

Handwritten signature and date: 1.6.2018

Relatório de Atividades

2018

Ministra da Saúde
Marta Temido

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Relatório de Atividades

2018

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Índice

I.	Nota introdutória	11
I.1	Caraterização Geral do IPST, IP	14
I.2	Estrutura orgânica do IPST, IP.....	15
II.	Autoavaliação.....	17
II.1	Objetivos Definidos/Homologados Para 2018.....	17
II.2	Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR 2018 23	
II.3	Atividades desenvolvidas, previstas e não previstas no Plano, com indicação dos resultados alcançados	25
II.4	Análise das causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes.....	27
II.5	Audição de Dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação dos Serviços 34	
II.6	Apreciação, por parte dos Utilizadores, da quantidade e qualidade dos serviços prestados 38	
II.7	Avaliação do Sistema de Controlo Interno	53
II.8	Desenvolvimento de Medidas de reforço positivo de desempenho	63
II.9	Comparação com o desempenho de serviços idênticos no Plano Internacional.....	68
II.10	Análise da afetação real e prevista dos recursos Humanos e Financeiros.....	71
III.	Unidades Homogéneas.....	75
IV.	Balanço Social	77
IV.1	Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.	78
IV.2	Remunerações	79
V.	Publicidade Institucional	81
VI.	Informação Histórica	83
VII.	Avaliação final (2018)	85

Índice de Figuras

Figura 1- Organograma do IPST, IP	16
-----------------------------------------	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estrutura orgânica do IPST, IP	15
Tabela 2 - Análise por Indicador 2018	19
Tabela 3 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2018.....	20
Tabela 4 - Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos	22
Tabela 5 – Grau de execução do Plano de Atividades	25
Tabela 6 - Satisfação dos Colaboradores	35
Tabela 7 - Grupos Etários dos Colaboradores que Responderam ao Questionário	36
Tabela 8 - Categoria Profissional dos Colaboradores que Responderam ao Questionário	37
Tabela 9 - Avaliação da Satisfação dos colaboradores	37
Tabela 10 - Satisfação Global dos Colaboradores.....	37
Tabela 11 - Nº de dadores inquiridos, por sexo, média de idades e tempo como dador	38
Tabela 12 – Escolaridade dos inquiridos	39
Tabela 13 - Nível de satisfação global dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição).....	40
Tabela 14 - Satisfação global média dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral)	40
Tabela 15 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita.....	41
Tabela 16 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea por CST	41
Tabela 17 - Probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP.....	41
Tabela 18 - Taxa de Não Respostas aos Questionários Enviados.....	42
Tabela 19 - Nível de Satisfação Global dos Promotores	43
Tabela 20- Análise Retrospectiva dos Promotores - Satisfação	43

Tabela 21 - Avaliação do Planeamento do IPST, IP pelos Promotores	43
Tabela 22 - Avaliação do Desempenho do IPST, IP pelos Promotores.....	44
Tabela 23 - Avaliação da Pontualidade do IPST, IP pelos Promotores	44
Tabela 24 - Análise Retrospectiva da Avaliação dos Promotores - Pontualidade.....	45
Tabela 25 - Satisfação Clientes Externos (Não Dadores)	45
Tabela 26 - Análise Retrospectiva - Satisfação Clientes Externos (Não Dadores)	45
Tabela 27 - Avaliação da Satisfação dos Clientes – Área do Sangue.....	46
Tabela 28- Avaliação da Satisfação dos Clientes – Área da Transplantação	47
Tabela 29 - Taxa de Resposta	48
Tabela 30 - Parâmetros Avaliados pelos Clientes Internacionais	48
Tabela 31- Retorno de informação de partes interessadas relevantes	50
Tabela 32 - Avaliação de fornecedores (2018).....	52
Tabela 33 – Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP – 2018.....	56
Tabela 34 - Registo das ocorrências nas auditorias para verificação na abordagem ISO 9001:2015.	59
Tabela 35 - Estado das Não conformidades e Oportunidades de Melhoria registadas até 31 de dezembro de 2018.....	59
Tabela 36- Distribuição por grupo de causas.....	60
Tabela 37- Comparações Nacionais ou Internacionais	70
Tabela 38- Prémios e ou menções de entidades	70
Tabela 39 - Análise Produtividade (2018)	71
Tabela 40 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST, IP 2018	72
Tabela 41 - Análise de Custo – Eficácia (2018).....	73
Tabela 42- Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2018	74
Tabela 43- Unidades Homogéneas.....	75
Tabela 44 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2017/2018	77
Tabela 45 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género	79
Tabela 46 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género	80
Tabela 47 - Campanhas Publicitárias.....	81
Tabela 48 - Informação Histórica	83

Tabela 49- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2018 86

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Desvio positivo por OOp: Contribuição para cada parâmetro	17
Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro	18
Gráfico 3 - Classificação das reclamações I.....	49
Gráfico 4 - Classificação das reclamações II.....	49
Gráfico 5 - Gráfico radar IPST, IP 2018	69
Gráfico 6 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2018.....	74
Gráfico 7 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2017/2018 .	78
Gráfico 8- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género	79
Gráfico 9- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2018)	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF - AFÉRESE

ASIS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO E BASE DE DADOS DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SANGUE, SERVIÇOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL E CENTROS DE SANGUE

BPCCU - BANCO PÚBLICO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

BT - BANCO DE TECIDOS

CD - CONSELHO DIRETIVO

CEDACE - REGISTO NACIONAL DE DADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA.

CNSMT- COORDENAÇÃO NACIONAL DO SANGUE E DA MEDICINA TRANSFUSIONAL

CNT - COORDENAÇÃO NACIONAL DA TRANSPLANTAÇÃO

CSTC - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE COIMBRA

CSTL - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE LISBOA

CSTP - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DO PORTO

DGRHF - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

DPGPF- DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E GESTÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

GCPDV- GABINETE DE COMUNICAÇÃO, PROMOÇÃO DA DÁDIVA E VOLUNTARIADO

GCCI - GABINETE DE COORDENAÇÃO E CONTROLO INTERNO

GGQ -GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE

GJ - GABINETE JURÍDICO

GTIC - GABINETE DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÕES

IGAS - INSPEÇÃO GERAL DA ATIVIDADES EM SAÚDE

IPST, IP - INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO

PROD. - PRODUÇÃO

RAD's - REAÇÕES ADVERSAS À DÁDIVA

RPT - REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO

ST - SANGUE TOTAL

SCU - CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

TRANSPL. - TRANSPLANTAÇÃO

I. Nota introdutória

O Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP), no ano de 2018, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2018 aprovados pela tutela e divulgados em sede própria. Serve o presente Relatório para a demonstração qualitativa e quantitativa dos resultados anuais alcançados e concretizar a avaliação global do cumprimento dos objetivos do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) do IPST, IP dando-se, assim, cumprimento ao previsto no Artigo 15º da Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro, em regime de articulação com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública - SIADAP.

Considerando que o atual Relatório de Atividades tem como objetivo averiguar a concretização do QUAR 2018, avaliando a estratégia assumida através dos seus objetivos estratégicos e assim verificar o grau de realização dos objetivos operacionais propostos, importa salientar que a execução do QUAR de 2018, à semelhança de anos anteriores, implicou uma análise detalhada do modelo de gestão estratégica adotado mediante um conjunto específico de procedimentos de acompanhamento e revisão, visando assegurar o cumprimento dos objetivos operacionais definidos para cada ciclo de gestão anual. Neste contexto, o atual modelo de gestão estratégica inclui necessariamente as dimensões de negociação dos objetivos operacionais por processo e por resultado nacional e a realização de reuniões de acompanhamento da monitorização com os diretores, gestores de processo e/ou responsáveis de área das unidades orgânicas.

Paralelamente, a avaliação dos indicadores que permitem a medição dos objetivos encontra-se elencada no Plano de Atividades de 2018 que descreve o sistema de monitorização previsto o qual incide sobre os seguintes eixos: identificação e análise dos desvios detetados, ponderação da necessidade de efetuar ajustamento de metas, reformulação de objetivos e/ou indicadores associados, identificação das razões exógenas ou endógenas para tal ajustamento, face à versão do QUAR inicialmente aprovado.

Num contexto de análise ao desempenho do sistema de gestão da qualidade (SGQ), são analisadas um conjunto de entradas, incluindo a avaliação da satisfação dos clientes. Deste modo, importa referir que o desempenho organizacional do IPST, IP e a eficácia do seu SGQ centraram-se no esforço desenvolvido para manter um nível de desempenho elevado visando uma tendência crescente de melhoria, não se verificando repercussão negativa nas atividades core do IPST, IP.

O ano de 2018 pautou-se pelo alinhamento com as medidas e orientações emanadas pela Tutela, nomeadamente no que concerne à utilização eficiente dos recursos, à redução de desperdícios e

ineficiências mas também à promoção da utilização eficiente de tecnologias de informação. Cumpre por isso realçar que, nesta área, e visando uma estratégia de modernização, foram implementadas diversas medidas de desmaterialização, como por exemplo o registo nacional de dadores e dádivas de sangue ou a criação de uma App móvel do Registo Português da Transplantação, com impacto positivo na vida dos nossos cidadãos, concretamente dos dadores e recetores de sangue, órgãos, tecidos e células mas também dos profissionais envolvidos neste setor, permitindo uma maior simplificação e desmaterialização dos respetivos processos a par de uma melhoria na interação dos cidadãos com o serviço público prestado pelo IPST, IP.

Concentrando esforços numa óptica de gestão racional de recursos e de contribuição para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), destacam-se, pelas diversas atividades desenvolvidas para evitar o desperdício e maximizar a utilização do sangue em Portugal, as iniciativas no âmbito do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento do Plasma Humano, das quais merecem relevo: a conclusão do procedimento concursal desenvolvido para fornecimento de medicamentos derivados do fracionamento de plasma exclusivamente português; o estudo dos preços traduzindo os custos reais da obtenção destes medicamentos; a celebração de um Protocolo entre o IPST, IP e os Hospitais convidados a integrar este programa de aproveitamento do plasma nacional, tendo por objecto a fixação dos contributos em plasma de cada serviço de sangue hospitalar segundo critérios técnicos de produção e aspectos de logística relevantes, estabelecidos como obrigações parte a parte.

Em 2018 manteve-se a aposta em aumentar e otimizar a doação de órgãos, tecidos e células e a sua transplantação, mantendo lugares cimeiros a nível Europeu e Mundial e igualmente promover a gestão sustentável da rede de doação e transplantação. A instituição de práticas de registo e a utilização de ferramentas como o RPT foi uma forma de alcançar elevados padrões de qualidade e assim constituir um modelo de excelência no setor. Consolidando uma cultura de doação a nível hospitalar, promovendo a formação dos profissionais envolvidos na doação, encarando e desenvolvendo outras oportunidades de doação, agilizando procedimentos de registo e facilitando a intervenção aos profissionais, foram definidas as Normas Hospitalares de Doação, enquanto instrumento operativo eficiente na identificação de mais possíveis e potenciais dadores. Para além do Programa Nacional de Doação Renal Cruzada que tem dado passos consistentes e do Programa Internacional South Alliance for Transplants com vista a incrementar as possibilidades de transplantação renal com a sua extensão aos países participantes, assumem especial relevância os resultados do Programa de Doação em Paragem Cardio-circulatória iniciado no Centro Hospitalar de São João entretanto alargado aos Centros Hospitalares Lisboa Norte e Lisboa Central.

Em suma, os resultados alcançados decorrem de um conjunto múltiplo de factores, designadamente a adopção de uma estratégia de maior racionalidade na gestão, de aumento da produtividade e eficiência globais e de orientação para os resultados que tem vindo a ser implementada. O elevado empenho do Conselho Diretivo e dos demais colaboradores na procura de melhores níveis de

desempenho e melhores níveis de satisfação das partes interessadas, tem contribuído para desenvolver uma política de melhoria contínua da qualidade e uma crescente consciencialização de serviço público.

I.1 Caracterização Geral do IPST, IP

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

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 nas 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 de 16 de Fevereiro e da Portaria n.º 165/2012 de 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, 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, 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 e as atividades 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 a IGAS.

I.2 Estrutura orgânica do IPST, IP

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 Centro de Sangue e da Transplantação).

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

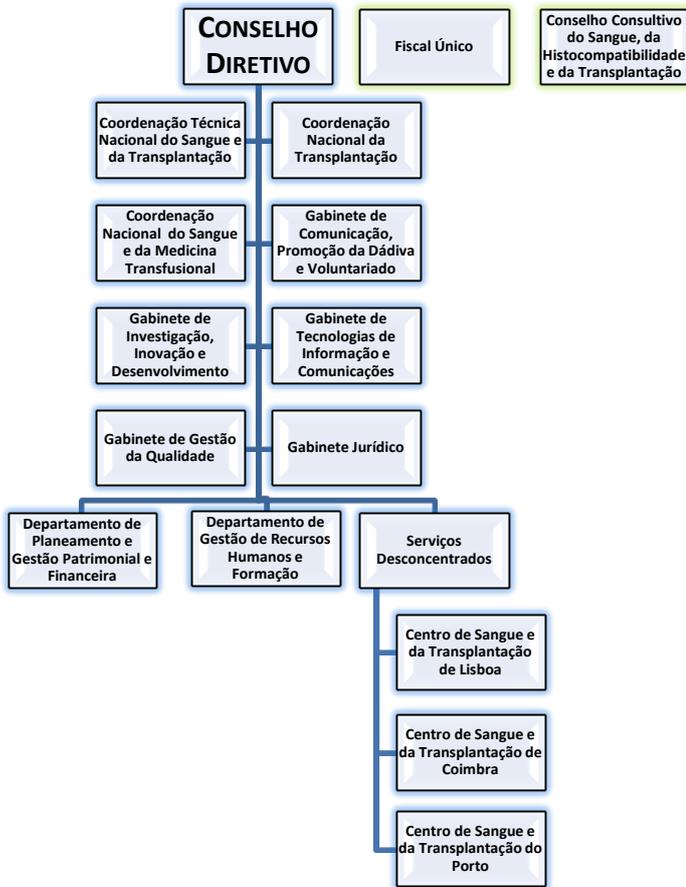
A estrutura orgânica do IPST, IP é representada pelo organograma da Figura 1 onde se verifica uma estrutura centralizada nas áreas transversais, mas tendencialmente descentralizada do ponto de vista funcional³:

Tabela 1 - Estrutura orgânica do IPST, IP

Serviços Centrais	Coordenações Nacionais	Gabinetes	Serviços territorialmente desconcentrados
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação;	Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação;	Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado	Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa;
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira.	Coordenação Nacional da Transplantação;	Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento	Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra;
	Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional.	Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações;	Centro do Sangue e da Transplantação do Porto.
		Gabinete de Gestão da Qualidade;	
		Gabinete Jurídico.	

³ Um maior desenvolvimento da estrutura orgânica e funcional do IPST, IP poderá ser consultado no Plano Estratégico 2014- 2016.

Figura 1- Organograma do IPST, IP



II. Autoavaliação

II.1 Objetivos Definidos/Homologados Para 2018

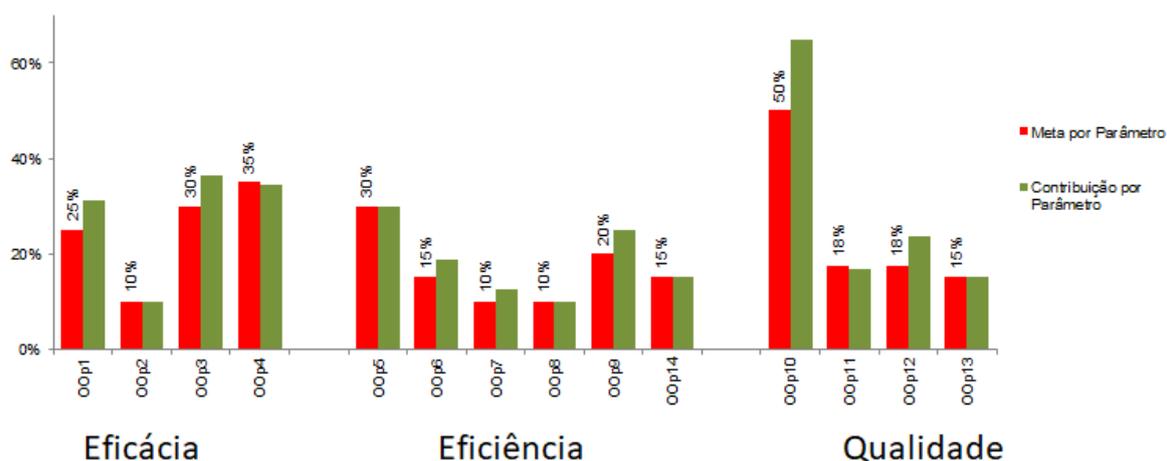
O IPST, IP remeteu por Ofício, OF. n.º 304/CD/18/JAS/pt de 25 de setembro de 2018, uma proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2018 devidamente fundamentada.

A aprovação das alterações foi homologada em 21 de novembro de 2018 pela Senhora Ministra da Saúde.

II.1.1 Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR

Verifica-se a superação dos objetivos e dos parâmetros de avaliação conforme exposto no gráfico 1 e 2:

Gráfico 1 - Desvio positivo por OOp: Contribuição para cada parâmetro



Fonte: IPST, IP

Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro



Fonte: IPST, IP

Tabela 2 - Análise por Indicador 2018

Objetivo Operacional	Indicadores	Peso dos indicadores nos objetivos operacionais	Grau de realização das metas	Contribuição para os objetivos operacionais	Grau de realização dos objetivos operacionais
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	100%	125%	125%	125%
OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	50%	100%	50%	100%
	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	100%	50%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	135%	27,0%	121,0%
	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	40%	135%	54,0%	
	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva= n.º médio de m2 existentes)	40%	100%	40,0%	
OOp4: 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	65%	100%	65,00%	98%
	N.º de dadores CEDACE ativados	35%	96%	33,46%	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	100%	100%	100%	100%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação	% de implementação do projeto piloto do RPT	100%	125%	125%	125%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	50%	125%	63%	125%
	% de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	50%	125%	63%	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical	% de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	50%	100%	50%	100%
	N.º de unidades de SCU criopreservadas	50%	100%	50%	
OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral	% de sessões de colheita durante a semana relativas às do fim-de-semana	100%	124%	124%	124%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST	Realizar formação na modalidade de e-learning	50%	125%	63%	130%
	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	50%	135%	68%	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos	Percentagem de testes metrológicos efetuados	70%	100%	70%	96%
	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	86%	26%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação	% de aumento da referênciação de dadores	100%	135%	135%	135%
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIE	Aumentar a % de registos completos no SIE	100%	100%	100%	100%
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais Colheita	100%	100%	100%	100%

Fonte: IPST, IP

II.1.2 Análise da consecução da estratégia

Podemos traduzir de forma sucinta, a articulação e alinhamento dos diversos objetivos operacionais com os objetivos estratégicos definidos, pela matriz de relacionamento como se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 3 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2018

	Objectivos Operacionais	Meta											Grau de contributo dos OOp	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
OOp 1	OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	25%			25%									50%
OOp 2	OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	10%	10%		10%									30%
OOp 3	OOp3: Desenvolver o banco multicentricular					30%	30%							60%
OOp 4	OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					35%								35%
OOp 5	OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST											30%		30%
OOp 6	OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação							15%		15%				30%
OOp 7	OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais								10%	10%	10%			30%
OOp 8	OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					10%								10%
OOp 9	OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral			20%										20%
OOp 10	OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST				50%						50%			100%
OOp 11	OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneo										17,5%			17,5%
OOp 12	OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação						17,5%							17,5%
OOp 13	OOp 13: Promover os registos dos imóveis no SILE											15%		15%
OOp 14	OOp14: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral									7,5%		7,5%		15%

Fonte: IPST, IP

Os Objetivos Estratégicos (OE) são objetivos plurianuais, cuja componente anual se traduz em Objetivos Operacionais (OOp), mensuráveis através de vários tipos de indicadores a fim de prosseguir as metas definidas em sede de Plano de Atividades.

Assegura-se deste modo, 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 ao nível dos OOp (sem prejuízo da prossecução de outros não evidenciados no QUAR, mas inerentes à atividade do IPST, IP, contemplados nas Unidades Orgânicas e sujeitos a avaliação).

A fixação das percentagens de contribuição a partir da ponderação global dos objetivos operacionais QUAR permite visualizar o contributo de cada objetivo operacional, cumprido em 2018 para cada um dos parâmetros, bem como o impacto no cumprimento dos objetivos estratégicos plurianuais, inscritos no Plano Estratégico 2017 – 2019.

De um modo geral, verifica-se que, a realização dos objetivos operacionais é superior à planeada e repercute-se num impacto positivo ao nível da concretização dos objetivos estratégicos. Deste modo verifica-se um ganho na concretização estratégica do IPST, IP conforme podemos observar na tabela abaixo.

