e j)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 15.1: Percentagem de Serviços de Sangue abrangidos pela política de transportes</p>	<p>Numerador: nº de Serviços de Sangue abrangidos Denominador: nº de Serviços de Sangue do país autorizados pela Autoridade Competente Fonte: Pasta MIG</p>	<p>50%</p>

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

OOp17: "Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética"	b), f), l), m) e n)	PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 17.1: Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas Fonte: ASIS	26
Objetivo Estratégico 2: "Criar uma maior especificidade na colheidade sangue"					
Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp 2: "Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos"	b), d), e l)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 2.1: % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%) Indicador 2.2: % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS	13% 18,9%
OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"	a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 10.2: N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na promoção da dádiva de sangue	Nº de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais Fonte: Pasta MIG	45
OOp17: "Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética"	b), f), l), m) e n)	PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 17.1: Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas Fonte: ASIS	26

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

**Objetivo Estratégico 3:
"Mudar o paradigma da colheita"**

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp 9: "Porcentagem de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral"	a), b), e), f) e l)	PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde	Indicador 9.1: Porcentagem de sessões de colheita durante a semana	Numerador: nº de sessões de colheita durante a semana Denominador: nº total de sessões de colheita Fonte: ASIS	70%
OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"	a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 10.2: N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na promoção da dávida de sangue	Nº de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais Fonte: Pasta MIG	45

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 4:
"Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp1: "Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)"	b), c), e) e l)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 1.1: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	Numerador: Média Mensal Denominador: Necessidade Diária Fonte: MRS	11
OOp2: "Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos"	b), d), e) e l)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 2.1: % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%) Indicador 2.2: % de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS Numerador: nº de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%) Denominador: nº de unidades de sangue colhidas Fonte: ASIS	13% 18,9%
OOp 9: "Percentagem de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral"	a), b), e), f) e l)	PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde	Indicador 9.1: Percentagem de sessões de colheita durante a semana	Numerador: nº de sessões de colheita durante a semana Denominador: nº total de sessões de colheita Fonte: ASIS	70%

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"</p>	<p>a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)</p>	<p>PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 10.2: N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na promoção da dávida de sangue</p>	<p>Nº de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais</p>	<p>45</p>
				<p>Fonte: Pasta MIG</p>	

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 5:
Aumentar o número de órgãos e tecidos disponíveis para transplantação

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp3: "Desenvolver o banco multitecidual"	b), e), f), h), j), l), m) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 3.1: Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculo-esquelético processadas (%)	Numerador: Nº de peças de TME processadas x 100 Denominador: Nº total de peças de TME Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	96%
			Indicador 3.2: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	Numerador: Membrana amniótica humana aproveitada x 100 Denominador: Membrana amniótica humana processada Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	99%
			Indicador 3.3: Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	Nº de metros quadrados de membrana amniótica Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	0,5
			Indicador 3.4: Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	Nº de meses para validação da metodologia de processamento Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	11

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp4: "Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea"</p>	<p>b), c), e), f), h), l), n), e o)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>indicador 4.1: Nº de novos dadores CEDACE tipados</p>	<p>Numerador: Nº de novos dadores CEDACE tipados Denominador: Fonte: Base de dados CEDACE</p>	<p>9000</p>
			<p>Indicador 4.2: Nº de dadores CEDACE ativados</p>	<p>Numerador: Nº de dadores CEDACE ativados Denominador: Fonte: Base de dados CEDACE</p>	<p>1400</p>
			<p>Indicador 6.1: Taxa de órgãos não utilizados</p>	<p>Numerador: Nº de órgãos não utilizados x 100 Denominador: Nº total de órgãos disponíveis para transplante Fonte: Base de dados de registo de órgãos</p>	<p>17%</p>
		<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 6.2: Nº de auditorias ao processo de doação</p>	<p>Nº de auditorias ao processo de doação Fonte: Base de dados de auditorias do processo de doação</p>	<p>3</p>
<p>OOp6: "Promover a eficiência do processo de transplantação"</p>	<p>a), b), c), e), f), h), j), l) e o)</p>		<p>Indicador 6.3: Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células</p>	<p>Nº de reuniões promovidas Fonte: Base de dados de registo das reuniões com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células</p>	<p>2</p>
			<p>Indicador 6.4: Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade</p>	<p>Numerador: % de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade Denominador: Nº total Instituições(52) com colheita, processamento e aplicação de órgãos, tecidos e células Fonte: Base de dados de registo de profissionais formados/Informados sobre o SNB e a sua operacionalidade</p>	<p>20%</p>

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp8: "Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical"</p>	<p>b), c), e), f), h), i) e l)</p>	<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 8.1: Porcentagem de unidades de SCU aptas para utilização</p>	<p>Numerador: N.º de unidades aptas para utilização x 100 Denominador: N.º unidades no tanque Fonte: Base de dados BPCCU</p>	<p>80%</p>
			<p>Indicador 8.2: N.º de unidades de SCU criopreservadas</p>	<p>Numerador: N.º de unidades de SCU criopreservadas Fonte: Base de dados BPCCU</p>	<p>60</p>
<p>OOp17: "Gestão do painel de dados no sentido da diversificação genética"</p>	<p>b), f), l), m) e n)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 17.1: N.º de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas</p>	<p>N.º de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas Fonte: ASIS</p>	<p>26</p>

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

**Objetivo Estratégico 6:
"Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação"**

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp3: "Desenvolver o banco multitecidual"	b), e), f), h), j), l), m) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 3.1: Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculoesquelético processadas (%)	Numerador: Nº de peças de TME processadas x 100 Denominador: Nº total de peças de TME Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	96%
			Indicador 3.2: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	Numerador: Membrana amniótica humana aproveitada x 100 Denominador: Membrana amniótica humana processada Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	99%
			Indicador 3.3: Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	Nº de metros quadrados de membrana amniótica Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	0,5
			Indicador 3.4: Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	Nº de meses para validação da metodologia de processamento Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	11

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

OOp6: "Promover a eficiência do processo de transplantação"	a), b), c), e), f), h), j), l) e o)	<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	Indicador 6.1: Taxa de órgãos não utilizados	<p>Numerador: Nº de órgãos não utilizados x 100 Denominador: Nº total de órgãos disponíveis para transplante Fonte: Base de dados de registo de órgãos</p>	17%
			Indicador 6.2: Nº de auditorias ao processo de doação	<p>Nº de auditorias ao processo de doação Fonte: Base de dados de auditorias do processo de doação</p>	3
			Indicador 6.3: Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	<p>Nº de reuniões promovidas Fonte: Base de dados de registo das reuniões com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células</p>	2
			Indicador 6.4: Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	<p>Numerador: % de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade Denominador: Nº total Instituições(52) com colheita, processamento e aplicação de órgãos, tecidos e células Fonte: Base de dados de registo de profissionais formados/Informados sobre o SNB e a sua operacionalidade</p>	20%
OOp12: "Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação"	a), b), c), e), f), h), l), m) e o)	<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	Indicador 12.1: % de aumento da referênciação de dadores	<p>Numerador: Nº de novas referenciações x 100 Denominador: Nº total de referenciações (período homólogo) Fonte: Pasta MIG</p>	5%

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 7:
"Implementar o Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp3: "Desenvolver o banco multitecidual"	b), e), f), h), j), l), m) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 3.1: Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculoesquelético processadas (%)	Numerador: Nº de peças de TME processadas x 100 Denominador: Nº total de peças de TME Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	96%
			Indicador 3.2: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	Numerador: Membrana amniótica humana aproveitada x 100 Denominador: Membrana amniótica humana processada Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	99%
			Indicador 3.3: Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	Nº de metros quadrados de membrana amniótica Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	0,5
			Indicador 3.4: Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	Nº de meses para validação da metodologia de processamento Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecidual	11

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp4: "Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea"</p>	<p>b), c), e), f), h), l), n), e o)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>indicador 4.1: Nº de novos dadores CEDACE tipados</p>	<p>Numerador: Nº de novos dadores CEDACE tipados Denominador: Fonte: Base de dados CEDACE</p>	9000
			<p>Indicador 4.2: Nº de dadores CEDACE ativados</p>	<p>Numerador: Nº de dadores CEDACE ativados Denominador: Fonte: Base de dados CEDACE</p>	1400
<p>OOp6: "Promover a eficiência do processo de transplantação"</p>	<p>a), b), c), e), f), h), j), l) e o)</p>	<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 6.1: Taxa de órgãos não utilizados</p>	<p>Numerador: Nº de órgãos não utilizados x 100 Denominador: Nº total de órgãos disponíveis para transplante Fonte: Base de dados de registo de órgãos</p>	17%
			<p>Indicador 6.2: Nº de auditorias ao processo de doação</p>	<p>Nº de auditorias ao processo de doação Fonte: Base de dados de auditorias do processo de doação</p>	3
			<p>Indicador 6.3: Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células</p>	<p>Nº de reuniões promovidas Fonte: Base de dados de registo das reuniões com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células</p>	2
			<p>Indicador 6.4: Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade</p>	<p>Numerador: % de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade Denominador: Nº total Instituições(52) com colheita, processamento e aplicação de órgãos, tecidos e células Fonte: Base de dados de registo de profissionais formados/Informados sobre o SNB e a sua operacionalidade</p>	20%