II.2 Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR 2018

Objetivos Operacionais	Nº Indicador	Indicadores	Meta 2018	Resultado	% Desvio	Classificação	Justificação do Desvio
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)	1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	13,00	11,00	-15,38%	Superou	A superação deste objetivo está relacionada com a melhor utilização dos componentes sanguíneos devido à implementação do projeto de Patient Blood Management, e consequente adequação das colheitas do IPST à nova realidade.
OOp2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4)	2.1	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%)	0,13	0,13	0,00%	Atingiu	
OOp2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4)	2.2	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	0,19	0,19	0,00%	Atingiu	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE6) (R)	3.1	Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculoesquelético processadas (%)	0,80	0,99	19,14%	Superou	O estabelecimento da meta e da tolerância para os indicadores acima referidos levou em consideração a integração já planeada de novos profissionais neste sector de atividade. Habitualmente, o processo de integração de novos profissionais conduz ao aumento da taxa de inutilização relacionada com a falta de experiência e com a habituação às rotinas de trabalho. No entanto, a competência dos profissionais envolvidos neste processo determinou a não existência de desperdício o que se traduziu na superação da meta estabelecida.
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE6) (R)	3.2	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	0,80	1,00	20,00%	Superou	O estabelecimento da meta e da tolerância para os indicadores acima referidos levou em consideração a integração já planeada de novos profissionais neste sector de atividade. Habitualmente, o processo de integração de novos profissionais conduz ao aumento da taxa de inutilização relacionada com a falta de experiência e com a habituação às rotinas de trabalho. No entanto, a competência dos profissionais envolvidos neste processo determinou a não existência de desperdício o que se traduziu na superação da meta estabelecida.
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE6) (R)	3.3	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	1,50	1,21	-19,29%	Atingiu	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R)	4.1	N.º de novos dadores CEDACE tipados	9.000,00	7.746,00	-13,93%	Atingiu	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R)	4.2	N.º de dadores CEDACE ativados	1.680,00	1.424,00	-15,24%	Não atingiu	Este indicador foi definido inicialmente com uma Meta = 1900 novos dadores CEDACE ativados (Tolerância = 190), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 1680. A proposta de alteração da meta teve em conta: a) Que a utilização de dadores haploidenticos tem vindo a aumentar e é uma solução que contribui para a descida das ativações. b) O facto de existirem mais dadores com tipagem de alta resolução permite ativar apenas os dadores com identidades HLA bem caracterizadas e já reconhecidas idênticas às do doente; O que resulta numa redução dos pedidos de ativação de dadores remetidos pelas Unidades de Transplantação de Medula Óssea Nacionais e Internacionais ao CEDACE tendo-se atingido 749 ativações até ao final do primeiro semestre de 2018. No entanto este indicador não foi atingido em 2018, com 1424 dadores CEDACE ativados o que se traduz numa taxa de realização de 96%. Ao alterar a meta estabelecida tentou-se que não houvesse um desvio muito significativo face à inicialmente definida o que se veio a demonstrar como uma opção não adequada tendo em conta a variante externa.
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)	5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	60,00	68,00	13,33%	Atingiu	

II - AUTOAVALIAÇÃO

Objetivos Operacionais	Nº Indicador	Indicadores	Meta 2018	Resultado	% Desvio	Classificação	Justificação do Desvio
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)	5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	60,00	68,00	13,33%	Atingiu	
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (OE 7; OE 9) (R)	6.1	% de implementação do projeto piloto do RPT	0,05	0,05	0,00%	Superou	Foi estabelecida uma tolerância de 0 (zero) por estar em causa a espectável conclusão do projeto. Neste sentido, o objetivo foi concretizado a 100% e não superado.
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10)	7.1	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	0,90	1,00	10,00%	Superou	A meta estabelecida teve em conta a limitação de recursos humanos alocados à Coordenação Nacional da Transplantação, no entanto, a resposta alcançada superou as expectativas
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10)	7.2	% de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	0,90	1,00	10,00%	Superou	A meta estabelecida teve em conta a limitação de recursos humanos alocados à Coordenação Nacional da Transplantação, no entanto, a resposta alcançada superou as expectativas
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5)	8.1	% de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	0,04	0,03	-0,20%	Atingiu	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5)	8.2	N.º de unidades de SCU criopreservadas	39,00	29,00	-25,64%	Atingiu	
OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R)	9.1	% de sessões de colheita durante a semana	0,67	0,74	6,80%	Superou	Superação relacionada com o resultado das medidas que têm vindo a ser implementadas pelo IPST e que refletem o trabalho desenvolvido junto das Associações e Entidades promotoras das Sessões de Colheita
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 4; OE 10) (R)	10.1	Realizar formação na modalidade de e-learning	1,00	2,00	100,00%	Superou	A superação está relacionada com a oportunidade não planeada de realizar mais uma ação de formação.
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 4; OE 10) (R)	10.2	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	4,00	49,00	1125,00%	Superou	A meta foi estabelecida tendo em conta as práticas dos anos anteriores. No entanto foi estabelecido, em meados de 2018, descentralizar esta atividade e passaram a ser os CST a ter sob a sua responsabilidade a concretização destas reuniões. Este facto, não planeado aquando da elaboração do Plano de Atividades e Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) 2018, conduziu à superação em larga escala uma vez que a meta e a tolerância estabelecidas passaram a estar desajustadas da realidade inicialmente prevista.
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10)	11.1	Percentagem de testes metrológicos efetuados	0,90	0,86	-4,37%	Atingiu	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10)	11.2	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	24,00	18,00	-25,00%	Não atingiu	As visitas planeadas não puderam ser concretizadas devido à inesperada redução de recursos humanos (pessoal médico de imunohemoterapia) sem possibilidade de substituição em tempo útil na equipa responsável do CSTL.
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6)	12.1	% de aumento da referênciação de dadores	0,05	0,69	64,40%	Superou	Até 2016 não existia nenhum registo oficial de referênciação de dadores, pelo que este indicador era calculado com base na variação (em %) do número de dadores, assumindo que a um aumento do número de dadores corresponde "obrigatoriamente" um aumento do número de referênciações. Para 2017 o cálculo foi feito da mesma forma, uma vez que não existia termo de comparação com o ano anterior. Com a entrada em produção do Registo Português de Transplantação, os Coordenadores Hospitalares de Doação passam a referenciar os possíveis dadores neste sistema, pelo que neste momento já temos dados reais de referênciação. Este ano, este indicador foi calculado comparando o número de dadores (ou possíveis dadores) referenciados no RPT em cada mês para os anos 2017 e 2018; como este ano os hospitais que não registarem no RPT não recebem o financiamento devido, estamos a assistir a uma variação grande (e positiva) deste indicador.
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIIE (OE 11)	13.1	Aumentar a % de registos completos no SIIE	0,94	0,90	-4,00%	Atingiu	
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 11)	14.1	Diminuir o consumo de papel no processo da colheita de sangue total	9,00	6,00	-33,33%	Atingiu	

II.3 Atividades desenvolvidas, previstas e não previstas no Plano, com indicação dos resultados alcançados

Tabela 5 – Grau de execução do Plano de Atividades

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF) – Falta 1º obj	6	4	2	0
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF)	5	4	1	0
Coordenação Nacional Da Transplantação (CNT)	5	4	0	1
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)	6	3	2	1
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	6	5	1	0
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	16	8	5	3
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	14	6	2	6
Gabinete Jurídico (GJ)	0	0	0	0
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)	126	47	46	33
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CSTC)	95	43	40	12
Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)	80	21	32	27
Total de objetivos e tipo do cumprimento de objetivos para o Ano de 2018 (absoluto)	359	145	131	83
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2018	100%	40%	37%	23%
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2017	100%	44%	33%	23%

Atividades desenvolvidas não previstas no Plano:

- Implementação do novo sistema de monitorização de indicadores com recurso ao à ferramenta Power BI da Microsoft;
- Elaboração da Proposta de Circular Normativa conjunta IPST/DGS definindo e uniformizando procedimentos para lookback e traceback, a adotar por todas as instituições hospitalares de país;
- Estudo económico para implementação de testes de rastreio para VHA e VHE;
- Implementação da nova ficha de notificação de Reação Adversa em Receptor que se encontra em fase final de desenvolvimento;
- Inclusão na aplicação informática ASIS dos códigos de suspensão por viagem/estadia em regiões endémicas ou afectadas por surtos de agentes transmissíveis e infeção por agentes emergentes;
- Recomendação n.º 1/2018: “Prevenção da superinfeção por *Strongyloides stercoralis* na transplantação”;
- Assessoria em projetos na área das Tecnologias da Informação e Modernização dos Sistemas de Registos para as atividades em Doação-Transplantação;
- Estudo da Doação e Transplantação Renal em Portugal e na Europa – Identificação de novos indicadores das atividades em Doação e Transplantação e representação da CNT/IPST em congressos científicos;
- Desenvolvimento de método matemático para caracterização das necessidades de transplantação de órgãos.
- Participação no projeto ABC Loulé Active Life liderado pelo Centro Académico ABC (Algarve Biomedical Center), projeto com várias vertentes, que traduz uma aposta na inovação e na investigação clínica, além de contribuir para o desenvolvimento de cuidados de saúde de qualidade à população, visando captar recursos diferenciados, além de se vir a descentralizar competências de instituições do setor da saúde para o Algarve. Neste contexto, o IPST apresentou 2 projetos:
 - Constituição de Seroteca de amostras de sangue provenientes de dádivas de sangue – IPST, I.P.;
 - Centro de Formação e Simulação de Doação e Transplantação de Órgãos e Tecidos e Células – IPST, I.P.

II.4 Análise das causas de incumprimento de ações ou projetos não executados ou com resultados insuficientes

II.4.1 Unidades Orgânicas

CSTC - aférese	
Nº	Objetivo
2	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34
14	Aumentar o número total de dádivas de novos dadores por aférese
25	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês

2. Os valores propostos para o indicador foram irreais pois implicavam aumento. Acresce que esta faixa etária é por múltiplas condições difícil de fidelizar.

14. O painel de dadores do Posto Fixo do CSTC está já muito selecionado.

25. Houve períodos significativos de ausências por doença das enfermeiras que habitualmente asseguram os contactos para agendamento e confirmação dos dadores.

CSTC - sangue total	
Nº	Objetivo
5	Manter o nº de inscrições no posto fixo (1ª Vez)
8	Manter o número total de unidades de ST colhidas de dadores inscritos pela 1ª vez em Sessão de Colheita no CST (excepto PF)
23	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita

5. A própria localização do CSTC na periferia da cidade, os meios de transporte coletivos em nº e em horários pouco frequentes. Diminuição da população de dadores jovens devido a emigração; População portuguesa envelhecida.

8. A meta estabelecida não foi realista dada a causas referidas para o indicador nº 5.

23. Envelhecimento da população e também dos organizadores/dinamizadores, das SC, com experiência nesta área, nos diversos locais da zona Centro.

CSTC - produção	
Nº	Objetivo
17	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)
20	Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)
26	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade

17. Aceitação da devolução de unidades de todos os grupos com prazo de validade de 10 dias por parte das Instituições/serviços com quem o CSTC tem protocolo para fornecimento de componentes.

20. e 26. Objetivo dependente dos pedidos dos clientes;

CSTC - transplantação	
Nº	Objetivo
1	Manter o N.º de novos doadores CEDACE Enviados
2	Manter o N.º de novos doadores CEDACE Tipados QUAR
23	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC

1. Ao não se atingir o Objetivo: “Manter o número de novos doadores CEDACE tipados” teve como consequência directa não se atingir o objectivo: “Manter o número de novos doadores enviados ao Cedace”.

2. Justificação no ponto II. - QUAR

CSTL - aférese	
Nº	Objetivo
1	Manter o nº de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).
2	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34
3	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)
5	Manter o número de plaquetas produzidas por aférese
8	Diminuir o número de plaquetas validadas (aférese)
13	Aumentar o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas
14	Aumentar o número total de dádivas de novos doadores por aférese
21	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica
23	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Doadores inscritos face à previsão de doadores)
24	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de doadores colhidos face à previsão)
27	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese
30	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia

1 a 30. Processos de aquisição arrastados no tempo, aguardando fundos disponíveis trazendo perturbação ao desenvolvimento regular da atividade, condicionando as marcações de sessões de aférese.

Múltiplas greves de vários grupos profissionais que afectaram negativamente a atividade da Aférese;

Múltiplas avarias do selador manual que também levaram a desmarcarem algumas sessões.

Falha a nível de hemograma: avaria do aparelho e indisponibilidade de reagentes.

Falta de um profissional administrativo afecto à Aférese, como já existiu, neste Centro o que permitiria que não ficassem tantas tarefas sobre os enfermeiros e médicos.

Em Junho de 2018 a responsável pela Aférese ficou também como responsável pelo LIH rotina o que se traduziu em menos tempo para dedicar à Aférese.

CSTL - sangue total	
Nº	Objetivo
1	Manter o número total de sessões de colheita
5	Manter o nº de inscrições no posto fixo (1ª Vez)
16	Manter a Taxa de comparência (Manter o nº de Doadores inscritos face à previsão de doadores por brigada)
21	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira
23	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita
24	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo

1. Em 2018 foram realizadas 2398 sessões de colheita incluindo o Posto Fixo.

O número de sessões de colheita (sem incluir o Posto Fixo) totalizaram 1259 em 2018 e 1364 em 2017, uma vez que foram anuladas várias sessões de colheita no planeamento de 2018, que tinham uma previsão de número de dados inferior a 30.

5. Falha na definição da métrica. O indicador terá uma nova fórmula de cálculo.

16. As previsões das sessões de colheita são fornecidas pelos organizadores, sendo solicitado o ajustamento pelo CST Lisboa, considerando o histórico das colheitas efetivas, embora nem sempre aceite.

21. Dificuldades com a aplicação ASIS relativamente à integração das sessões de colheita de S. José. H D. Estefânia no sistema informático.

Será necessário avaliar os números dados pelo sistema informático.

23. Sistema informático com falhas de informação sobre quais as colheitas contabilizadas por sessão de colheita. O número médio não ultrapassou os 27,6, pelo que deverá ser alterado.

24. A média no Posto Fixo variou entre um máximo de 42,7 e um mínimo de 30,4. Deverá ser ajustado.

CSTL - produção	
Nº	Objetivo
6	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total provenientes de outros CST
7	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST
11	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão com inativação patogénica (sangue total)
16	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).
26	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade
50	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIL

6. Houve uma maior necessidade de recorrer aos CSTCoimbra e Porto para responder a pedidos de clientes.

7. O ASIS com problemas no fornecimento de dados relativos aos componentes sanguíneos produzidos pelo CSTLisboa e entrados em inventário.

Optou-se por fazer o cálculo através da subtração do nº de CUP inutilizados ao nº de CUP obtidos, valores numéricos obtidos do mapa 670c.

11. A produção de IFP foi muito intensa nos primeiros 5 meses do ano, tendo havido reduzido/paragem de produção nos restantes meses por carência de recursos humanos. Estes foram canalizados para outras tarefas, nomeadamente envio de Plasma para Inativação por método S/D e Fracionamento por entidade terceira, dando cumprimento a contratos estabelecidos.

16. Não foram contempladas as unidades distribuídas (243) para o CSTC

26. Houve inutilizações de CUP por prazo de validade nos meses de Abril (n=1), Setembro (n=4) e Outubro (n= 1) num total de 6 Cups. Estas inutilizações provavelmente estiveram relacionadas com períodos específicos em que o nº de Concentrados Plaquetários existentes em inventário ultrapassou o nº de pedidos destes componentes pelos Hospitais.

50. À exceção dos meses de Fevereiro, Março e Outubro, verificou-se atraso. O Laboratório de Imunologia Leucoplaquetaria é dotado de um TSDT e de uma Médica Imunohemoterapeuta que é a responsável. A responsável do Laboratório teve, grande parte do seu horário atribuído a funções extra laboratoriais. O atraso de concursos para fornecimento de reagentes também esteve implicado nesta demora.

CSTL - transplantação	
Nº	Objetivo
32	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Detecção AC anti HLA (Lx))
33	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Espcf anti-HLA (single Lx))
35	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Pós Transplante: Espcf anti HLA)

32. 33. 35. Constrangimentos financeiros nos procedimentos aquisitivos gerando falhas no fornecimento de reagentes para efetuar estes estudos, essenciais para avaliação da alossensibilização dos candidatos a transplantação.

A realização deste indicador em 2018 está fortemente comprometida pela falta de reagentes que ocorreu por diversas vezes em 2018. A regularização do tempo de resposta a clientes verificada em alguns meses, não consegue compensar o nº de dias de espera que se observaram por falta de reagentes.

CSTL - CEDACE	
Nº	Objetivo
2	Manter o nº de ativações a dadores CEDACE QUAR
8	Manter o nº total de novos candidatos a dador na base dados Cedace
11	Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano
14	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial

2. Justificação no ponto II. - QUAR

8. A taxa de realização deste indicador depende da dinâmica do laboratório de cada Centro de Dador sendo um indicador de progressão aritmética pode não seguir uma progressão linear.

11. A acusa do desvio no resultado deste indicador ainda se encontra em análise.

14. Os resultados da monitorização deste indicador mostram que a execução se encontra superior à meta. No entanto deve ser referido que existem vários imponderáveis no decorrer deste processo entre a disponibilidade do dador para a colheita da amostra de sangue para efetuar testes complementares, o número de ativações solicitadas por dia e a disponibilidade do laboratório do centro de dador.

CSTP - sangue total	
Nº	Objetivo
4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34
10	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves
12	Manter o número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em Sessões de Colheita
16	Manter a Taxa de comparência (Manter o nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)
17	Manter a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica
18	Manter a Taxa de Colheita (percentagem de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita face à previsão de inscrições para a dádiva de ST)
22	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia
31	Promover a desmaterialização do processo (excepto guia de transporte e consentimento informado) - SIMPLEX

4. A meta está mal definida, deveria ser 13500 e não 14500. Assim, o objectivo foi atingido.

10. As reações não graves são provavelmente mais difíceis de minimizar e estão relacionadas com múltiplos factores.

12. O nº de inscrições previstas está dependente de campanhas, que não foram realizadas e estão igualmente limitadas pelo nº de sessões de colheita possíveis de realizar. A diminuição dos recursos humanos e materiais implica esta diminuição das previsões.

16. Tal como referido no indicador nº 12 o nº de inscrições realizadas está dependente de campanhas, que não foram realizadas e também do trabalho realizado pelas associações de dadores, em que muitas vezes, o único meio de promoção que usam são SMS dos Centros. Este facto é de grande importância, pois em épocas de excesso de stock de alguns grupos sanguíneos, suspendeu-se o envio de SMS, o que provocou a diminuição de comparências.

17. A variação da taxa de suspensão está dependente de muitos factores. É de referir a pequena amplitude das variações assumidas nas taxas de adiamento. O maior nº de viagens, quadros gripais explicará a maior parte do desvio encontrado.

18. e 22. Este indicador está relacionado com os indicadores 16 e 17. Havendo uma diminuição nos indicadores referidos consequentemente haverá uma diminuição deste.

31. Registo de RADs ainda em implementação.

CSTP - aférese	
Nº	Objetivo
2	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34
3	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)
7	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)
10	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)
34	Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês

2. e 34. A diminuição dos procedimentos de aférese decorre do preço dos componentes obtidos não ser aceite pelos hospitais.

3. Não existindo ficha de indicador não se entende o que se pretende com este indicador.

7. No ano de 2018 não foram efetuadas colheitas de CE de aférese, conseqüentemente não existiram CE validados.

10. O envio de componentes para outros CST passou a ser contabilizado por movimentações e não componentes distribuídos. Isto levou a que, no caso das plaquetas de aférese, deixaram de ser contabilizadas as mobilizadas para outros CST, levando à diminuição dos distribuídos.

CSTP - produção	
Nº	Objetivo
7	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST
13	Manter o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)
14	Aumentar o número de CUP distribuídas
15	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas
25	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade
28	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"
53	Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)
54	Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)
55	Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)

13. O envio de componentes para outros CST passou a ser contabilizado por movimentações e não componentes distribuídos, levando à diminuição dos concentrados de eritrócitos distribuídos. A meta deverá ser revista.

14, 28 e 53 O envio de componentes para outros CST passou a ser contabilizado por movimentações e não componentes distribuídos.

15. e 54. O envio de componentes para outros CST passou a ser contabilizado por movimentações e não componentes distribuídos, levando à diminuição de POOL distribuídas. A diminuição nº de Pool distribuídas reflete a diminuição do número de pedidos.

25. O indicador 19 número de inutilizações de Pools de Plaquetas foi atingido, no entanto não foi possível corrigir a percentagem de inutilizações porque as Pool entradas em inventário foi inferior ao previsto.

55. A distribuição de plasma está dependente dos pedidos dos nossos clientes e sofre uma grande variabilidade ao longo do ano.

CSTP - BPCCU	
Nº	Objetivo
1	Manter o N.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas
4	Manter o n.º de unidades de SCU armazenadas e aptas para uso terapeutico
10	Manter o número de unidades de SCU aptas (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock) -anual
11	Manter a % de unidades inutilizadas na receção
12	% de unidades inutilizadas após criopreservação

1. A descida do número de colheitas está relacionada com problemas de aquisição de kits de colheita (especificamente sacos de colheita), dada a limitação do mercado fornecedor.

4. 5 e 10 As unidades criopreservadas que apresentam critérios de aceitação para aplicação clínica aguardam a realização dos testes de genotipagem HLA.

11. O desvio na taxa de inutilização reflete uma interrupção no fornecimento de sacos de colheita que levou a uma diminuição significativa das colheitas.

12. O número de unidades criopreservadas foi muito baixo pelo que qualquer valor apresenta um impacto significativo no objectivo.

CNSMT		
Nº	Classificação	Objetivo
3	Não atingiu	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional com envio de relatório (IPST) - QUAR
5	Não atingiu	Manter o Nº de visitas técnicas com envio de relatório aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL) (a preencher pelo CSTL)

3. Justificação no ponto II. - QUAR

CNT		
Nº	Classificação	Objetivo
1	Não atingiu	Aumentar o n.º de dadores por milhão de habitantes (pmh)

1. A referenciação do número de possíveis dadores aumentou de 2017 para 2018 em cerca de 69%, o que significa que os coordenadores hospitalares de doação estiveram atentos à identificação precoce de possíveis dadores. Não obstante, a efetivação da dádiva depende não só da sua identificação, que é na verdade o ponto de partida de todo o processo, mas de características do próprio dador e da função dos órgãos possivelmente doados; por exemplo, se tivermos em consideração o aumento da idade média dos dadores, que passou de 53,8 anos em 2017 para 57,3 em 2018, associado ao aumento de comorbilidades nos dadores, resultando na impossibilidade de utilização dos órgãos e do próprio dador, poderemos encontrar aqui um dos fatores que poderão justificar a diminuição do número de dadores efetivos.

GGQ		
Nº	Classificação	Objetivo
3	Não atingiu	Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal

LCQ		
Nº	Classificação	Objetivo
7	Não atingiu	Manter a % de relatórios entregues a clientes dentro do prazo
4	Não atingiu	Manter a % de resultados CQ externo conforme

3. Dificuldades na recolha de alguns dados limitam os tempos de resposta na emissão dos relatórios.

4. Erro na parametrização da fórmula.

7. As bases de dados de resultados em uso, não permitem a emissão de relatórios mensais. Dados os recursos humanos afetos ao LCQ não houve possibilidade de elaborar outro tipo de relatórios para colmatar esta falha.

GTIC		
Nº	Classificação	Objetivo
6	Não atingiu	Renovar a solução de virtualização do IPST
8	Não atingiu	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.
9	Não atingiu	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis
12	Não atingiu	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.
14	Não atingiu	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)
15	Não atingiu	Automatizar o sistema de monitorização da gestão

6 e 8 – O processo de aquisição da uma nova infraestrutura para o IPST, IP não está concluído, o que acarreta a não realização destes objetivos.

9 – A centralização das análises está englobada no projeto de circulação de dados que tem o seu fim previsto para 30-06-2019.

12 – As aplicações LUSOT, RPT, BPCCU foram ou estão a ser desenvolvidas por elementos externos havendo pouca interligação com o GTIC.

14 – A atualização técnica das aplicações da transplantação é da competência de firmas externas com pouca interligação com o GTIC.

15 – Foram criados todos os indicadores que nos foram fornecidos. Faltam indicadores mas não nos foram explicitados.

II.5 Audição de Dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação dos Serviços

A avaliação das instituições por parte dos elementos que a constituem, é fundamental para a compreensão da saúde organizacional. Nesse propósito foi aplicado um questionário “online” para aferir o grau de satisfação e de motivação dos trabalhadores.

O questionário avaliou 3 parâmetros da relação do colaborador com a instituição:

1. Trabalho que desenvolve na perspetiva do colaborador
 - a. Nível de satisfação em relação ao trabalho que desenvolve
 - b. Motivação no IPST, IP relativamente ao trabalho que desenvolve
 - c. Avaliação da importância que atribui ao trabalho que desenvolve
 - d. Avaliação da pressão a que o trabalho que desenvolve está sujeito

2. O trabalho que desenvolve na interação que tem com os colegas e com o superior hierárquico
 - a. Avaliação do trabalho que desenvolve na perspetiva dos colegas
 - b. Avaliação do trabalho que desenvolve na perspetiva do superior hierárquico
 - c. Avaliar se o trabalho que desenvolve corresponde às expectativas do seu superior hierárquico
 - d. Avaliar da satisfação da supervisão e orientação do superior hierárquico
3. O trabalho que desenvolve na instituição IPST, IP
 - a. Avaliação das condições de trabalho no IPST, IP
 - b. Avaliação das instalações
 - c. Avaliação quanto à oportunidade de crescimento profissional no IPST, IP
 - d. Avalia da importância do papel do IPST, IP no seio da sociedade e do Ministério
 - e. Avaliação da imagem do IPST, IP

A metodologia seguida em 2018 foi diferente da seguida em 2017 pelo que não é possível qualquer tipo de comparação.

A apreciação global consta na tabela seguinte.

Tabela 6 - Satisfação dos Colaboradores

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

A apreciação detalhada mostra que a maioria dos colaboradores do IPST, IP que responderam ao questionário de avaliação (57,0%) consideram-se satisfeitos com o trabalho que desenvolvem, mas não se sentem particularmente motivados no IPST, IP (35,4%).

Consideram importante o trabalho que realizam (84,8%), consideram-no stressante, sentem-se muitas vezes pressionados (67,1%) e que tanto os colegas como o superior hierárquico levam em consideração as suas opiniões.

Uma grande maioria (78,5%) considera que o trabalho que desenvolvem corresponde às expectativas do seu superior hierárquico, mas não se sentem particularmente satisfeitos com as orientações e com a supervisão da hierarquia.

Não consideram boas as condições de trabalho no IPST, IP (27,8%), nem reconhecem como sendo boas as instalações em que trabalham (25,3%).

A maioria dos que responderam ao questionário (75,9%) não considera ter alguma oportunidade de crescimento profissional na instituição apesar de reconhecerem importante o papel do IPST, IP na sociedade e no Ministério da Saúde.

Os colaboradores que responderam ao questionário não avaliam positivamente a imagem do IPST, IP (nível de Insatisfação de 24,1% com nível de Satisfação de 38,0%).

O questionário foi enviado “online” a todos os funcionários do IPST, IP, tendo havido 204 recibos de leitura dos e-mails enviados dos quais houve 79 questionários respondidos (Taxa de resposta de 38,7%).

No universo dos trabalhadores que poderiam ter respondido ao questionário apenas 79 o fizeram e a maioria (54%) tinha mais de 45 anos.

Tabela 7 - Grupos Etários dos Colaboradores que Responderam ao Questionário

Grupos Etários	Colaboradores	
	N	%
24 - 34 anos	5	6%
35 - 44 anos	31	39%
45 - 54 anos	24	30%
55 - 66 anos	19	24%
Total Geral	79	100%

A categoria “Técnicos” que engloba pessoal médico, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores, pessoal de enfermagem e TSDT foi a mais participativa neste questionário de avaliação da satisfação dos colaboradores do IPST, IP.

Tabela 8 - Categoria Profissional dos Colaboradores que Responderam ao Questionário

Categoria Profissional	Colaboradores	
	N	%
Técnicos	37	47%
Dirigentes	6	8%
Assist. Técnicos	16	20%
Outros	20	25%
Total	79	100%

Tabela 9 - Avaliação da Satisfação dos colaboradores

Avaliação da Satisfação dos colaboradores do IPST - Escala de Likert				
Parâmetros avaliados	Insatisfação	Indiferença	Satisfação	Média
	1 e 2 da Escala	3 da Escala	4 e 5 da Escala	
Como avalia o seu nível de satisfação em relação ao trabalho que desenvolve?	11,4%	31,6%	57,0%	3,61
Sente-se motivado no IPST?	35,4%	29,1%	35,4%	2,94
Que importância atribui ao trabalho que desenvolve?	3,8%	11,4%	84,8%	4,39
Com que frequência se sente sob pressão durante a semana de trabalho?	12,7%	20,3%	67,1%	3,92
Com que frequência os seus colegas consideram as suas opiniões?	11,4%	27,8%	60,8%	3,59
Com que frequência o seu superior hierárquico considera as suas opiniões?	21,5%	27,8%	50,6%	3,44
Acha que o trabalho que desenvolve corresponde às expectativas do seu superior hierárquico?	5,1%	16,5%	78,5%	4,00
Está satisfeito com a supervisão e orientações superiores que recebe?	31,6%	30,4%	38,0%	3,14
De um modo geral, como avalia as condições de trabalho no IPST?	39,2%	32,9%	27,8%	2,77
E como classifica as instalações?	43,0%	31,6%	25,3%	2,76
Considera que tem oportunidade de crescimento profissional no IPST?	51,9%	26,6%	21,5%	2,42
Como avalia a importância do papel do IPST no seio da sociedade e do Ministério da Saúde?	7,6%	16,5%	75,9%	4,09
Como avalia a imagem do IPST?	24,1%	38,0%	38,0%	3,19
Apreciação Global	23,0%	26,2%	50,8%	3,41

Tabela 10 - Satisfação Global dos Colaboradores

Satisfação Global	
Média >4	15,4%
Média >=3,5 e >=4	30,8%
Média < 3,5	53,8%
Total	100,0%

II.6 Apreciação, por parte dos Utilizadores, da quantidade e qualidade dos serviços prestados

II.6.1 Retorno da informação do cliente e partes interessadas

No ano de 2018, foi mantida a metodologia (em todas as unidades orgânicas) de avaliação da satisfação para:

- Dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea;
- Promotores das sessões de colheita;
- Clientes externos nacionais;
- Clientes externos internacionais CEDACE.

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

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

Foram também alvo da análise as reclamações ocorridas nas diversas Unidades Orgânicas do IPST, IP.

- Satisfação de Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea

A avaliação da satisfação de dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea no ano 2018 foi efetuada em 2 períodos: a primeira avaliação efetuada na primeira quinzena de julho e a segunda avaliação efetuada na segunda quinzena de novembro. A amostragem foi efetuada em todas as sessões de colheita durante este período sendo o questionário entregue um a cada cinco dadores inscritos até obter ± 250 questionários por CST em cada período (corresponde aproximadamente a 10% do total de dadores que efetivam a dádiva).

Tabela 11 - Nº de dadores inquiridos, por sexo, média de idades e tempo como dador

	Total de Inquiridos		Média de Idades	Tempo como Dador (média em anos)	Idade Média da 1ª Dádiva
	F	M			
CSTC	268	226	42,04	10,511	28,5
CSTL	262	233	38,94	8,308	26,9
CSTP	291	227	40,06	8,024	28,6
Total Geral	821	686	40,3	9,01	28,0

Fonte: IPST, IP

O número total de dadores inquiridos foi de 1507 com uma distribuição equitativa pelos 3 CST tendo em conta o número de colheitas no período estudado (CSTC 494, CSTL 495, CSTP 518). Na distribuição por sexo temos 821 mulheres e 686 homens. A média de idades dos inquiridos foi de 40,3 anos (40,6 anos em

2016; 38,8 anos em 2015; 40,31 anos em 2014). A média de idades em que os dadores deram sangue pela primeira vez foi 28 anos (27,3 anos em 2017; 27,9 anos em 2016; 31,1 em 2015; 27,8 em 2014). O tempo médio desde que iniciou a dádiva de sangue até à data de preenchimento do inquérito foi de 9,01 anos (8,6 anos em 2017; 9,6 anos em 2016; 8,7 em 2015; 8,2 em 2014), sendo 54,48 % do sexo feminino e 45,52% do sexo masculino com uma média de 11,8 dádivas de sangue por dador.

Os dados revelam uma pequena descida na idade média dos inquiridos, um ligeiro aumento no número total de dádivas por dador (11,7 em 2017 e 11,8 em 2018) e um aumento no número de anos como dador. O conjunto destes resultados poderá indicar que a política de fidelização de dadores posta em prática pelo IPST, IP, com uma aposta nas faixas etárias mais jovens, está a resultar.

Em relação à escolaridade, 35,42% completaram o 12.º ano (10,4% em 2017, 13,8% em 2016; 13,4% em 2015; 13,1% em 2014) e representam a maior parte dos inquiridos, seguidos pelo grupo com curso superior com 26,5% (21,3% em 2017; 18,9% em 2016; 25,9 em 2015; 25,0% em 2014).

Segundo informação do INE⁴, em 2018 cerca de 21,8% da população portuguesa tinha concluído o 12.º ano de escolaridade e 18,7% o ensino superior. Mais de 61% dos inquiridos têm o 12.º ano de escolaridade ou um curso superior, o que representa uma diferença significativa entre a população portuguesa e a população dadora. Esta diferença poderá ser resultado da aposta que tem vindo a ser realizada pelo IPST, IP no sentido de sensibilizar as diferentes populações escolares para a missão deste Instituto.

Tabela 12 – Escolaridade dos inquiridos

	12º	4ª Classe	9º	Bach	CP	Licen	Outros
CSTC	37,0	9,3	22,3	4,8	11,5	11,3	3,8
CSTL	35,2	2,6	11,8	6,8	3,0	31,2	9,4
CSTP	32,6	8,9	17,8	6,0	10,8	18,9	5,0
Total Geral	34,9%	6,9%	17,3%	5,9%	8,4%	20,5%	6,1%

Fonte: IPST, IP

De forma a obter uma opinião mais global dos inquiridos optou-se por alterar a fórmula⁵ utilizada em anos anteriores para calcular a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea, passando a utilizar-se o seguinte modelo de cálculo:

$$\text{Satisfação Global Média} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (Mt \text{ Insatisfeito} + \text{Insatisfeito} + \text{Nem Satisfeito} + \text{Nem Insatisfeito} + \text{Satisfeito} + Mt \text{ Satisfeito})}{n}$$

⁴ Consultado em www.pordata.pt

⁵ Fórmula utilizada em anos anteriores:
$$\text{Satisfação Global Média} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (\text{Muito Satisfeito}_i + \text{Satisfeito}_i)}{n}$$

Esta avaliação foi feita através da aplicação de um questionário que tem por base uma escala de Likert em que 1 representa Muito Insatisfeito e 5 Muito satisfeito.

Os índices de satisfação são globalmente elevados como podemos constatar na tabela seguinte, em que o nível de satisfação global dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição) é superior a 93%.

Tabela 13 - Nível de satisfação global dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição)

	Inscrição		Triagem		Colheita		Refeição	
	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%
CSTC	4,66	93,23	4,68	93,64	4,72	94,37	4,71	94,11
CSTL	4,72	94,33	4,72	94,42	4,77	95,40	4,74	94,88
CSTP	4,60	91,92	4,62	92,42	4,62	92,37	4,62	92,41
Total Geral	4,66	93,1%	4,67	93,5%	4,70	94,0%	4,69	93,8%

Fonte: IPST, IP

Em 2018 0,49% dos inquiridos responderam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o desempenho global das equipas das sessões de colheita. Este valor representa uma redução de 45% face a 2017 (0,89%).

Na avaliação das instalações dos locais de colheita, os índices são globalmente satisfatórios como se pode observar na tabela abaixo.

Tabela 14 - Satisfação global média dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral)

	Limpeza		Conforto		Privacidade		Geral	
	Média	%	Média	%	Média	%	Média	%
CSTC	4,53	90,67	4,50	90,04	4,46	89,16	4,55	91,04
CSTL	4,61	92,28	4,52	90,31	4,45	88,93	4,59	91,81
CSTP	4,56	91,15	4,50	89,96	4,46	89,15	4,54	90,77
Total Geral	4,57	91,4%	4,51	90,1%	4,45	89,1%	4,56	91,2%

Fonte: IPST, IP

Os dados mostram que 91.2% dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea estão muito satisfeitos com todas as questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral). Importa no entanto referir que a privacidade, com uma avaliação de 89.1% aparece com a pontuação mais baixa. O facto da atividade de colheita ser realizada em locais maioritariamente públicos, apesar de sujeitos a requisitos mínimos estabelecidos pelo IPST, IP, pode contribuir para a falta de privacidade sentida e expressa neste questionário.

Em relação ao horário de funcionamento das sessões de colheita, quando analisamos a tabela seguinte, podemos constatar que a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea é superior 90%.

Tabela 15 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita

	Média	%
CSTC	4,441	88,82
CSTL	4,542	90,84
CSTP	4,525	90,50
Total Geral	4,503	90,07

Fonte: IPST, IP

Como se pode verificar na tabela seguinte, a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP é superior a 93%. Importa referir que, na avaliação global, apenas 0,54% dos inquiridos referem estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o IPST, IP.

Tabela 16 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea por CST

	Média	%
CSTC	4,67	93,36
CSTL	4,73	94,51
CSTP	4,62	92,31
Total Geral	4,67	93,36

Fonte: IPST, IP

Pode verifica-se na tabela seguinte que mais de 96% dos inquiridos responderam ser provável ou muito provável recomendarem o IPST, IP enquanto Centro de Colheita. Este valor traduz a elevada confiança que a generalidade dos dadores deposita no IPST, IP.

Tabela 17 - Probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP

	Média	%
CSTC	4,77	95,34
CSTL	4,85	97,03
CSTP	4,80	96,03
Total Geral	4,81	96,12

Fonte: IPST, IP

- Avaliação Da Satisfação Dos Promotores Da Sessão De Colheita

Durante o ano de 2018 foram recolhidos ao longo do ano e durante as sessões de colheita, 910 questionário com o intuito de avaliar o grau de satisfação dos promotores da dádiva (os responsáveis pela organização das sessões de colheita). No CST de Coimbra foram recebidos 258 (28,4%) questionários, no

CST de Lisboa foram recebidos 513 (56,4%) questionários e no CST do Porto foram recebidos 139 (15,3%) questionários.

Foram dois os parâmetros avaliados:

1. Desempenho dos profissionais do Centro:
 - a. Atendimento telefónico
 - b. Acessibilidade e disponibilidade dos profissionais
 - c. Simpatia e cortesia dos profissionais
 - d. Rapidez na resolução de dúvidas
2. Planeamento das sessões de colheita:
 - a. A fase de inscrição de dadores
 - b. A fase da triagem clínica de dadores
 - c. A fase da colheita aos dadores
 - d. A fase da refeição aos dadores

Nem todos estes parâmetros foram alvo de avaliação dos promotores. As taxas de não respostas a estes parâmetros constam do quadro seguinte.

Tabela 18 - Taxa de Não Respostas aos Questionários Enviados

Taxa de Não Respostas aos questionários enviados				
Parâmetro	Centro de Sangue	Enviados	Sem resposta	Tx não Resposta
Atendimento telefónico	CST Coimbra	258	61	23,6%
	CST Lisboa	513	103	20,1%
	CST Porto	139	5	3,6%
Acessibilidade Disponibilidade	CST Coimbra	258	51	19,8%
	CST Lisboa	513	81	15,8%
	CST Porto	139	1	0,7%
Simpatia Cortesia dos Profissionais	CST Coimbra	258	50	19,4%
	CST Lisboa	513	69	13,5%
	CST Porto	139	1	0,7%
Rapidez Resolução de Dúvidas	CST Coimbra	258	49	19,0%
	CST Lisboa	513	73	14,2%
	CST Porto	139	3	2,2%

Globalmente, a apreciação feita pelos promotores da dádiva de sangue foi positiva. A quase totalidade das respostas dadas aos parâmetros avaliados foi “Satisfeito” e “Muito Satisfeito” como se pode verificar no quadro.

Tabela 19 - Nível de Satisfação Global dos Promotores

Nível de Satisfação Global			
Centros	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
CST Coimbra	1,2%	14,3%	84,5%
CST Lisboa	1,7%	1,7%	96,7%
CST Porto	2,2%	1,5%	96,4%

No entanto, comparativamente com anos anteriores, a avaliação feita pelos promotores ao desempenho e planeamento das sessões de colheita não foi a melhor.

Tabela 20- Análise Retrospetiva dos Promotores - Satisfação

Nível Satisfação Global	
Ano	Satisfeito
Ano 2018	93%
Ano 2017	95%
Ano 2016	96%
Ano 2015	95%

- Avaliação da Satisfação dos Promotores das Sessões de Colheita - Planeamento.

Relativamente ao planeamento, a avaliação dada pelos promotores foi positiva. O Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa e do Porto foram os que mais satisfizeram os promotores em todos os parâmetros avaliados como se pode constatar do quadro.