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 8:

"Promover o desenvolvimento da qualificação e competência dos profissionais do IPST, com vista à ampliação da competência técnica e capacidade de resposta dos seus trabalhadores"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"	a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)	PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 10.1: N.º de ações de formação não presencial	N.º de ações de formação não presencial Fonte: Pasta MIG	15

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 9:
"Modernização e integração dos sistemas de informação do IPST, IP"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp14: "Promover a desmaterialização dos processos"	b), c), f), i), j), n) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicadore 14.1: Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais Recursos Humanos	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais - Recursos Humanos Fonte: Pasta MIG	1
OOp16: "Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplatação"	a), b), i) e j)	PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 16.1: Nº de meses para centralização dos processos analíticos	Numerador: Nº de meses para centralização dos processos analíticos Fonte: Pasta MIG	9

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 10:
"Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp6: "Promover a eficiência do processo de transplantação"	a), b), c), e), f), h), j), l) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 6.1: Taxa de órgãos não utilizados	Numerador: Nº de órgãos não utilizados x 100 Denominador: Nº total de órgãos disponíveis para transplante Fonte: Base de dados de registo de órgãos	17%
			Indicador 6.2: Nº de auditorias ao processo de doação	Nº de auditorias ao processo de doação Fonte: Base de dados de auditorias do processo de doação	3
			Indicador 6.3: Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	Nº de reuniões promovidas Fonte: Base de dados de registo das reuniões com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	2
			Indicador 6.4: Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	Numerador: % de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade Denominador: Nº total Instituições(52) com colheita, processamento e aplicação de órgãos, tecidos e células Fonte: Base de dados de registo de profissionais formados/Informados sobre o SNB e a sua operacionalidade	20%

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp 10: "Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP"</p> <p>a), b), e), f), h), i), j), l), n) e o)</p>	<p>PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 10.1: N.º de ações de formação não presencial</p> <p>Indicador 10.2: Indicador 10.2: N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na promoção da dávida de sangue</p>	<p>Nº de ações de formação não presencial Fonte: Pasta MIG</p> <p>Numerador: N.º de reuniões do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais Fonte: Pasta MIG</p>	<p>15</p> <p>45</p>
<p>OOp 11: "Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos"</p> <p>c), e), f), i), j), l), m) e n)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicador 11.1: Percentagem de testes metrológicos efetuados</p> <p>Indicador 11.2: N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional</p>	<p>Numerador: n.º de testes metrológicos efetuados Denominador: n.º total de testes metrológicos necessários Fonte: Pasta MIG</p> <p>Numerador: N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional Fonte: Pasta MIG</p>	<p>90%</p> <p>21</p>
<p>OOp14: "Promover a desmaterialização dos processos"</p> <p>b), c), f), i), j), n) e o)</p>	<p>PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS</p>	<p>Indicadore 14.1: N.º de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais Recursos Humanos</p>	<p>Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais - Recursos Humanos Fonte: Pasta MIG</p>	<p>1</p>

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp15: "Implementação de uma logística de transporte adequada de PS"</p>	<p>a), b), g), i) e j)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 15.1: Percentagem de Serviços de Sangue com uma logística de transporte adequada de produtos sanguíneos</p>	<p>Numerador: nº de Serviços de Sangue abrangidos Denominador: nº de Serviços de Sangue do país autorizados pela Autoridade Competente Fonte: Pasta MIG</p>	<p>50%</p>
<p>OOp16: "Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplatação"</p>	<p>a), b), i) e j)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 16.1: Nº de meses para centralização dos processos analíticos</p>	<p>Numerador: Nº de meses para centralização dos processos analíticos Fonte: Pasta MIG</p>	<p>9</p>

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

Objetivo Estratégico 11:
"Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST"