Tabela 21 - Avaliação do Planeamento do IPST, IP pelos Promotores

Parâmetros avaliados		CST Coimbra		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Planeamento	Espera no atendimento telefónico	0,5%	20,3%	79,2%
	Acessibilidade/disponibilidade	1,4%	16,4%	82,1%
	Simpatia/cortesia dos profissionais	1,9%	16,3%	81,7%
	Rapidez na resolução de dúvidas	1,4%	17,2%	81,3%
Parâmetros avaliados		CST Lisboa		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Planeamento	Espera no atendimento telefónico	1,2%	4,4%	94,4%
	Acessibilidade/disponibilidade	0,0%	2,8%	97,2%
	Simpatia/cortesia dos profissionais	0,0%	1,4%	98,6%
	Rapidez na resolução de dúvidas	0,0%	2,7%	97,3%
Parâmetros avaliados		CST Porto		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Planeamento	Espera no atendimento telefónico	0,7%	3,7%	95,5%
	Acessibilidade/disponibilidade	1,4%	2,2%	96,4%
	Simpatia/cortesia dos profissionais	0,0%	1,4%	98,6%
	Rapidez na resolução de dúvidas	2,2%	0,0%	97,8%

- Avaliação da Satisfação dos Promotores das Sessões de Colheita - Desempenho.

Relativamente ao desempenho das sessões de colheita de sangue a avaliação dada pelos promotores foi de igual forma positiva. Os Centros de Lisboa e Porto foram os que maior satisfação deram aos promotores.

Tabela 22 - Avaliação do Desempenho do IPST, IP pelos Promotores

Parâmetros avaliados		CST Coimbra		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Desempenho	Desempenho na Inscrição	1,6%	13,6%	84,9%
	Desempenho na Triagem	2,0%	13,7%	84,4%
	Desempenho na Colheita	0,8%	13,3%	85,9%
	Desempenho na Refeição	0,8%	15,2%	84,0%

Parâmetros avaliados		CST Lisboa		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Desempenho	Desempenho na Inscrição	0,4%	0,6%	99,0%
	Desempenho na Triagem	2,0%	1,8%	96,2%
	Desempenho na Colheita	1,0%	0,6%	98,4%
	Desempenho na Refeição	0,8%	1,6%	97,6%

Parâmetros avaliados		CST Porto		
		Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito
Desempenho	Desempenho na Inscrição	0,7%	0,0%	99,3%
	Desempenho na Triagem	1,4%	0,0%	98,6%
	Desempenho na Colheita	1,4%	0,0%	98,6%
	Desempenho na Refeição	0,0%	0,7%	99,3%

- Pontualidade nas sessões de colheita

Os 910 questionários recebidos dos promotores incluíam o registo da hora prevista do início da sessão de colheita e a hora de chegada da equipe ao local. Nem todos os questionários tinham essas horas registadas. Cerca de 68,5% dos questionários sem registo de horas eram do CST de Lisboa.

Tabela 23 - Avaliação da Pontualidade do IPST, IP pelos Promotores

Pontualidade		CST Coimbra	CST Lisboa	CST Porto	Total Geral
Com Atraso	N	54	39	22	115
	% coluna	28,3%	12,6%	19,6%	18,8%
Cedo	N	73	88	39	200
	% coluna	38,2%	28,5%	34,8%	32,7%
Pontual	N	64	182	51	297
	% coluna	33,5%	58,9%	45,5%	48,5%
Total com Registo		191	309	112	612
Sem registo	N	67	204	27	298
	% linha	22,5%	68,5%	9,1%	100,0%
Total Geral		258	513	139	910

Os Centros de Sangue de Lisboa e do Porto foram os que mostraram maior pontualidade relativamente às horas de chegada das sessões de colheita, atendendo às horas previamente estipuladas.

Comparativamente com anos anteriores a proporção de sessões de colheita com a chegada depois da hora prevista (com atraso) diminuiu comparativamente com o ano anterior.

Tabela 24 - Análise Retrospectiva da Avaliação dos Promotores - Pontualidade

Horário previsto de chegada	
Ano	Com atraso
Ano 2018	18,8%
Ano 2017	26,3%
Ano 2016	14,1%
Ano 2015	4,8%

- Satisfação Clientes externos (Não Dadores)

Em 2018 foi mantida a mesma metodologia, comum à área do sangue e transplantação, na avaliação da satisfação de clientes externos iniciada em 2012, através de questionário tendo havido uma taxa global de respostas de 28,7%. A taxa de respostas foi maior na área do sangue (37,4%) e foi maior no CST de Lisboa (39,0%).

Tabela 25 - Satisfação Clientes Externos (Não Dadores)

Questionários		CST Porto		CST Coimbra		CST Lisboa		Total	
		N	Tx Resp	N	Tx Resp	N	Tx Resp	N	Tx Resp
Área do Sangue	Enviados	45		18		60		123	
	Recebidos	5	11,1%	8	44,4%	33	55,0%	46	37,4%
Área da Transplantação	Enviados	34		36		58		128	
	Recebidos	8	23,5%	5	13,9%	13	22,4%	26	20,3%
Total de Questionários	Enviados	79		54		118		251	
	Recebidos	13	16,5%	13	24,1%	46	39,0%	72	28,7%

Comparativamente com anos anteriores as taxas de respostas e a satisfação global não melhoraram em 2018 como se pode verificar no quadro seguinte.

Tabela 26 - Análise Retrospectiva - Satisfação Clientes Externos (Não Dadores)

Ano	Taxa de Respostas		Satisfação Global Média	
	Área Transpl	Área Sangue	Área Transpl	Área Sangue
Ano 2018	20,3%	37,4%	94,4%	90,3%
Ano 2017	37,0%	53,0%	98,3%	98,3%
Ano 2016	38,4%	63,0%	94,3%	92,2%
Ano 2015	44,5%	47,0%	95,2%	95,2%

o **Satisfação Clientes externos (Não Dadores) na Área do Sangue**

Globalmente, os 46 clientes na área do sangue avaliaram com “Satisfação” (Satisfeito e Muito Satisfeito) a atividade do IPST, IP (90%).

Relativamente ao atendimento, os clientes classificaram com “Satisfação” o tempo de espera no atendimento (93%), a disponibilidade do profissional no atendimento (93%), a simpatia e a cortesia do profissional no atendimento (93%). Relativamente à rapidez e eficiência na resolução ou dúvidas no atendimento o nível de satisfação foi menor (87%).

Relativamente aos Produtos/Serviços a apreciação manteve-se “Satisfeito” e o “Muito Satisfeito”, mas o nível de satisfação desceu. Foi menor relativamente à quantidade face às necessidades (76%), à gama de produtos/serviços disponíveis (91%) e ao tempo de entrega (89%). A confiança e a segurança prestada tiveram níveis de satisfação mais elevados (96%).

O nível de satisfação manteve-se elevado no que se refere à adequação da informação enviada face às necessidades (91%), à confidencialidade da informação fornecida (96%) e ao suporte de entrega da informação (87%).

Tabela 27 - Avaliação da Satisfação dos Clientes – Área do Sangue

Avaliação da Satisfação dos clientes do IPST na área do Sangue - Escala de Likert				
Parâmetros avaliados	Insatisfação	Indiferença	Satisfação	Média
	1 e 2 da Escala	3 da Escala	4 e 5 da Escala	
Como classifica o Tempo de Espera no atendimento telefónico?	7%	0%	93,5%	4,2
Como classifica a Acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento?	2%	4%	93,5%	4,3
Como classifica a Simpatia/Cortesia dos profissionais no atendimento?	2%	4%	93,5%	4,3
Como classifica a Rapidez e Eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento?	2%	11%	87,0%	4,1
Qual é o seu nível de satisfação com Quantidade de Produto/serviço disponibilizados relativamente à vossa necessidade?	7%	17%	76,1%	4,0
Qual é o seu nível de satisfação com a Gama de Produtos/serviços disponíveis?	2%	7%	91,3%	4,2
Qual é o seu nível de satisfação com a Confiança e Segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado?	0%	4%	95,7%	4,4
Qual é o seu nível de satisfação com o Tempo de Entrega do produto/serviço?	2%	9%	89,1%	4,3
Qual é o seu nível de satisfação com a Adequação da Informação enviada face às suas necessidades?	2%	7%	91,3%	4,2
Qual é o seu nível de satisfação com a Confidencialidade da Informação fornecida?	2%	2%	95,7%	4,2
Qual é o seu nível de satisfação relativa ao suporte de entrega de informação?	4%	9%	87,0%	4,1
Apreciação Global	3%	7%	90,3%	4,2

○ **Satisfação Clientes externos (Não Dadores) na Área da Transplantação**

Globalmente os 26 clientes na área da transplantação avaliaram com “Satisfação” (Satisfeito e Muito Satisfeito) a atividade do IPST, IP (94%).

Relativamente ao atendimento, os clientes classificaram com “Satisfação” o tempo de espera no atendimento (96%), a disponibilidade do profissional no atendimento (96%), a simpatia e a cortesia do profissional no atendimento (100%) e na resolução de dúvidas no atendimento (96%).

Relativamente aos Produtos/Serviços a apreciação manteve-se “Satisfeito” e o “Muito Satisfeito”, mas o nível de satisfação desceu ligeiramente, foi menor relativamente à quantidade face às necessidades (85%), à gama de produtos/serviços disponíveis (92%) e ao tempo de entrega (88%). A confiança e a segurança prestada tiveram níveis de satisfação mais elevados (96%).

O nível de satisfação manteve-se elevado no que se refere à adequação da informação enviada face às necessidades (92%), à confidencialidade da informação fornecida (100%) e ao suporte de entrega da informação (96%).

Tabela 28- Avaliação da Satisfação dos Clientes – Área da Transplantação

Avaliação da Satisfação dos clientes do IPST na área da Transplantação - Escala de Likert				
Parâmetros avaliados	Insatisfação	Indiferença	Satisfação	Média
	1 e 2 da Escala	3 da Escala	4 e 5 da Escala	
Como classifica o Tempo de Espera no atendimento telefónico?	4%	0%	96,2%	4,6
Como classifica a Acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento?	4%	0%	96,2%	4,7
Como classifica a Simpatia/Cortesia dos profissionais no atendimento?	0%	0%	100,0%	4,8
Como classifica a Rapidez e Eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento?	4%	0%	96,2%	4,6
Qual é o seu nível de satisfação com Quantidade de Produto/serviço disponibilizados relativamente à vossa necessidade?	4%	12%	84,6%	4,3
Qual é o seu nível de satisfação com a Gama de Produtos/serviços disponíveis?	0%	8%	92,3%	4,5
Qual é o seu nível de satisfação com a Confiança e Segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado?	0%	4%	96,2%	4,7
Qual é o seu nível de satisfação com o Tempo de Entrega do produto/serviço?	4%	8%	88,5%	4,4
Qual é o seu nível de satisfação com a Adequação da Informação enviada face às suas necessidades?	4%	4%	92,3%	4,5
Qual é o seu nível de satisfação com a Confidencialidade da Informação fornecida?	0%	0%	100,0%	4,7
Qual é o seu nível de satisfação relativa ao suporte de entrega de informação?	0%	4%	96,2%	4,6
Apreciação Global	2%	3%	94,4%	4,6

○ **Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE**

Em 2018 foram enviados 56 questionários. Rececionaram-se 28 questionários respondidos. Comparativamente com anos anteriores a taxa de 50% deste ano foi a melhor nos últimos 4 anos.

Tabela 29 - Taxa de Resposta

Ano	% Respostas
2018	50,0
2017	25,6
2016	20,0
2015	40,0

A satisfação Global média é, à semelhança de anos anteriores elevada. No entanto algumas das respostas não tiveram os 100% de satisfação.

Tabela 30 - Parâmetros Avaliados pelos Clientes Internacionais

Parâmetros avaliados	Nível de Satisfação
Friendliness / courtesy of the Professional	96,4%
Speed and efficiency in solving problems / questions	100,0%
Responsiveness to requested services	100,0%
Trust and confidence in our products and service	100,0%
Time of delivery of blood samples and laboratory results	92,9%
Accessibility / availability of the professional	100,0%
Adequacy of the documentation sent	96,4%
Satisfaction concerning how the information is sent to you	85,7%

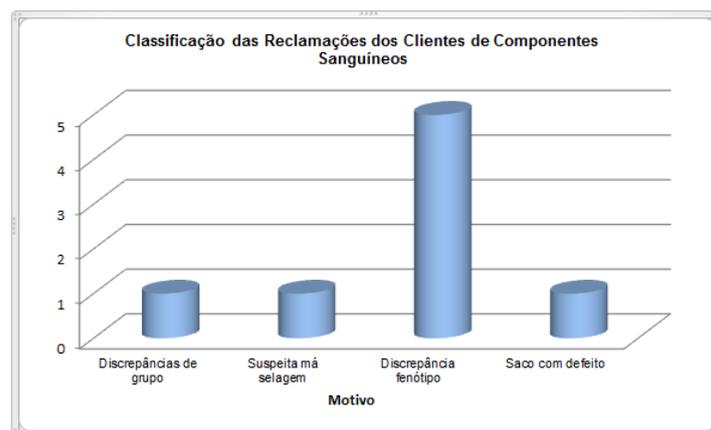
Relativamente à simpatia/cortesia do profissional no atendimento, houve apenas um cliente que “nem ficou contente nem descontente”. Relativamente ao “tempo de entrega das amostras de sangue e resultados laboratoriais” houve 2 clientes que “nem ficaram contentes nem descontentes”. Quanto à adequação da documentação enviada, houve também apenas 1 cliente que “nem ficou contente nem descontente”.

Relativamente à satisfação quanto ao modo como a informação lhes foi enviada, apenas 7 responderam a esta pergunta (houve 21 clientes que não responderam) e dos 7 que responderam houve um que ficou muito descontente.

II.6.2 Reclamações

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 60 reclamações (73 em 2017, 56 em 2016 e 48 em 2015) 8 reclamações por parte dos clientes externos (clientes de componentes sanguíneos) 52 reclamações por parte de dadores de sangue no gráfico seguinte podemos observar a classificação das reclamações por parte dos clientes de componentes sanguíneos.

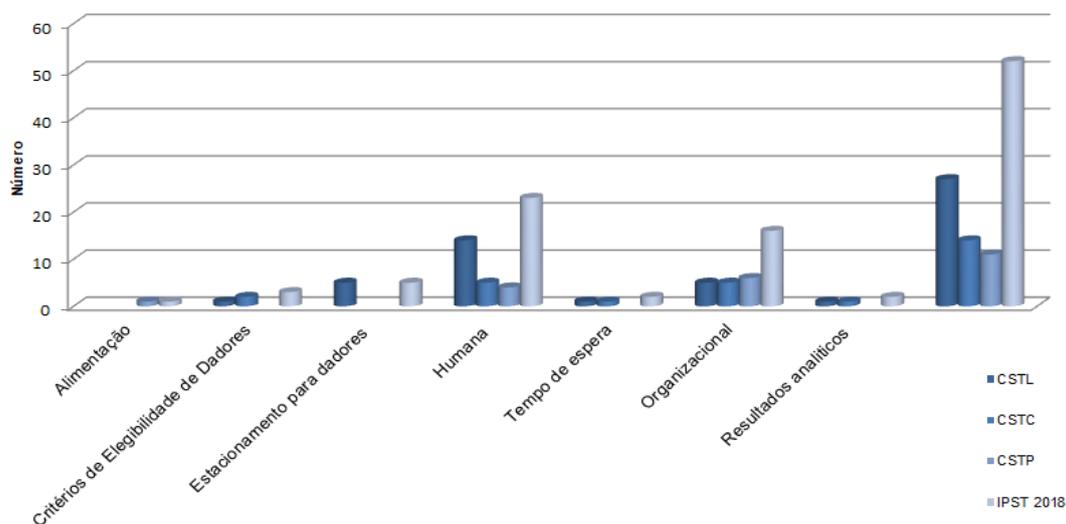
Gráfico 3 - Classificação das reclamações I



Fonte: IPST, IP

Das 8 reclamações por parte de clientes externos na área do sangue, verificamos que 5 são por suspeita de discrepância de fenótipo, 1 por discrepâncias de grupo, 1 por saco com defeito, 1 por suspeita de má selagem. Verifica-se que a causa com maior representatividade é o número de devoluções em 2018 por suspeita de discrepância de fenótipo. Todas as reclamações foram objeto de análise de causas, correção e implementadas medidas corretivas.

Gráfico 4 - Classificação das reclamações II



Fonte: IPST, IP

Da análise das reclamações dos dadores verificamos existirem várias motivações que geram um maior número de reclamações, com maior representatividade temos a causa humana que traduzem o descontentamento com atendimento por parte de alguns profissionais.

O Gabinete de Gestão da Qualidade não registou qualquer reclamação por parte de clientes externos nacionais ou internacionais na área da transplantação, pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

Todas as reclamações tiveram análise de causas, correção e ações corretivas e resposta aos dadores e clientes externos, pelo que o objetivo foi atingido.

Tabela 31- Retorno de informação de partes interessadas relevantes

Partes Interessadas (PI)	Necessidades e expectativas das PI	O que o IPST, IP espera das PI	Retorno
Governo/Tutela	Cumprimento da missão, da lei orgânica e dos estatutos, segundo critérios de economia, eficiência. 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.	Políticas e orientações técnicas e estruturais na área de atividade	Homologação do Plano de Atividades, avaliação do QUAR e aprovação Relatório de Atividades
Autoridade competente para a Área do Sangue, órgãos, tecidos e células	Cumprimento da missão; Processos e sistemas de gestão eficientes, eficazes e sustentáveis segundo as diretrizes ou normas em vigor	Transparência e rigor nos processos de fiscalização e inspeção	Certificados de autorização. Auditorias e inspeções a serviços hospitalares
Entidades internacionais	Dar cumprimento às diretivas e normativas	Diretivas e orientações técnicas	Diretivas e Normas comunitárias
Clientes Entidades públicas e Privadas com Ação na Área do Sangue, órgãos, tecidos e células. Internacionais CEDACE Dadores Sociedade Civil (incluindo potenciais dadores e potenciais)	Cumprimento da missão do IPST, IP Fornecimento de produtos e serviços conformes, de acordo com a regulação destas áreas, conforme os contratos e de forma eficiente	Cumprimento dos protocolos Disponibilização de registo de dadores Consciencialização na dádiva	Avaliação da satisfação

Partes Interessadas (PI)	Necessidades e expectativas das PI	O que o IPST, IP espera das PI	Retorno
Fornecedores	Cumprimento dos prazos contratuais de pagamento; contratação e adjudicação de bens e serviços	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	Objetivo QUAR – OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP
Colaboradores	Cumprimento da missão e das competências do IPST, IP 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.	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.	Avaliação da satisfação
Associações e grupos de dadores	Cumprimento da missão do IPST, IP Fornecimento de produtos e serviços conformes, de acordo com a regulação destas áreas e conforme os contratos Financiamento da atividade de promoção	Promoção da dádiva Colaboração estreita na mudança de paradigma de colheita e no caminho da criação de maior especificidade na dádiva	Avaliação da satisfação
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	Divulgação Institucional
Outras entidades da saúde			
Outras Entidades			
Parceiros internacionais			

Fonte: IPST, IP

II.6.3 Avaliação/Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização

Em 2018 foi mantida metodologia de avaliação de fornecedores, a qualificação de fornecedores é efetuada através da aplicação de gestão das compras “Glantt”, (prazo entrega, prazo validade, quantidade e embalagem) todos os fornecedores críticos de produtos e serviços obtiveram qualificação. Todos os parâmetros são avaliados equitativamente (25%). O controlo e a monitorização do desempenho são efetuados de acordo com os critérios acima especificados juntamente com as ocorrências/reclamações.

Tabela 32 - Avaliação de fornecedores (2018)

Fornecedores	Qualificação média (%)
Fornecedores críticos	96

II.7 Avaliação do Sistema de Controlo Interno

O IPST, IP tem implementada uma abordagem por processos de acordo com a ISO 9001 desde 7 de janeiro de 2013, a qual está certificada pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER).

Neste contexto, existem contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, quer a nível central, quer local, concretamente nos Serviços Centrais (SC) são realizadas reuniões periódicas ou extraordinárias de acompanhamento e supervisão, e nos Centros de Sangue e Transplantação CST são realizadas com todos os dirigentes e gestores de processo, reuniões de monitorização dos objetivos planeados sendo suportadas e controladas pelo Gabinete de Gestão da Qualidade, visando sustentar a adequada gestão das atividades para que os objetivos aprovados pelo Conselho Diretivo possam ser atingidos tal como planeados.

- **Planeamento, monitorização e melhoria**

O IPST, IP no desempenho das suas atividades, assume claramente os princípios preconizados na missão, visão e valores definidos, sendo evidente a interiorização destes elementos estando igualmente presentes em todos os instrumentos de gestão (Planos Estratégicos e Planos de Atividades).

A “estrutura organizacional” estabelecida obedece às regras definidas legalmente, e que constam do Manual de Qualidade.

As “atividades e procedimentos de controlo administrativo implementados no serviço” contemplam procedimentos internos, estando todos os procedimentos documentados organizados por processos ou metodologias de suporte.

As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão definidas e formalizadas em registos. Os fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e padrões de qualidade mínimos estão definidos no documento “Manual da Qualidade”, estando os circuitos dos documentos definidos de forma a evitar redundâncias no “Controlo Documental”. O PO.51.2 - Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas foi aprovado em Outubro de 2014, sendo executado e monitorizado.

A avaliação do sistema de controlo interno é feita segundo os normativos emanados pelo Gabinete de Coordenação e Controlo Interno (GCCCI) a funcionar junto da Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) cumprindo-se as obrigações de reporte de informação exigidas.

As equipas de controlo interno integram profissionais designados pelo Conselho Diretivo tendo sido constituída uma comissão com os elementos necessários para o exercício da função.

- **Controlo através das auditorias internas**

A conformidade do SGQ é verificada internamente através da realização de auditorias independentes. O programa de auditorias internas abrangeu toda a abordagem por processos e metodologias de suporte, sendo os resultados apresentados em relatório com não conformidades e oportunidade de melhoria, se relatadas. É efetuada a verificação da eficácia das ações corretivas e ações preventivas anteriores às auditorias. Foram programadas cinco auditorias internas para 2018, tendo sido cumprido o programa. Em 2018 o IPST, IP passou a ter 25 auditores no âmbito da ISO 9001 e dez profissionais com formação específica em auditoria de controlo interno da administração pública.

- **Controlo através das auditorias externas**

O IPST, IP foi objeto de auditoria pela APCER relativamente para a renovação e transição para a ISO 9001:2015. No presente o âmbito da certificação do sistema de gestão da qualidade está “implementado na promoção da dádiva nas Áreas Funcionais do Sangue e da Transplantação”; estando na “Área Funcional do Sangue: a) Colheita, processamento, armazenamento, distribuição e disponibilização de componentes sanguíneos humanos; b) Testes laboratoriais de imunohematologia de rotina e referência; testes laboratoriais de rastreio serológico e genómico para agentes infecciosos, testes laboratoriais de imunologia plaquetária; c) Controlo de qualidade de componentes sanguíneos”. Na “Área Funcional da Transplantação: a) Testes laboratoriais de imunogenética/genética, testes laboratoriais de imunobiologia, testes laboratoriais de citometria de fluxo, testes laboratoriais de rastreio de agentes transmissíveis, testes laboratoriais de suporte à transplantação de órgãos, tecidos e células, medicina regenerativa e a outras áreas da patologia; b) Processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana; c) Processamento, preservação, armazenamento e distribuição de células de sangue do cordão de origem humana; d) Gestão do CEDACE.”

O relatório da última auditoria realizada de 18 e 30 de abril, 2 e 7 de maio de 2018 pela APCER, referenciada internamente como 2018/5, sumariza-a: “O IPST, IP tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade que evidencia um cumprimento dos requisitos normativos auditados.

A Equipa Auditora (EA) considera que a organização dispõe de competências adequadas para desencadear as ações necessárias para assegurar o cumprimento da norma NP EN ISO 9001:2015 e assegurar as condições necessárias para persecução dos seus objetivos, em conformidade com a sua Política, a qual foi alterada desde a última auditoria.

Durante o ciclo de certificação e através da análise dos relatórios das auditorias anteriores foi evidenciado, na generalidade, uma melhoria no desempenho dos seus processos encontrando-se o Sistema de Gestão da Qualidade implementado e documentado de acordo com os requisitos da norma de referência.”

CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

A Equipa Auditora considera que estão reunidas as condições para a manutenção da certificação do SGQ em avaliação, desde que sejam desenvolvidas as ações necessárias para assegurar a resolução das constatações identificadas. (...)."

As constatações do relatório da APCER foram analisadas e registadas na base de dados de auditorias e inspeções.

- **Controlo das Reclamações**

Entre 16 de fevereiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018 registaram-se 634 reclamações. Atendendo ao número oportunidades de reclamação (eventos) versus o número de reclamações, o rácio verificado em 2018 é residual, associando-se ao elevado rácio de satisfação dos dadores e outros clientes.

De forma genérica o tratamento de reclamações é sistematicamente efetuado, visando a melhoria da satisfação dos clientes do IPST, IP, principalmente dadores.

II.7.1 Controlo da avaliação da satisfação dos clientes

É consistente a forma como se realiza a avaliação da satisfação dos clientes, principalmente dadores de sangue e medula, doentes em lista para transplante e familiares/dadores, clientes institucionais e promotores das sessões de colheita.

O grau de satisfação é também evidenciado através de elogios, tendo sido registados 15 elogios em 2018.

II.7.2 Controlo da utilização da marca de certificação

Não foi detetada qualquer situação abusiva quanto à utilização das marcas da certificação.

- **Controlo da formação**

O Conselho Diretivo reconhece grande importância à formação dos profissionais, tendo uma política de formação que assegure a manutenção das matrizes de competência e a sua adequação às atividades presentes assim como os desafios que surgem no âmbito destas atividades.

Considerando os constrangimentos orçamentais e financeiros do ano 2018, em particular no que se refere aos fundos disponíveis, ficou comprometido todo o planeamento ao nível da formação em particular a

assunção da despesa pública, tendo como consequência a não aprovação do plano de formação. Ainda assim, foram realizadas ações consideradas essenciais.

- **Acompanhamento do seu próprio desempenho**

O acompanhamento acontece fundamentalmente através das reuniões periódicas com as direções dos CST, como já foi referido, sendo registado o balanço anual neste Relatório de Atividades. Este Capítulo sumariza o tratamento dos dados na perspetiva do sistema de controlo interno.

Tabela 33 – Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP – 2018

Questões	Aplicado			Fundamentação/Evidência
	S	N	NA	
1 – Ambiente de controlo				
1.1 Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?	X			Abrange toda a atividade financeira, visando a eficácia e eficiência, cobrindo as suas diversas etapas ou fases, estende-se aos diversos atos e operações em que se desdobra, na dependência hierárquica do Estado. As especificações técnicas estão documentadas no Plano de Atividades, Relatório de Atividades e Relatório de Gestão.
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	X			Durante a prática corrente, caso algum dos profissionais verifique a não conformidade em qualquer atividade onde estes requisitos sejam aplicáveis, deverá relatar a ocorrência para tomada de ação. Durante as auditorias à abordagem por processos, estes requisitos são verificados, por amostragem. No ano de 2018 foram realizadas auditorias, quer no âmbito do Controlo Interno quer no contexto da Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, focando ações de natureza financeira.
1.3 Os elementos da equipa de controlo e auditoria possuem a habilitação necessária para o exercício da função?	X			As equipas de controlo e auditorias integram profissionais com habilitação necessária para o exercício da função, nomeadamente formação em auditorias, treino como observadores de auditorias e avaliação.
1.4 Estão claramente definidos valores éticos e de integridade que regem o serviço (ex. códigos de ética e de conduta, carta do utente, princípios de bom governo)?	X			As atividades e gestão compreendem os valores éticos e de integridade, muitos dos quais regulamentados pela legislação portuguesa, tal como a legislação da contratação pública e a Lei n.º 67/98 para proteção de dados pessoais.
1.5 Existe uma política de formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?	X			Os Centros de Sangue e da Transplantação e as unidades orgânicas participam ativamente no processo de elaboração do plano anual de formação através do levantamento das necessidades de formação dos diversos profissionais.
1.6 Estão claramente definidos e estabelecidos contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas?	X			Reuniões periódicas, nomeadamente semanais com os Responsáveis da DPRHF e DPGPF, agendamento de reuniões de trabalho sempre que justificado, envolvimento dos Diretores Técnicos e demais Dirigentes e Responsáveis no processo de tomada de decisão.

1.7 O serviço foi objeto de ações de auditoria e controlo externo?	X		Uma auditoria externa de terceira parte para renovação da certificação de acordo com a NP EN ISO 9001:2015 pela APCER, tendo sido renovada até 28 de maio de 2019, sendo reconhecida pela The International Certification Network (IQNet).
2 – Estrutura organizacional			
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às regras definidas legalmente?	X		Conforme Portaria nº165/2012 , de 22 de maio, que aprova os Estatutos do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., e revoga a Portaria n.º 811/2007 , de 27 de julho. Conforme Decreto-Lei nº 39/2012 , de 16 de fevereiro que aprova a orgânica do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
2.2 Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?	X		Universo de trabalhadores passíveis de avaliação (com exceção dos trabalhadores integrados na carreira especial médica e de enfermagem cujo processo de implementação transitou para o ano em curso). São enviados reportes anuais para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?	X		Cerca 51% dos colaboradores frequentaram pelo menos uma ação de formação (internas e externas) no ano 2018. Neste sentido, para além das formações realizadas no âmbito do Controlo Interno, merecem ainda destaque a ação de formação cofinanciada pelo POISE, do suporte básico de vida, que decorreu nos CST de Coimbra e Porto, num total de 89 formandos.
3 – Atividades e procedimentos de controlo administrativo implementados no serviço			
3.1 Existem manuais de procedimentos internos?	X		Todos os procedimentos documentados estão organizados por processos ou metodologias de suporte, sendo controlados e disponibilizados em suporte 57lectrónico.
3.2 A competência para autorização da despesa está claramente definida e formalizada?	X		Delegação de competências do Conselho Diretivo e Delegação de competências do Diretor do DPGPF.
3.3 É elaborado anualmente um plano de compras?	X		Anualmente, o Plano de Compras é elaborado e revisto e aprovado pelo Conselho Diretivo.
3.4 Está implementado um sistema de rotação de funções entre trabalhadores?	X		Existe rotação de funções nas carreiras TACSP, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais dos Centros de Sangue e Transplantação.
3.5 As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão claramente definidas e formalizadas?	X		Designação e identificação dos responsáveis pelas diferentes tarefas/conferências e controlos.
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?	X		Descrição no Manual da Qualidade – MQ.1.
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	X		Descrição da metodologia de suporte: Controlo Documental MS.1
3.8 Existe um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas?	X		Existe um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado pelo CD.
3.9 O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é executado e monitorizado?	X		Sim, mediante elaboração de relatório, sendo o último relatório de 18 de setembro de 2017.

4 – Fiabilidade dos sistemas de informação			
4.1 Existem aplicações informáticas de suporte ao processamento de dados, nomeadamente, nas áreas de contabilidade, gestão documental e tesouraria?	X		Na área da contabilidade e tesouraria existe o software Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade (SIDC), na área da faturação existe a aplicação Primavera para a área da transplantação e a aplicação Fact para a área do sangue e no aprovisionamento a aplicação Gestão de Materiais da Glintt. O controlo de documentos que não sejam registos é realizado em base de dados Sword Achiever para software IBM Lotus Notes. Em 2018 teve início um projeto de desenvolvimento de um novo sistema de gestão documental visando a desmaterialização fiável dos processos do IPST, IP.
4.2 As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?	X		Sim, com exceção com a aplicação da Glintt.
4.3 Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?	X		Análise e conferência da informação gerada pelas aplicações da Área do Sangue e da Área da Transplantação. Está em desenvolvimento a reestruturação dos “outputs”.
4.4 A informação extraída dos sistemas de informação é utilizada nos processos de decisão?	X		O Conselho Diretivo utiliza informação dos sistemas informáticos, nomeadamente estatísticas e indicadores de atividade e desempenho, na análise para suporte à tomada de decisões.
4.5 Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?	X		As aplicações estão definidas de modo a só permitir entrada dos utilizadores identificados no sistema mediante nome do utilizador e palavra-chave,
4.6 A informação dos computadores de rede está devidamente salvaguardada (existência de backups)?	X		Existem arquivos das bases de dados assim como dos sistemas operativos.
4.7 A segurança na troca de informações e software está garantida?	X		Para as informações a segurança é garantida pelo IPsec e a utilização do software está condicionada a credenciais de acesso.

II.7.3 Resultados de Auditorias

Tabela 34 - Registo das ocorrências nas auditorias para verificação na abordagem ISO 9001:2015.

N.º auditorias	Não conformidade		Oportunidade de melhoria		Área sensível		Total de ocorrências
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
SC	0	0	2	3.1			
CSTP	5	7.8	13	20.3			
CSTL	2	3.1	4	6.3			
CSTC	7	10.9	6	9.4			
CSTL – LA	6	9.4	4	6.3			
AE	8	12.5	3	4.7	4	6.3	
Total	28	43.8	32	50	4	6.3	64

Fonte: IPST, IP

As auditorias internas auditaram todo o sistema de gestão da qualidade segundo a ISO 9001:2015. Da análise da tabela anterior e dos relatórios das auditorias, entendemos que as especificações ISO 9001:2015 são minimamente cumpridas. Contudo, o SGQ requer um maior período para a maturação não só destas especificações como dos princípios da gestão da qualidade.

II.7.3.1 Não Conformidades e Oportunidades de Melhoria

Tabela 35 - Estado das Não conformidades e Oportunidades de Melhoria registadas até 31 de dezembro de 2018

Estado OM			Estado NC		
Finalizadas	297	88.7%	Finalizadas	763	91.3%
Em progresso	38	11.3%	Em progresso	73	8.7%
Total	335	100%	Total	836	100%

Fonte: IPST, IP

Tabela 36- Distribuição por grupo de causas

Distribuição por grupo de causas	2017		2018		Δ
	Nº	%	Nº	%	
Análise de dádivas x Defeito do produto - Outras	4	0,5%	4	0,5%	0,0%
Análise de dádivas x Erro humano - Erro nos testes de compatibilidade ABO ou outro antigénio, devido a falhas no teste	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Análise de dádivas x Erro humano - Outras	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Erro nos testes de compatibilidade ABO ou outro antigénio, devido a falhas no equipamento	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Análise de dádivas x Falha de equipamento – Outras	12	1,5%	12	1,4%	-0,1%
Análise de dádivas x Outro – Outras	11	1,4%	12	1,4%	0,1%
Análises das Dádivas - Erro humano - Análises laboratoriais de marcadores de doenças transmissíveis não realizadas de acordo com os procedimentos	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Armazenamento x Erro humano - Localização incorreta de componentes sanguíneos	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Armazenamento x Erro humano - Outras	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Armazenamento x falha de equipamento - Desvio importante da temperatura de armazenamento	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Armazenamento x falha de equipamento - Outras	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Informação pós dádiva conhecida pelo dador, mas não tida em conta pelo rastreio porque o rastreio foi realizada de forma incorreta - O Dador notifica um fator de risco para a HIV, HBV, HCV	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Dados errados dos dadores	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Falha de ligação no processo (por exemplo, erro na ligação entre a amostra e a dádiva)	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Rotulagem incorreta de componente sanguíneo	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Transporte em condições inadequadas	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Informação pós dádiva conhecida pelo dador, mas não tida em conta pelo rastreio porque o rastreio foi realizada de forma incorreta - O Dador notifica um facto de risco para CJD ou vCJD	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	20	2,5%	20	2,4%	-0,1%
Colheita de sangue total x Erro humano - Seleção de dador - Dador aceite, mas não conforme com os critérios de inclusão	8	1,0%	8	1,0%	0,0%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Condições de transporte inadequadas	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Dados errados dos dadores	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Falta de ligação no procedimento devido a um erro nos sistemas informáticos	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Outras	4	0,5%	5	0,6%	0,1%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Problemas relacionados com o conjunto de colheita, com risco para a qualidade e segurança do sangue e seus componentes, tais como defeitos, contaminação ou descolamento/separação de camadas de etiquetas	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Outro - Colheita de sangue - Dados errados dos dadores	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Outro - Informação pós dádiva conhecida pelo dador, mas não tida em conta pelo rastreio porque o rastreio foi realizada de forma incorreta - O Dador notifica um fator de risco para a HIV, HBV, HCV	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	25	3,1%	27	3,2%	0,1%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Problemas relacionados com o conjunto de colheita, com risco para a qualidade e segurança do sangue e seus componentes, tais como defeitos, contaminação ou descolamento/separação de camadas de etiquetas	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	0	0,0%	0	0,0%	0,0%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	0	0,0%	0	0,0%	0,0%
Colheitas de aférese x Erro humano - Outras	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Colheitas de aférese x Outro - Outras	9	1,1%	9	1,1%	0,0%
Distribuição - Erro humano - Libertação - Libertação de um componente que não preenche os requisitos (dador, análises, especificações do produto, armazenamento)	2	0,2%	2	0,2%	0,0%

Distribuição - Falha do equipamento - Libertação - Libertação de um componente que não preenche os requisitos (dador, análises, especificações do produto, armazenamento)	6	0,7%	6	0,7%	0,0%
Distribuição x Defeito do produto - Outras	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Distribuição x Erro humano - Distribuição de um componente sanguíneo após a deteção de risco de segurança ou desvio sério de qualidade (não destruídos ou sujeito a procedimento de chamada (recall))	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Distribuição x Erro humano - Distribuição de um componente sanguíneo expirado, não libertado, que apresenta sinais de deterioração ou rejeitada	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Distribuição x Erro humano – Outras	9	1,1%	9	1,1%	0,0%
Distribuição x Falha de equipamento - Outras	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Distribuição x Falha de equipamento - Transporte em condições inadequadas	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Humana - Comportamento assente em regras - Coordenação	6	0,7%	9	1,1%	0,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Intervenção	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Humana - Comportamento assente em regras - Lapso	55	6,8%	68	8,1%	1,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Monitorização	5	0,6%	9	1,1%	0,5%
Humana - Comportamento assente em regras - Qualificação	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Humana - Comportamento assente em regras - Verificação	12	1,5%	17	2,0%	0,5%
Humana - Comportamento assente na competência - Desempenho	40	5,0%	44	5,3%	0,3%
Humana - Comportamento assente no conhecimento	17	2,1%	18	2,2%	0,0%
Humana – Externa	15	1,9%	16	1,9%	0,1%
Materiais x Erro humano - Material danificado/partido devido a falha na manipulação	3	0,4%	4	0,5%	0,1%
Materiais x Erro humano – Outras	4	0,5%	4	0,5%	0,0%
Materiais x Falha de equipamento - Outras	22	2,7%	23	2,8%	0,0%
Organizacional – Cultura	6	0,7%	7	0,8%	0,1%
Organizacional – Externa	26	3,2%	27	3,2%	0,0%
Organizacional - Prioridades de gestão	43	5,3%	53	6,3%	1,0%
Organizacional - Protocolos	27	3,4%	32	3,8%	0,5%
Organizacional - Transferência de conhecimento	11	1,4%	15	1,8%	0,4%
Outra causa	62	7,7%	89	10,6%	2,9%
Outra causa - Inclassificável	4	0,5%	4	0,5%	0,0%
Outros x Defeito do produto -Outras	12	1,5%	10	1,2%	-0,3%
Outros x Defeito do produto -Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Processamento x Erro Humano - Outras	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Processamento x Falha de equipamento - Outras	26	3,2%	27	3,2%	0,0%
Processamento x Falha de equipamento - Sangue e processamento de componentes sanguíneos - Falha do equipamento originando produto fora da especificação	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Processamento x Outro - Outras	16	2,0%	18	2,2%	0,2%
Processamento x Outro - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Processamento x Outro - Utilização de Procedimento Operação Padronizado (SOP) errado (por exemplo, erro na escolha do SOP; SOP obsoleto)	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Q - Humana - Competência	15	1,9%	15	1,8%	-0,1%
Q - Humana – Individual	4	0,5%	4	0,5%	0,0%
Q – Organizacional	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Q - Organizacional - Externa	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Q - Organizacional - Formação	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Q - Organizacional - Procedimentos	22	2,7%	22	2,6%	-0,1%
Q - Técnica - Implementação	9	1,1%	9	1,1%	0,0%

Q - Técnica - Material	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Q - Técnica - Procedimentos	21	2,6%	21	2,5%	-0,1%
Q - Técnico - Implementação	3	0,4%	3	0,4%	0,0%
Técnica - Conceção - Falhas devido a conceção pobre do equipamento, software, etiquetas ou impressos	14	1,7%	0	0,0%	-1,7%
Técnica - Conceção	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Técnica – Externa	1	0,1%	1	0,1%	0,0%
Técnica - Externa - Falhas técnicas fora do controlo e responsabilidade da organização sob investigação	18	2,2%	20	2,4%	0,2%
Técnica - Fabrico	4	0,5%	4	0,5%	0,0%
Técnica - Fabrico - Projeto que foi construído em áreas inacessíveis ou não foi construído adequadamente	5	0,6%	5	0,6%	0,0%
Técnica – Materiais	2	0,2%	2	0,2%	0,0%
Técnica - Materiais - Defeitos em materiais que não sejam por falha de conceção ou fabrico	13	1,6%	0	0,0%	-1,6%

Fonte: IPST, IP

II.7.3.2 Estado das Ações Preventivas e Corretivas

A finalização de ações (preventivas) para introdução de oportunidades de melhoria no IPST, IP foi de 88.7% do total de oportunidades registadas em 2018. Cerca de um quarto das oportunidades de melhoria são entradas de revisão nas reuniões de gestão que ocorrem nos Centros de Sangue e de Transplantação.