Objetivos Operacionais	Articulação com Atribuições do Organismo	Enquadramento com Planos Superiores Institucionais	Instrumento Estratégico QUAR	Descrição do Indicador	Meta 2019
OOp3: "Desenvolver o banco multitecdular"	b), e), f), h), j), l), m) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 3.1: Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculo-esquelético processadas (%)	Numerador: Nº de peças de TME processadas x 100 Denominador: Nº total de peças de TME Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecdular	96%
			Indicador 3.2: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	Numerador: Membrana amniótica humana aproveitada x 100 Denominador: Membrana amniótica humana processada Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecdular	99%
			Indicador 3.3: Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	Nº de metros quadrados de membrana amniótica Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecdular	0,5
			Indicador 3.4: Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	Nº de meses para validação da metodologia de processamento Fonte: Base de dados de gestão do banco multitecdular	11

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

OOp5: "Melhorar o desempenho financeiro do IPST"	a), b), c), e), f), h), i), j), l), m), n) e o)	PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde	Indicador 5.1: "Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)"	Nº médio de dias de pagamento aos fornecedores Fonte: Plataforma ACSS	60
OOp8: "Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical"	b), c), e), f), h), i) e l)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 8.1: Percentagem de unidades de SCU aptas para utilização Indicador 8.2: N.º de unidades de SCU criopreservadas	Numerador: N.º de unidades aptas para utilização x 100 Denominador: N.º unidades no tanque Fonte: Base de dados BPCCU Numerador: N.º de unidades de SCU criopreservadas Fonte: Base de dados BPCCU	80% 60
OOp13: "Promover os registos dos imóveis no SIIE"	a), b), i) e n)	Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 13.1: Percentagem de registos completos no SIIE	Numerador: N.º de registos completos no SIIE Denominador: N.º total de imóveis Fonte: Pasta MIG	94%
OOp14: "Promover a desmaterialização dos processos"	b), c), f), i), j), n) e o)	PNS 2020 1.1: Cidadania em Saúde PNS 2020 1.2: Equidade e Acesso adequado aos cuidados de saúde PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.8: Orientação para a Implementação – Capacitação dos Cidadãos PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.2: Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde Programa XXI Governo Institucional 3.3: Reforçar o poder do cidadão no SNS, promovendo disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade, e humanização dos serviços Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS	Indicador 14.1: N.º de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais Recursos Humanos	N.º de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais - Recursos Humanos Fonte: Pasta MIG	1

QUADRO OBJETIVOS ESTRATÉGICOS/OPERACIONAIS/ATRIBUIÇÕES DO ORGANISMO PLANOS SUPERIORES INSTITUCIONAIS/INDICADORES

<p>OOp15: "Implementação de uma logística de transporte adequada de PS"</p>	<p>a), b), g), i) e j)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 15.1: Percentagem de Serviços de Sangue abrangidos pela política de transportes</p>	<p>Numerador: nº de Serviços de Sangue abrangidos Denominador: nº de Serviços de Sangue do país autorizados pela Autoridade Competente Fonte: Pasta MIG</p>	<p>50%</p>
<p>OOp16: "Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplatação"</p>	<p>a), b), i) e j)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.10: Orientação para a Implementação – Divulgação e implementação de boas práticas Programa XXI Governo Institucional 3.7: Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 16.1: Nº de meses para centralização dos processos analíticos</p>	<p>Numerador: Nº de meses para centralização dos processos analíticos Fonte: Pasta MIG</p>	<p>9</p>
<p>OOp17: "Gestão do painel de dados no sentido da diversificação genética"</p>	<p>b), f), l), m) e n)</p>	<p>PNS 2020 1.3: Qualidade na Saúde PNS 2020 1.11: Orientação para a Implementação – Fortalecimento da Saúde Global Programa XXI Governo Institucional 3.8: Melhorar a governação do SNS Programa XXI Governo Institucional 3.9: Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde</p>	<p>Indicador 17.1: Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas</p>	<p>Nº de sessões de colheita realizadas em áreas multiétnicas Fonte: ASIS</p>	<p>26</p>

5.6 Quadro Objetivos Interinstitucionais

4	Objetivos interinstitucionais	IPST
4.1	Simplex - Implementação de medidas que simplifiquem os procedimentos relativos ao acesso e utilização do SNS e que tornem transparente, informada e acolhedora a circulação do utente nos diversos níveis do sistema	OOp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 10; OE 11)
4.2	Melhoria da qualidade dos registos no Sistema de Informação dos Imóveis do Estado	OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIIE
4.3	Melhoria da Eficiência da Gestão	OOp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (OE 8) OOp7: Conciliação da vida pessoal e familiar