Contudo, a maioria das oportunidades de melhoria identificadas no planeamento (saídas da revisão pela gestão) não são registadas como “ações preventivas” na base de dados, sendo as ações controladas através da monitorização e análise de indicadores, os quais estão registadas no presente relatório

II.8 Desenvolvimento de Medidas de reforço positivo de desempenho

A análise SWOT é uma ferramenta de diagnóstico e de planeamento estratégico que permite fazer uma avaliação de organizações, equipas ou indivíduos, assim como das respetivas envolventes, no que diz respeito aos seus Pontos Fortes e Fracos - Ambiente Interno - e Oportunidades e Ameaças - Ambiente Externo - alinhados segundo os objetivos estratégicos. A implementação efetiva da estratégia do IPST, IP, traduziu-se na adoção de uma diretiva organizacional, tendo como referencial a matriz SWOT descrita no âmbito do Plano de Atividades. Ao nível do ambiente interno, foi efetuada uma aposta clara nos pontos fortes e um controlo ativo sobre os pontos fracos, enquanto, no ambiente externo, foram desenvolvidos esforços no sentido de aproveitar as oportunidades e monitorizar ou melhor controlar as ameaças identificadas. Neste contexto, o resultado desta reflexão serviu de base para realinhar as prioridades estratégicas do IPST, IP e, perante os fatores do meio ambiente interno e externo inerentes redefinir uma nova análise SWOT entretanto patente no Plano de Atividades relativo a 2019.

O IPST, IP define “medidas de reforço positivo do desempenho” como “conjunto de ações que permita a melhoria da eficácia”, assente na sustentabilidade da organização, contemplando o estímulo das partes interessadas.

O IPST, IP desenvolveu um conjunto de medidas para um reforço positivo do desempenho, sustentada na análise SWOT e designadas no Plano de Ações de Melhoria.

Questões internas

a) Pontos fortes

- Autossuficiência em componentes sanguíneos e plasma para transfusão
- Regulador das áreas do Sangue e da Transplantação
- Capacidade para produção e para processamento de componentes sanguíneos, células e tecidos humanos
- Know-how diferenciado e consolidado
- Potenciação de sinergias pela unificação das áreas do Sangue e da Transplantação nos Centros
- Regulamentação recente em matéria de plasma e transplantação
- Relações internacionais diversificadas e consolidadas
- Modelos de marketing relacional através do call center, 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 que se mantém como o segundo maior a nível europeu (em países com mais de 9M habitantes)

Análise: Não houve pontos fortes que tenham passado a pontos fracos, pelo que o IPST, IP demonstrou capacidade para a sua manutenção.

Ações de melhoria propostas para manter as forças:

Ver ações no Plano de Atividades de 2019.

Oportunidades:

- Mudança do paradigma da colheita a nível nacional incrementando o controlo do IPST, IP sobre a mesma
- Relativamente ao mercado externo, redução da dependência nacional em termos da necessidade plasma inativado e seus derivados
- Efetivação do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento de Plasma Humano com colaboração dos serviços de sangue hospitalares
- Relacionamento com os principais parceiros nomeadamente hospitais e associações de dadores
- 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
- Programa SIMPLEX+ e candidatura de projetos a financiamento SAMA
- Consagração normativa das novas exigências e responsabilidades e maior flexibilidade da estrutura organizacional, como forma mais ajustada de desenvolver a atividade e potenciar a desconcentração geográfica dos Centros de Sangue e Transplantação.

Ações de melhoria propostas para manter as oportunidades:

Ver ações no Plano de Atividades de 2019

b) Pontos fracos

- Desadequação da atual Lei Orgânica e Estatutos face às responsabilidades acrescidas atribuídas pela Tutela ao IPST, IP,;
- Desajustamento do efetivo de recursos humanos face à atividade a assegurar, resultante essencialmente das limitações legais à sua substituição e da dificuldade em encontrar profissionais diferenciados em determinadas áreas de atividade contratados segundo regras da Administração Pública;
- Dificuldade em conseguir que as entidades públicas devedoras garantam em tempo útil os respetivos compromissos financeiros, trazendo dificuldades acrescidas para o cumprimento da LCPA.

- Limitações da eficácia de atuação na estrutura de rede de colheita e transplantação traduzidas pelo poder limitado de intervenção – apenas função normativa e reguladora – junto das entidades integrantes da rede de colheita e transplantação.
- Dificuldade de uniformização e harmonização de procedimentos, dada a descentralização geográfica das Unidades Orgânicas do IPST, IP, traduzida em 2 áreas (sangue e transplantação) com práticas diferenciadas há muito instituídas, e instalações separadas fisicamente.
- Desadequação de parte da infraestrutur institucional, nomeadamente, instalações envelhecidas e sem manutenção preventiva regular, alguns equipamentos obsoletos, frota automóvel e parque informático com problemas frequentes.
- Complexidade e morosidade na contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e celebração de contratos de manutenção dadas as necessidade de cumprimento das atuais regras e procedimentos vigentes na AP (nomeadamente consulta prévia ao SEAP).
- Obsolescência de servidores e existência de contratos de manutenção em regime de *outsourcing* dadas as limitações de recursos financeiros e de meios para contratar pessoal informático diferenciado
- Défice de comunicação e desenvolvimento de imagem essencialmente pela carência profissionais qualificados para assessorar imagem institucional, alguns meios de comunicação social, publicidade, desenho gráfico e marketing.

Análise: Não obstante o esforço empreendido, não foi conseguida a transição de qualquer destes pontos fracos para fortes.

b) Ameaças:

- Envelhecimento da população com diminuição da capacidade de dádiva
- Previsão de redução do número de dádivas por sessão de colheita

A redução dos pontos fracos e a transformação das oportunidades em pontos fortes minimizam as ameaças, sendo para tal estrategicamente necessário fazer o seu constante acompanhamento e avaliação, dado o alto risco de se poderem transformar em pontos negativos.

Assim, o IPST, IP considera como ameaças relevantes para esta análise, aquelas que tinham um risco significativo de se transformarem em pontos fracos podendo limitar a missão e atribuições do IPST, IP. No entanto, durante o ano de 2018 constatou-se que a ameaça a seguir elencada não só não se transformou em ponto fraco, como também, deixou de ser considerada como tal:

- Previsão de redução do número de dádivas por sessão de colheita

Relativamente ao envelhecimento da população com diminuição da capacidade de dádiva mantém-se a aposta do IPST, IP na sensibilização e capacidade de mobilização das camadas mais jovens pois este fator permanece uma realidade do país.

Ações de melhoria propostas:

- Melhoria da articulação com a DGS relativamente à partilha de competências da Autoridade Competente para o Sangue, órgãos tecidos e células;
- Reforço da divulgação da dádiva, dirigida à população mais jovem;
- Ações de recrutamento e fidelização de dadores;
- Mudança de paradigma da dádiva no contexto dos dadores CEDACE;
- Manter a comunicação institucional com os serviços de sangue hospitalares para reforço do aproveitamento do plasma correspondente ao interesse nacional de forma a garantir menor dependência do mercado externo de medicamentos derivados do plasma;
- Melhorar o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores;
- Reforço das ações de sensibilização dos profissionais de saúde;
- Avaliação do potencial real de cada hospital com unidades de colheita com maior garantia de reconhecimento de todos os potenciais dadores;
- Reforço das ações de auditoria e formação às GCCT e hospitais com colheita
- Reconhecimento da atividade desenvolvida pelo BPCCU
- Diminuir as importações de tecidos devido à entrada em funcionamento das salas brancas, construídas na área da transplantação do CST Lisboa.
- Potencializar o sistema RPT baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos. A APP é dividida em duas áreas, uma para o doente, e outra restrita aos profissionais de saúde envolvidos no processo da transplantação. Permitirá um mecanismo único na relação médico – doente, com agendamento de consultas, visualização da medicação ou marcação de meios complementares de diagnóstico.
- Concretizar a interoperabilidade dos sistemas de informação do IPST, IP.
- Constituir a equipa para agilizar as ferramentas de gestão através do acompanhamento dos diferentes processos do IPST, IP;
- Criar equipas para dinamização e motivação dos profissionais do IPST, IP;
- Reforço dos canais de comunicação;
- Dar continuidade ao sistema de monitorização através de “dashboards” e relatórios periódicos;
- Implementação de um sistema de digital que converta dados em informação fidedigna para facilitar a tomada de decisão;
- Desenvolver o programa de “benchmarking”;

- Revisão do ciclo de gestão anual e plurianual em função das novas responsabilidades cometidas ao IPST, IP pela Tutela;

II.9 Comparação com o desempenho de serviços idênticos no Plano Internacional

a) Comparação no Plano Internacional

O processo de benchmarking caracteriza-se por uma metodologia analítica, estruturada, contínua e sistemática que assenta na monitorização e na comparação do desempenho das organizações e funções inerentes relativamente ao que é considerado como melhor nível de desempenho ou performance. A prática de benchmarking constitui, portanto, uma importante ferramenta de gestão na medida em que possibilita a implementação de práticas de excelência que visam alcançar níveis de desempenhos superiores, quer pela introdução de novos conceitos de avaliação e determinação de objetivos concretos e realistas a par do estabelecimento de critérios de prioridade na atividade de planeamento, quer pela identificação de áreas que devem ser objeto de melhoria, traduzindo não só uma maior eficácia na orientação para resultados mas também o reconhecimento dos fatores críticos de sucesso.

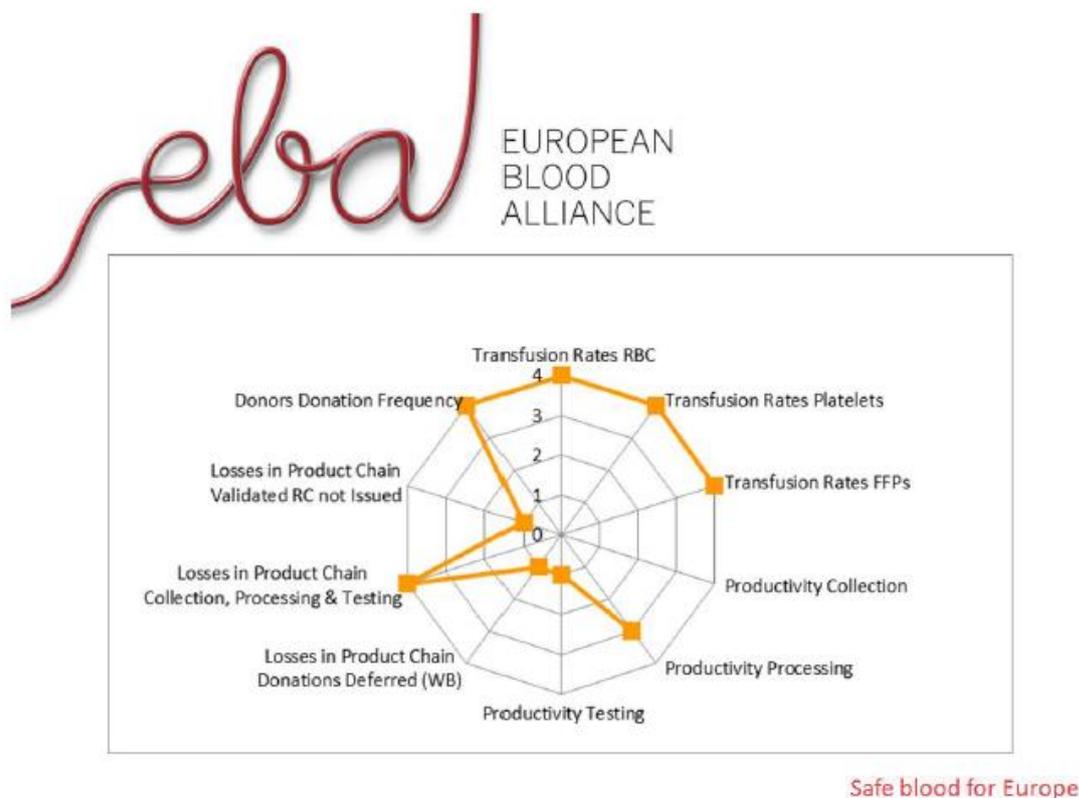
É neste sentido que a área do sangue participa, desde 2014, no benchmarking da European Blood Alliance (EBA), organização de referência no setor. Dada à existência de um calendário para a submissão de dados referentes a 2018 que se encontra ainda em curso e o seu posteriormente tratamento, culminando com a apresentação de resultados apenas em Outubro, socorremo-nos dos resultados referentes ao ano 2017.

Assim, a informação reportada pelo IPST, IP permitiu comparar o seu desempenho relativamente a semelhantes serviços existentes em 19 países membros. As métricas utilizadas pela EBA para monitorizar os indicadores de desempenho visam essencialmente os seguintes segmentos:

- Frequência dos Dadores
- Rácios de Transusão
 - Eritrócitos
 - Plasma
 - Plaquetas
- Produtividade
- Perdas da Cadeia de Produção

A análise realizada permitiu efetuar um gráfico de radar (Gráfico 5), representativo deste conjunto de dados multivariado, no qual os pontos se distanciam do centro à medida que a ordem de grandeza dos indicadores aumenta, sendo que os pontos ou scores que figuram no gráfico são referentes à posição que um dado indicador do IPST, IP apresenta no grupo. Dos 10 indicadores monitorizados, e considerados 4 intervalos (quartis) para o conjunto de scores apurados, numa escala crescente, em que o nível 4 representa as organizações com melhores desempenhos, importa sublinhar que o IPST,IP apresenta cinco indicadores com score 4 (excelência), um com score 3 (bom), e três com score 1 (melhoráveis).

Gráfico 5 - Gráfico radar IPST, IP 2018



Fonte: Relatório da European Blood Alliance

Verifica-se que os melhores índices do IPST, IP ocorrem ao nível dos rácios de Frequência dos Dadores, transfusão de Eritrócitos (RBC Red Blood Cells), plaquetas (Platelets), Plasma (FFP Fresh Frozen Plasma), nos rácios de produção de componentes e perdas nas dádivas e produção. Em termos evolutivos e comparativamente aos resultados apurados no exercício do ano anterior, os dados configuram um padrão gráfico com melhoria franca no índice de Frequência dos Dadores, e, semelhante na produção de componentes, e nas perdas na cadeia de produção, demonstrando estabilidade nos processos de atividade desempenhados pelo IPST,IP.

Comparativamente a outros serviços semelhantes Europeus com níveis de desempenho superiores, constituem oportunidades de melhoria os índices do IPST, IP relativos às perdas na cadeia de produção (suspensão de dadores e inutilizações), sendo que o Plano Estratégico 2017-2019 do IPST, IP contemplam a realização de um conjunto de ações concebidas para aproximar estes índices ao nível dos indicadores dos serviços Europeus com desempenho superior.

Tabela 37- Comparações Nacionais ou Internacionais

Comparações Nacionais ou Internacionais	Organismo
Não foi efetuada qualquer tipo de comparação	IPST, IP

b) Prémios e ou Menções de Entidades Externas

- Medalha de Serviços Distintos, Grau Ouro, atribuída pelo Ministro da Saúde, na comemoração dos 60 anos do Instituto, em 16 de fevereiro de 2018.
- Prémio de Boas Práticas, atribuído ao IPST pelo INFARMED no âmbito da comemoração dos seus 25 anos.

Tabela 38- Prémios e ou menções de entidades

Prémios e ou menções de entidades	Organismo
Integração de uma short-list	TUTELA/ INFARMED

II.10 Análise da afetação real e prevista dos recursos Humanos e Financeiros

II.10.1 Análise do grau de execução dos Recursos Humanos

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2018 – 608 encontra correspondência no número de postos de trabalho propostos e mapa de pessoal aprovado superiormente, com uma distribuição pelas diferentes carreiras em função das necessidades funcionais e operativas tendo em conta a missão e atribuições do Instituto.

A ligeira variação negativa ao nível dos recursos humanos que resulta da Tabela abaixo é consequência da saída de profissionais por aposentação, mobilidade e procedimentos concursais, mas também alguma demora na contratação em virtude da dependência de autorizações de recrutamento por parte de entidades externas, pese embora os esforços desenvolvidos no sentido de contrariar essa tendência e promover a captação de trabalhadores pelo desenvolvimento de diversos procedimentos administrativos tendo o IPST,IP se confrontado, em alguns procedimentos concursais, com a falta de opositores aos mesmos.

Efetivamente, e apesar de todos os esforços desenvolvidos no sentido do preenchimento dos postos de trabalho, o número de efetivos em 2018 diminuiu em cerca de 12 profissionais comparando com período homólogo, não obstante, este Instituto continuará a investir no recrutamento de recursos humanos, tendo em vista a gradual ocupação de postos de trabalho previstos no mapa de pessoal e não ocupados.

Tabela 39 - Análise Produtividade (2018)

RH realizados (pontuação)	4443,00
RH planeados (pontuação)	6145,00
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	0,7230
Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)	72%
Taxa de Concretização Global de objetivos	113,3%
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	72%
	1,5671
Índice Produtividade	157

Fonte: IPST, IP

II.10.2 Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2018)

Tabela 40 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST, IP 2018

No final do ano de 2018, verificou-se que a execução do orçamento do IPST, IP apurou os seguintes desvios:

	Orçamentado	Cativos	Executado	Desvio
Despesas com Pessoal	20.210.478	0	15.633.964	4.576.514
Aquisições de Bens e Serviços	40.057.971	0	26.426.295	13.631.676
Transferências Correntes	758.000	0	662.601	95.399
Outras Despesas Correntes	76.300	0	48.955	27.345
Aquisição de bens de capital	1.898.882	0	597.182	1.301.700
Juros e Outros Encargos	3.500	0	2.780	720
Total	63.005.131	0	43.371.778	19.633.353

Fonte: IPST, IP

Relativamente aos Recursos Financeiros, salienta-se que a execução apresenta um desvio de cerca de 31,2%.

Saliente-se que o pagamento de dívida transitada de anos anteriores comprometeu a tesouraria do IPST, IP, para fazer face aos projetos previstos e influenciou significativamente a execução do ano 2018.

Um dos desvios mais relevantes foi o desvio relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 13.631.676€. Para além do acima mencionado, contribuiu para esta situação o facto de não se ter aberto no decorrer do ano de 2018 novo concurso para o fracionamento do plasma, dado que só em dezembro de 2018 se conseguiu concluir o processo anterior, com a entrega do produto.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 4.576.514€ justificado pela não ocupação dos lugares de Mapa, devido aos constrangimentos processuais inerentes a autorizações externas, sendo que o IPST, IP, abriu os procedimentos concursais adequados para ocupação dos lugares, mas os mesmos, na sua maioria, não se concluíram no ano de 2018.

Tabela 41 - Análise de Custo – Eficácia (2018)

Despesa Executada	43 371 777,00 €
Despesa Orçamentada CORRIGIDA)	63 005 131,00 €
Taxa Execução Recursos Fina c ros	0,6884
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	69%
Taxa de Concretização Global de objetivos	113,3%
Taxa Execução e recursos Financeiros	69%
	1,6459
Índice Custo - Efic cia	165

Fonte: IPST, IP

II.10.3 Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2018

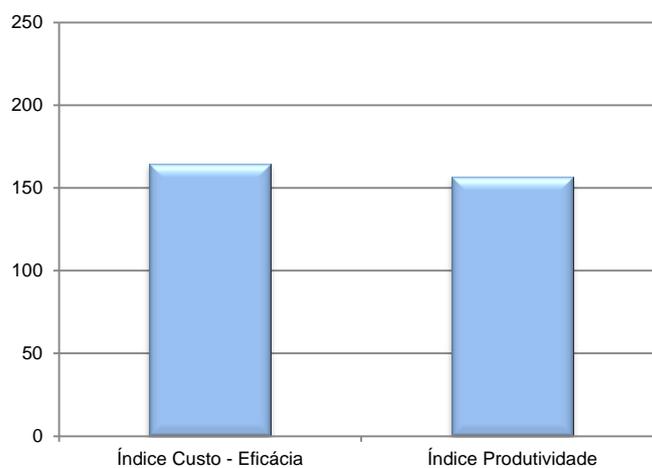
O cálculo dos Índices Custo - Eficácia e de Produtividade permite medir a taxa de utilização dos recursos financeiros e dos recursos humanos respetivamente.

Tabela 42- Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2018

Taxa de Concretização Global de objectivos				113%	
Taxa Execução Recursos Financeiros	Despesa Executada	43 371 777,00 €	69%	Índice Custo-Eficácia	165
	Despesa Orçamentada	63 005 131,00 €			
Taxa Execução Recursos Humanos	RH utilizados	4 443	72%	Índice Produtividade	157
	RH planeados	6 145			

Fonte: IPST, IP

Gráfico 6 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2018



Fonte: IPST, IP

III. Unidades Homogéneas

Tabela 43- Unidades Homogéneas

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

IV. Balanço Social

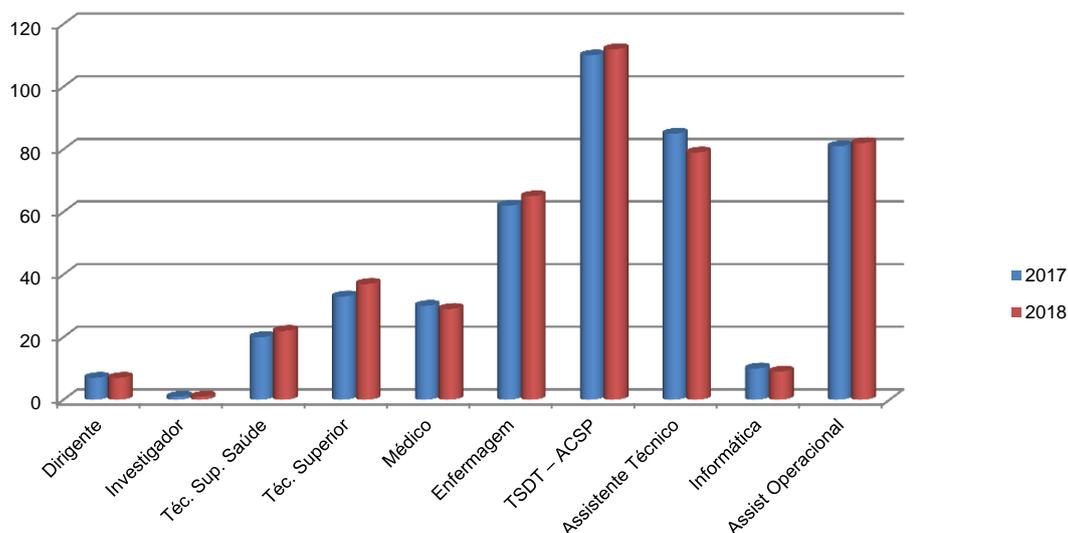
Efetuada uma análise comparativa dos Recursos Humanos do IPST,IP, considerando os trabalhadores contratados por tempo indeterminado e determinado, verifica-se que em 2018 a variação existente em relação a 2017 é positiva, cerca de 1% , conforme resulta na tabela abaixo:

Tabela 44 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2017/2018

Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa/Avença	Total 2017	CTI	CTC	Contrato Tarefa/Avença	Total 2018	Δ % 2017/2018
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	1	0	0	1	1	0	0	1	0%
Téc. Sup. Saúde	17	3	0	20	19	3	0	22	10%
Téc. Superior	33	0	0	33	37	0	5	42	27%
Médico	26	4	53	83	25	4	55	84	1%
Enfermagem	54	8	55	117	63	2	53	118	1%
TDT – TACSP	87	23	12	122	108	3	12	124	2%
Assistente Técnico	85	0	0	85	80	0	0	79	-7%
Informática	10	0	0	10	9	0	1	10	0%
Assistente Operacional	81	0	0	81	82	0	0	82	1%
TOTAL	401	38	120	559	431	12	126	569	2%
	439				443				1%

Fonte: IPST, IP

Gráfico 7 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2017/2018



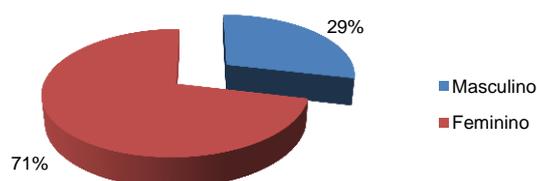
Fonte: IPST, IP

A contratação de prestações de serviço na modalidade de tarefa e avença tem vindo a revelar-se imprescindível permitindo uma gestão mais flexível dos recursos humanos em situações de acentuada necessidade e em determinadas épocas do ano, continuando a permitir sustentar o desenvolvimento da missão do Instituto, com normalidade e regularidade, particularmente no que toca à colheita de sangue, de modo a responder às solicitações feitas por associações e dadores, cuja disponibilidade para a dádiva recai, sobretudo, nos dias de fim de semana e feriados.

IV.1 Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.

No final de 2018, o número de efetivos existente no IPST, IP – 443, agregava 127 homens e 316 mulheres, traduzindo o peso percentual indicado no gráfico infra:

Gráfico 8- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género



Fonte: IPST, IP

IV.2 Remunerações

Tabela 45 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género

	Masculino	Feminino	TOTAL
Até 500 €	1	1	2
501 - 1000 €	50	91	141
1001 - 1250 €	22	55	77
1251 - 1500 €	17	74	91
1501 - 1750 €	9	36	45
1751 - 2000 €	12	16	28
2001 - 2250 €	2	8	10
2251 - 2500 €	2	1	3
2501 - 2750 €	1	6	7
2751 - 3000 €	2	2	4
3001 - 3250 €	0	1	1
3251 - 3500 €	1	3	4
3501 - 3750 €	0	2	2
3751 - 4000 €	1	1	2
4001 - 4250 €	2	3	5
4251 - 4500 €	0	3	3
4501 - 4750 €	0	3	3
4751 - 5000 €	3	4	7
5001 - 5250 €	0	0	0
5251 - 5500 €	0	6	6
5501 - 5750 €	1	0	1
5751 - 6000 €	1	0	1
Mais de 6000 €	0	0	0
TOTAL	127	316	443

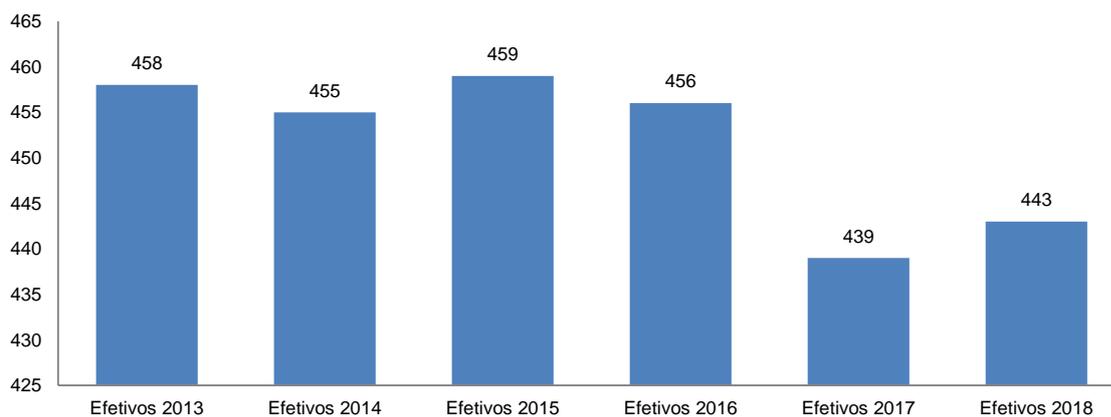
Fonte: IPST, IP

Tabela 46 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima €	364,00 €	348,00 €
Máxima €	5 805,00 €	5 381,00 €

Fonte: IPST, IP

Gráfico 9- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2018)



Fonte: IPST, IP

V. Publicidade Institucional

Relativamente às iniciativas de publicidade institucional e conforme o disposto na Lei n.º 95/2015 de 17 de agosto, que estabelece as regras e os deveres de transparência a que ficam sujeitas a realização de campanhas de publicidade institucional do Estado, o IPST, IP promoveu a campanha de sensibilização para a dádiva benévola de sangue no verão de 2018, através do uso de avioneta junto à costa algarvia com um custo associado 3.765€, conforme se pode observar na tabela infra:

Tabela 47 - Campanhas Publicitárias

Local	Datas	Método
Quarteira	6,7 e 8 agosto	Nº de voos: 3 (1/dia) pelas 13h00
Albufeira	15,16 e 17 agosto	Nº de voos: 3 (1/dia) pelas 13h00
Lagoa (FATACIL)	19,20,22,24 e 26 agosto	Nº de voos: 5 (1/dia) pelas 13h00
O custo total da campanha		3.765€

VI. Informação Histórica

Tabela 48 - Informação Histórica

Informação incluída no RA, para além do QUAR	Organismo
O relatório contém informação histórica maioritariamente com evolução positiva mas moderada sobre os resultados das ações desenvolvidas pelas UH; é usada na autoavaliação e foi incluída nos objetivos da qualidade QUAR	IPST, IP

VII. Avaliação final (2018)

Tendo em conta o desenvolvimento das atividades do IPST, IP face ao nível de desempenho globalmente evidenciado e de acordo com os critérios oficiais definidos para a *classificação qualitativa* da avaliação final de desempenho dos Serviços, para o grau de cumprimento dos objetivos operacionais pelo IPST, IP pressupõe-se que a menção final qualitativa que a ser atribuída é a constante na alínea b) do nº 1 do artº 18 da Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro – *Satisfatório* - em virtude dos resultados alcançados - objetivos 7 superados, 5 atingidos e dois não atingidos - com uma taxa de realização dos objetivos operacionais superior ao previsto – 113,32% (Tabela 16).

Tabela 49- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2018

Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais											
	OOps	Grau de realização dos OOp	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro	Avaliação parcial por Parâmetro	Avaliação Global Esperada	Avaliação Global Concretizada	Média Ponderada Esperada por Parâmetro	Média Ponderada Concretizada por Parâmetro	Média Ponderada Esperada Global	Média Ponderada Concretizada Global
Eficácia (40%)	OOp1	125%	25%	31%	112%	125%	156%	129%	144%	125%	143%
	OOp2	100%	10%	10%		110%	110%				
	OOp3	121%	30%	36%		130%	157%				
	OOp4	98,4%	35%	34%		135%	133%				
Eficiência (40%)	OOp5	100%	30%	30%	111%	130%	130%	117%	132%		
	OOp6	125%	15%	19%		115%	144%				
	OOp7	125%	10%	13%		110%	138%				
	OOp8	100%	10%	10%		110%	110%				
	OOp9	124%	20%	25%		120%	149%				
	OOp14	100%	15%	15%		100%	115%				
Qualidade (20%)	OOp10	130%	50%	65%	120%	150%	195%	131%	162%		
	OOp11	96%	18%	17%		118%	112%				
	OOp12	135%	18%	24%		118%	159%				
	OOp13	100%	15%	15%		100%	115%				
Executado		113%									
Global											

Lisboa, 15 de abril de 2019

O Presidente do Conselho Diretivo



João Paulo Almeida Sousa

Dr. João Paulo Almeida e Sousa
Presidente do Conselho Diretivo

O Vogal do Conselho Diretivo



Vitor Marques

Dr. Victor Marques
Vogal do Conselho Diretivo

ANEXOS

Fichas de Atividades das Unidades Orgânicas

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
4;10	Realizar formação na modalidade de e-learning QUAR	Qualidade	N.º de formações	Realização			0,00	1,00	0,00	2,00	1,00	Valor Anual	2,00	1,25	Superou	Pasta MIG	1.2;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.7;3.8	QUAR 10.1 - Relevante
3	Disponibilizar informações sobre temas de interesse coletivo na área dos Recursos Humanos e Formação	Qualidade	N.º de Informações disponibilizadas	Realização			19,00	4,00	1,00	7,00	1,00	Valor Anual	3,00	1,00	Atingiu	Pasta MIG	3.7	
3	Manter a divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional no site do IPST (%)	Qualidade	N.º de atividades divulgadas/N.º de atividades realizadas*100	Realização			1,00	0,80	0,05	0,90	1,00	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	Pasta MIG	1.11	
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	1,00	Valor Anual	0,72	1,20	Superou	RHV / Atas de Gestão		3.7
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	10,00	1,00	8,00	1,00	Valor Anual	4,75	1,35	Superou	RHV		3.7

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Contributo OE MS	Observações	
11	Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores QUAR	Eficiência	Prazo medio de pagamento a fornecedores (dias)	Resultado				64,00	60,00	10,00	49,00	1	Valor Anual	68,00	1,00	Atingiu	3.8	QUAR 5.1 - Relevante
11	Promover os registos dos imóveis no SIIE - QUAR	Eficiência	% de registos completos no SIIE	Resultado			0,00	0,94	0,05	1,00	1	Valor Anual	0,90	1,00	Atingiu	3.8		QUAR 13.1
11	Reduzir o valor das quebras registadas em balanço em comparação com o ano anterior	Eficiência	Quebras registadas em 2017/quebras registadas em 2016*100	Resultado				0,10	0,05	0,04		Valor Anual	0,00	1,35	Superou	3.8		
5; 6	Monitorizar o número de injunções impostas a privados	Eficiência	Número de injunções impostas a privados	Resultado				8,00	3,00	12,00	1	Valor Anual	14,00	1,35	Superou	3.8		
5;6	Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiência	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado				20,00	4,00	15,00	1	Valor Anual	12,42	1,35	Superou	3.8		
5;6	Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiência	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado				20,00	4,00	15,00	1	Valor Anual	12,42	1,35	Superou	3.8		

Coordenação Nacional da Transplantação

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2014	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
8,9;10	Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação QUAR	Eficiência	Divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional (%) = n.º de atividades de representação internacional divulgadas no site do IPST/n.º total de atividades de representação internacional	Resultado			0,89	1,00	0,90	0,09	1,00	1	Valor Anual	1,00	1,25	Superou	Portal IPST	1, 11	QUAR 7.2
8,9;10	Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação QUAR	Eficiência	% resposta aquando do pedido de parecer = n.º total de pareceres emitidos /n.º total de pedidos de parecer	Resultado			0,90	1,00	0,90	0,09	1,00	1	Valor Anual	1,00	1,25	Superou	Entradas CNT	1, 11	QUAR 7.1
7,9	% de implementação do projeto piloto do RPT QUAR	Eficiência	% de implementação do projeto piloto do RPT	Resultado	0,60	0,20	0,10	0,05	0,05	0,00	0,05	1	Valor Anual	0,05	1,25	Superou	Pasta MIG	1.1;1.2;1.8;1.10;3.3;3.7;3.9	QUAR 6.1 - Relevante
6	Aumentar a referenciação de potenciais dadores QUAR	Eficácia	% de aumento da referenciação de potenciais dadores	Resultado			0,06	0,04	0,05	0,01	0,07	1	Valor Anual	0,69	1,35	Superou	Pasta MIG	1.1;1.2;1.8;1.10;3.3;3.7;3.9	QUAR 12.1
5,6, 8,9,10	Aumentar o n.º de dadores por milhão de habitantes (pmh)	Qualidade	Nº de dadores por milhão de habitantes(pmh)	Impacto			40,40	42,70	45,00	5,00	51,00	1	Valor Anual	39,07	0,98	Não atingiu	SIOPT	3,8	

CSTC**Aférese**

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1;2;3;4;10	Aumentar a frequência da dâdiva (Anual)	Eficiência	N.º médio de dâdivas de aférese no período de um ano por dador	Resultado	1,80	2,00	2,30	2,30	0,30	3,00	1,00	Valor Anual	2,60	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	1,80	0,18	2,00	1,00	Valor Anual	1,77	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o n.º de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	N.º total de componentes obtidos	Resultado	440,00	598,00	823,00	780,00	78,00	859,00	1,00	Valor Anual	779,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de dadores inscritos para aférese (Multicomponente)	Eficiência	Número de dadores inscritos para aférese (Multicomponente)	Resultado	354,00	361,00	431,00	400,00	40,00	441,00	1,00	Valor Anual	419,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês	Eficiência	Número de dadores previstos de aférese por mês/Ano	Resultado	45,00	45,33	56,67	624,00	62,00	687,00	1,00	Valor Anual	619,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de unidades plasma produzidos (aférese)	Eficácia	Número de unidades plasma produzidos por (aférese)	Resultado	60,00	212,00	335,00	340,00	34,00	375,00	1,00	Valor Anual	325,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o n.º de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados	Resultado	299,00	319,00	395,00	395,00	39,50	435,50	1,00	Valor Anual	391,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	338,00	386,00	488,00	445,00	44,50	490,50	1,00	Valor Anual	454,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número de sessões de aférese por mês	Eficiência	Número de sessões de aférese por mês	Resultado	25,00	20,00	24,50	22,00	2,20	25,20	1,00	Valor Anual	21,75	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Eficiência	Número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Resultado	1,40	2,20	2,33	2,00	1,00	4,00	1,00	Valor Anual	2,27	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número total de dâdivas de novos dadores por	Eficiência	Número total de dâdivas de novos dadores por aférese	Resultado	38,00	33,00	39,00	40,00	4,00	45,00	1,00	Valor Anual	28,00	0,78	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind./Obj	Classificação Ind./Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1;2;3;4;10	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	Eficiência	n.º de dadores inscritos do mês/ n.º de inscritos no mês homologado*100	Resultado		1,04	1,21	1,10	0,11	1,22	1,00	Valor Anual	0,96	0,97	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o n.º de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados no grupo etário 25-34	Resultado	80,00	92,00	113,00	110,00	11,00	122,00	1,00	Valor Anual	87,00	0,88	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Resultado	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,25	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Resultado	6,00	7,00	9,00	20,00	2,00	17,00	1,00	Valor Anual	9,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Manter a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Qualidade	Percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,25	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	Eficiência	Número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	Resultado	290,00	108,00	56,00	70,00	7,00	63,00	1,00	Valor Anual	56,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	Eficiência	N.º suspensos/n.º candidatos	Resultado	0,15	0,11	0,07	0,08	0,01	0,07	1,00	Valor Anual	0,05	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir o número de dadores de aférese suspensos	Eficiência	Número de dadores de aférese suspensos	Resultado	56,00	42,00	30,00	36,00	3,60	31,00	1,00	Valor Anual	21,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter a Taxa de comparência (manter n.º de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	0,69	0,66	0,64	0,58	0,06	0,65	1,00	Valor Anual	0,68	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	Eficiência	Média de unidades (componentes) colhidas por dia	Resultado	2,10	2,70	3,34	3,00	0,50	3,50	1,00	Valor Anual	3,52	1,26	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
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	0,57	0,06	0,61	1,00	Valor Anual	0,64	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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		0,24	0,22	0,20	0,02	0,22	1	Valor Anual	0,20	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2
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	0,01	0,16	1	Valor Anual	0,15	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1
9,11	Promover a desmaterialização do processo (excepto guia de transporte e consentimento informado) - SIMPLEX	Eficácia	N.º de impressos em uso	Resultado			2,00	3,00	1,00	5,00	1	Valor Anual	2,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	QUAR 14.1
1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Resultado		1,00	7,00	5,00	2,00	2,00	1	Valor Anual	4,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	200,00	20,00	179,00	1	Valor Anual	85,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1, 2,3	Manter as inscrições para a dádiva de ST que foram suspensas/eliminadas em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não são incluídos os dadores que desistiram da dádiva antes da triagem - código S330)	Resultado		14.430,00	13.429,00	15.000,00	1.500,00	13.499,00	1	Valor Anual	12.178,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
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	51.000,00	5.000,00	55.001,00	1	Valor Anual	49.401,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,4, 5,9,10	Manter o número total de sessões de colheita	Eficácia	Nº total de sessões de colheita	Resultado		1.377,00	1.311,00	1.400,00	140,00	1.261,00	1	Valor Anual	1.331,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não estão incluídos neste indicador os dadores convocados aos PF para repetir análises, os dadores que desistiram da dádiva antes da triagem - código S330)/nº total de inscrições para a dádiva de sangue total	Resultado	0,22	0,21	0,21	0,22	0,01	0,21	1	Valor Anual	0,19	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3,9,10	Manter a Taxa de comparência (Manter o nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	0,96	1,04	1,04	0,90	0,05	0,96	1	Valor Anual	0,95	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9,10	Manter N.º total de dadores regulares	Eficácia	N.º total de dadores regulares	Resultado		43.781,00	55.989,00	35.000,00	3.500,00	38.501,00	1	Valor Anual	52.889,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de inscrições para a dádiva de ST em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de dadores inscritos para a dádiva de sangue total em sessões de colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado		69.872,00	65.507,00	62.500,00	6.250,00	68.751,00	1	Valor Anual	63.065,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em Sessões de Colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado		66.469,00	67.087,00	60.000,00	6.000,00	66.001,00	1	Valor Anual	66.539,00	1,27	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	Eficácia	N.º total de unidades de ST colhidas em PF	Resultado		3.630,00	3.448,00	3.000,00	300,00	3.301,00	1	Valor Anual	3.218,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (1ª vez no CST)	Eficácia	Número total de unidades de ST colhidas em inscrições pela 1ª vez em PF	Resultado		487,00	620,00	350,00	100,00	451,00	1	Valor Anual	297,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter o nº de inscrições no posto fixo (1ª Vez)	Eficácia	N.º de inscrições para ST pela 1ª vez no posto fixo (Um dador só se inscreve pela 1ª vez, na primeira vez em que se inscreveu)	Resultado		509,00	585,00	450,00	100,00	551,00	1	Valor Anual	346,00	0,99	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	7.500,00	750,00	8.250,00	1	Valor Anual	7.469,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8; 1.10;3.2;3.3 ;3.7;3.8;3.9	
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	10.000,00	1.000,00	11.001,00	1	Valor Anual	9.732,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8; 1.10;3.2;3.3 ;3.7;3.8;3.9	
1,2,4	Manter o número total de unidades de ST colhidas de dadores inscritos pela 1ª vez em Sessão de Colheita no CST (excepto PF)	Eficácia	Número total de unidades de ST colhidas em inscrições pela 1ª vez em sessões moveis (excepto PF)	Resultado		10.785,00	9.075,00	10.000,00	1.000,00	11.001,00	1	Valor Anual	6.376,00	0,71	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	0,55	0,54	0,63	0,63	0,06	0,70	1	Valor Anual	0,65	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,12	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	80.000,00	5.000,00	75.000,00	1	Valor Anual	37.213,70	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Diminuir as variações sazonais das inscrições para a dívida de sangue total	Eficiência	(Sazonalidade) n.º de dadores inscritos do mês/n.º médio de inscritos por mês no ano anterior*100	Resultado		0,92	1,01	0,80	0,08	0,89	1	Valor Anual	0,96	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter percentagem de dadores regulares	Eficácia	Nº de inscrições de dadores regulares aprovados na triagem e em colheita/Nº total de inscrições aprovadas em triagem e em colheita*100	Resultado			0,91	0,58	0,05	0,63	1	Valor Anual	0,87	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter a Taxa de Colheita (percentagem de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita face à previsão de inscrições para a dívida de ST)	Eficiência	Número de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/nº total de inscrições previstas para a dívida de ST	Resultado		0,84	0,79	0,83	0,04	0,88	1	Valor Anual	0,79	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o desempenho das equipas de colheita	Eficiência	Nº de unidades colhidas/total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem)	Resultado		1,10	1,22	1,00	0,10	1,20	1	Valor Anual	1,35	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o nº médio de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Eficiência	nº médio de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Resultado		11,30	12,72	10,00	5,00	16,00	1	Valor Anual	11,06	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Eficiência	n.º médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Resultado		40,90	45,06	50,00	5,00	56,00	1	Valor Anual	37,61	0,84	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Eficiência	N.º médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Resultado		60,10	109,60	45,00	5,00	51,00	1	Valor Anual	116,18	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Eficácia	n.º médio de inscrições para a dádvia de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Resultado		156,40	146,41	150,00	10,00	161,00	1	Valor Anual	141,75	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

Produção

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10	Manter a AEQ dos testes laboratoriais%	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realização	1,00	0,99	1,00	0,96	0,02	0,99	1,00	Valor Anual	0,98	1,00	Atingiu	Relatório AEQ	1.3	
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	0,02	0,99	1,00	Valor Anual	0,96	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Aumentar o número de CUP distribuídas	Eficácia	Aumentar o número de CUP distribuídas	Resultado	325,00	373,00	51,00	310,00	30,00	340,00	1,00	Valor Anual	441,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas	Eficácia	Número de POOL de plaquetas distribuídas	Resultado	9.121,00	9.401,00	1.392,00	9.350,00	935,00	10.286,00	1,00	Valor Anual	12.574,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão com inativação patogénica (sangue total)	Eficácia	Número de unidades plasma validados para transfusão com inativação patogénica (sangue total)	Resultado	21.026,00	18.399,00	0,00	4.000,00	400,00	4.401,00	1,00	Valor Anual	76.247,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
9;10	Aumentar o número de unidades plasma validados (aférese)	Eficácia	Número de unidades plasma validados para transfusão(aférese)	Resultado		153,00		230,00	23,00	254,00		Valor Anual	325,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
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	0,01	0,00	0,01	1,00	Valor Anual	0,02	0,48	Não atingiu	ASIS	3.8	
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	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	0,03	0,04	0,02	0,05	0,01	0,04	1,00	Valor Anual	0,03	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3,9,10	Diminuir a % de unidades de CE/Pool/cup inutilizados por prazo de validade	Eficiência	% média de unidades CE/Pool/cup inutilizadas por prazo de validade	Resultado				0,03	0,35	0,03		Valor Anual	0,34	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
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	1.050,00	105,00	944,00	1,00	Valor Anual	1.446,00	0,80	Não atingiu	ASIS	3,8	
9,10,11	Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento	Eficiência	% de unidades inutilizados por processamento	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
9,10,11	Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	Eficiência	% de unidades inutilizados por processamento	Resultado	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	1,00	Valor Anual	0,01	1,24	Superou	ASIS	3,8	
9,10	Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	153,00	146,62	104,60	130,00	13,00	144,00	1,00	Valor Anual	125,71	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
9,10	Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	Resultado	24,90	25,67	11,33	26,00	2,60	30,00	1,00	Valor Anual	34,43	1,35	Superou	ASIS	3,8	
9,10	Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Resultado	7,31	0,43	0,09	1,00	0,10	2,00	1,00	Valor Anual	2,27	1,32	Superou	ASIS	3,8	
3,11	Manter a reserva média de unidades de CE existentes	Eficiência	Número total de unidades de CE a nível nacional/Número total de unidades de CE consumidas por dia (dias)	Resultado	17,60	21,20		9,00	1,00	10,00		Valor Anual	10,08	1,27	Superou	ASIS	1,3	
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	0,40	0,00	0,41	1,00	Valor Anual	43,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3,9,10	Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Eficiência	Número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Resultado	136.343,00	131.103,00	124.358,00	130.000,00	13.000,00	143.001,00	1,00	Valor Anual	118.965,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
3,11	Manter o número de Buffy Coat produzidos utilizados em POOL Plaquetas (sangue total)	Eficiência	Número de Buffy Coat produzidos utilizados em POOL plaquetas (sangue total)	Resultado	51.984,00	46.588,00	53.148,00	4.300,00	430,00	4.731,00	1,00	Valor Anual	51.028,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficiência	Número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	55.900,00	53.641,00	12.394,00	45.500,00	4.550,00	50.051,00	1,00	Valor Anual	45.865,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total	Eficiência	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	58.109,00	54.838,00	50.013,00	47.000,00	4.700,00	51.701,00	1,00	Valor Anual	48.247,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Eficiência	Número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.104,00	124.359,00	130.000,00	13.000,00	143.001,00	1,00	Valor Anual	118.965,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST	Eficiência	Número de CUP de plaquetas validados provenientes do CST	Resultado	327,00	375,00	310,00	310,00	30,00	340,00	1,00	Valor Anual	453,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficiência	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	1,00	2,00	5,00	4,00	1,00	3,00	1,00	Valor Anual	11,00	0,45	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST	Eficiência	Número de POOL de plaquetas validados provenientes do CST	Resultado	9.175,00	9.444,00	0,00	8.000,00	800,00	8.801,00	1,00	Valor Anual	8.830,00	1,26	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Eficiência	Número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Resultado	12.996,00	12.767,00	13.287,00	13.200,00	1.320,00	14.521,00	1,00	Valor Anual	12.787,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficiência	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	43,00	21,00	18,00	31,00	3,00	27,00	1,00	Valor Anual	3,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Eficiência	Número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Resultado	2.670,00	166,00	4,00	200,00	20,00	221,00	1,00	Valor Anual	804,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Eficiência	Número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.103,00	124.358,00	130.000,00	13.000,00	143.001,00	1,00	Valor Anual	118.965,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
9,10	Tempo médio de resposta a rotina Dadores (n.º horas)	Eficiência	Tempo médio de resposta a a rotina dadores (resultados transferidos SID)	Resultado			14,00	24,00	8,00	15,00		Valor Anual	14,00	1,28	Superou	ASIS	1,3	
9,10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)-LIH	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado	5,20	3,02	4,00	24,00	8,00		1,00	Valor Anual	7,00	1,18	Superou	ASIS	1,3	
9,10	Tempo médio de resposta a solicitações de LDT (n.º horas)	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações LDT	Resultado				24,00	8,00	15,00		Valor Anual	24,00	1,00	Atingiu	ASIS	1,3	

Transplantação

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5	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	13.000,00	1.300,00	14.301,00	1,00	Valor Anual	7.746,00	0,66	Não atingiu	Base de dados CEDACE	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	QUAR 4.1 - Relevante
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	9,00	1,00	7,00	1,00	Valor Anual	4,21	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	0,75	0,05	0,81	1,00	Valor Anual	0,81	1,25	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
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	0,80	0,05	0,86	1,00	Valor Anual	0,83	1,00	Atingiu	Relatórios AEQ	1.3	
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	0,85	0,05	0,91	1,00	Valor Anual	0,94	1,35	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
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	0,85	0,05	0,91	1,00	Valor Anual	0,88	1,00	Atingiu	Relatórios AEQ	1.3	
10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado	1,00	1,00	1,00	0,90	0,04	0,95	1,00	Valor Anual	0,95	1,23	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
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	13.000,00	1.300,00	14.301,00	1,00	Valor Anual	7.038,00	0,60	Não atingiu	LUSOT	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	
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	4,00	1,00	2,00	1,00	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	6,00	1,00	4,00	1,00	Valor Anual	2,88	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	6,00	1,00	4,00	1,00	Valor Anual	16,38	0,43	Não atingiu	LUSOT	1.3	

CSTL

Aférese

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind./Obj	Classificação Ind./Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Resultado		12,00	9,00	15,00	2,00	12,00	1,00	Valor Anual	10,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Manter a percentagem de dâdivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Qualidade	Percentagem de dâdivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Resultado		0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	1,00	Valor Anual	0,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)	Resultado	72,00	51,00	31,00	30,00	5,00	36,00	1,00	Valor Anual	39,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
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	700,00	70,00	771,00	1,00	Valor Anual	974,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir o número de dadores de aférese suspensos	Eficiência	Número de dadores de aférese suspensos	Resultado	52,00	61,00	38,00	50,00	5,00	44,00	1,00	Valor Anual	37,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir o número de dadores plaquetaférese suspensos	Eficiência	Número de dadores plaquetaférese suspensos	Resultado	52,00	61,00	38,00	50,00	5,00	44,00	1,00	Valor Anual	37,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
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	2,50	0,50	3,10	1,00	Valor Anual	1,88	0,94	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	750,00	75,00	826,00	1,00	Valor Anual	535,00	0,79	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	Eficiência	Número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	Resultado		662,00	645,00	670,00	67,00	738,00	1,00	Valor Anual	430,00	0,71	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número total de dâdivas de novos dadores por aférese	Eficiência	Número total de dâdivas de novos dadores por aférese	Resultado		0,00	0,00	50,00	5,00	56,00	1,00	Valor Anual	42,00	0,93	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1;2;3;4;1 0	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica	Eficiência	N.º suspensos/n.º candidatos	Resultado	0,10	0,09	0,06	0,05	0,02	0,03	1,00	Valor Anual	0,07	0,96	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Diminuir o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	444,00	638,00	680,00	700,00	70,00	771,00	1,00	Valor Anual	485,00	0,77	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter a Taxa de comparência (manter n.º de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,55	0,57	0,80	0,08	0,89	1,00	Valor Anual	0,53	0,74	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	Eficiência	Média de unidades (componentes) colhidas por dia	Resultado		2,70	2,92	3,00	1,00	5,00	1,00	Valor Anual	1,98	0,99	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado		0,90	0,62	0,60	0,06	0,67	1,00	Valor Anual	0,49	0,91	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter o n.º de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados no grupo etário 25-34	Resultado		89,00	92,00	100,00	10,00	111,00	1,00	Valor Anual	49,00	0,54	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter o n.º de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados	Resultado	455,00	701,00	606,00	800,00	80,00	881,00	1,00	Valor Anual	468,00	0,65	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	499,00	696,00	645,00	700,00	70,00	771,00	1,00	Valor Anual	494,00	0,78	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Resultado		0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês	Eficiência	Número de dadores previstos de aférese por mês/Ano	Resultado		102,17	89,33	950,00	50,00	1.001,00	1,00	Valor Anual	951,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter o número de sessões de aférese por mês	Eficiência	Número de sessões de aférese por mês	Resultado		22,60	18,67	20,00	5,00	26,00	1,00	Valor Anual	21,17	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;1 0	Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Eficiência	Número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Resultado		4,35	4,85	4,00	1,00	6,00	1,00	Valor Anual	3,80	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações graves	Resultado	0,00	7,00	10,00	15,00	2,00	12,00	Valor Anual	7,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1, 2,3	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Eficiência	Número de Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	Resultado	995,00	193,00	260,00	250,00	25,00	224,00	Valor Anual	223,00	1,26	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1, 2,3	Manter as inscrições para a dívida de ST que foram suspensas/eliminadas em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dívida de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não são incluídos os dadores que desistiram da dívida antes da triagem - código S330)	Resultado	18.585,00	16.150,00	13.851,00	16.000,00	1.600,00	14.399,00	Valor Anual	12.702,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dívida de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não estão incluídos neste indicador os dadores convocados aos PF para repetir análises, os dadores que desistiram da dívida antes da triagem - código S330)/nº total de inscrições para a dívida de sangue total	Resultado		0,23	0,19	0,21	0,01	0,19	Valor Anual	0,17	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter o número total de unidades de ST colhidas de dadores inscritos pela 1ª vez em Sessão de Colheita no CST (excepto PF)	Eficiência	Número total de unidades de ST colhidas em inscrições pela 1ª vez em sessões moveis (excepto PF)	Resultado	7.351,00	6.949,00	7.499,00	5.600,00	560,00	6.161,00	Valor Anual	6.593,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficiência	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,67	0,70	0,67	0,67	0,06	0,74	Valor Anual	0,87	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter a Taxa de Colheita (percentagem de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita face à previsão de inscrições para a dívida	Eficiência	Número de inscrições para a dívida de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/nº total de inscrições previstas para a dívida de ST	Resultado		0,70	0,75	0,73	0,05	0,79	Valor Anual	0,79	1,24	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3,4, 5,9,10	Manter o número total de sessões de colheita	Eficácia	Nº total de sessões de colheita	Resultado	2.185,00	2.023,00	1.364,00	1.800,00	200,00	1.599,00	Valor Anual	2.398,00	0,83	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter a Taxa de comparência (Manter o nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,93	0,97	0,95	0,04	0,99	Valor Anual	0,86	0,94	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter o nº de inscrições no posto fixo (1ª Vez)	Eficácia	Nº de inscrições para ST pela 1ª vez no posto fixo (Um dador só se inscreve pela 1ª vez, na primeira vez em que se inscreveu)	Resultado	1.737,00	1.667,00	1.820,00	1.500,00	150,00	1.651,00	Valor Anual	784,00	0,58	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Eficiência	nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Resultado		36,00	43,00	50,00	10,00	61,00	Valor Anual	37,24	0,93	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Eficiência	nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Resultado	26,80	27,00	33,00	30,00	5,00	36,00	Valor Anual	23,83	0,95	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10, 15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Eficiência	N.º médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Resultado	114,02	122,64	138,00	115,00	20,00	136,00	Valor Anual	21,13	0,22	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	58.000,00	5.800,00	63.801,00	Valor Anual	57.113,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter Nº total de dadores regulares	Eficácia	Nº total de dadores regulares	Resultado		55.217,00	30.696,00	68.000,00	6.800,00	74.801,00	Valor Anual	63.508,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter o número de inscrições para a dádiva de ST em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de dadores inscritos para a dádiva de sangue total em sessões de colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado	72.415,00	71.562,00	74.749,00	73.000,00	7.300,00	80.301,00	Valor Anual	72.261,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9, 10	Manter o número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em Sessões de Colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado	81.490,00	78.920,00	75.470,00	77.500,00	7.750,00	85.251,00	Valor Anual	84.130,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	0,13	0,01	0,15	Valor Anual	0,14	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1
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	0,02	0,21	Valor Anual	0,19	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2
1,2,4	Manter número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	Eficácia	N.º total de unidades de ST colhidas em PF	Resultado	10.893,00	11.044,00	13.277,00	12.000,00	1.200,00	13.201,00	Valor Anual	10.916,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter número total de dâdivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (1ª vez no CST)	Eficácia	Número total de unidades de ST colhidas em inscrições pela 1ª vez em PF	Resultado	1.737,00	1.083,00	821,00	1.000,00	100,00	1.101,00	Valor Anual	1.022,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	7.700,00	770,00	8.471,00	Valor Anual	7.857,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
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	11.000,00	1.100,00	12.101,00	Valor Anual	10.726,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
1,3,10,15	Diminuir as variações sazonais das inscrições para a dâdiva de sangue total	Eficiência	(Sazonalidade) n.º de dadores inscritos do mês/n.º médio de inscritos por mês no ano anterior*100	Resultado		0,97	1,00	1,00	0,20	1,20	Valor Anual	0,99	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o n.º médio de inscrições para a dâdiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Eficácia	n.º médio de inscrições para a dâdiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Resultado	148,27	152,00	162,00	150,00	20,00	171,00	Valor Anual	156,17	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
9,11	Promover a desmaterialização do processo (excepto guia de transporte e consentimento informado) - SIMPLEX	Eficácia	N.º de impressos em uso	Resultado				3,00	1,00	5,00	Valor Anual	4,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	QUAR 14.1

Produção

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10	Manter a AEQ dos testes laboratoriais%	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realização	1,00	1,00	0,98	0,96	0,02	0,99	1,00	Valor Anual	1,00	1,33	Superou	Relatório AEQ	1.3	
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		0,96	0,02	0,99	1,00	Valor Anual	1,03	1,35	Superou	ASIS	3.8	
1.2,3, 9,10	Aumentar o número de CUP distribuídas	Eficiência	Aumentar o número de CUP distribuídas	Resultado	986,00	1.271,00	1.134,00	1.000,00	100,00	1.101,00		Valor Anual	1.003,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1.2,3, 9,10	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas	Eficiência	Número de POOL de plaquetas distribuídas	Resultado	15.314,00	15.213,00	16.076,00	15.500,00	1.550,00	17.051,00		Valor Anual	17.457,00	1,32	Superou	ASIS	3.8	
1.2,3, 9,10	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão com inativação patogénica (sangue total)	Eficiência	Número de unidades plasma validados para transfusão com inativação patogénica (sangue total)	Resultado	45.991,00	40.629,00	5.658,00	8.000,00	500,00	8.501,00		Valor Anual	3.918,00	0,52	Não atingiu	ASIS	3.8	
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	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,01	0,94	Não atingiu	ASIS	3.8	
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	0,01	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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	0,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,01	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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	1,00	0,00	0,00		Valor Anual	0,00	1,25	Superou	ASIS	3.8	
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	195,00	678,00	610,00	500,00	100,00	399,00	1,00	Valor Anual	516,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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		Valor Anual	0,00	1,17	Superou	ASIS	3.8	
9,10, 11	Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento	Eficiência	% de unidades inutilizados por processamento	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00		Valor Anual	0,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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		Valor Anual	0,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
9,10,11	Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	Eficiência	% de unidades inutilizados por processamento	Resultado	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01		Valor Anual	0,01	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
9,10	Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	42,00	250,65	250,14	40,00	5,00	46,00		Valor Anual	254,98	1,35	Superou	ASIS	3.8	
9,10	Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	Resultado	37,00	41,49	44,37	5,00	2,00	8,00		Valor Anual	47,87	1,35	Superou	ASIS	3.8	
9,10	Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Resultado	37,00	2,10	8,68	10,00	1,00	12,00		Valor Anual	10,26	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	Valor Anual	55.973,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	95.554,00	91.161,00	92.803,00	96.000,00	9.000,00	105.001,00		Valor Anual	93.019,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	55.554,00	55.103,00	68.901,00	56.000,00	5.600,00	61.501,00	1,00	Valor Anual	54.761,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total provenientes de outros CST	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados provenientes de outros CST	Resultado			31.704,00	30.000,00	3.000,00	26.999,00		Valor Anual	33.109,00	0,78	Não atingiu	ASIS	1.3	
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	56.426,00	56.045,00	57.245,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	Valor Anual	55.913,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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	250,00	25,00	276,00		Valor Anual	516,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização do Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1.2,3,9,10	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST	Eficácia	Número de CUP de plaquetas validados provenientes do CST	Resultado	444,00	638,00	724,00	700,00	50,00	751,00		Valor Anual	504,00	0,78	Não atingiu	ASIS	3.8	
1.2,3,9,10	Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	3,00	1,00	7,00	10,00	5,00	4,00	1,00	Valor Anual	6,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
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	3.500,00		350,00		Valor Anual	4.616,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
1.2,3,9,10	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST	Eficácia	Número de POOL de plaquetas validados provenientes do CST	Resultado	0,00	9.734,00	11.992,00	3.500,00	350,00	3.851,00		Valor Anual	12.265,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
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	9.770,00	9.904,00	10.812,00	12.000,00	500,00	17.001,00	1,00	Valor Anual	12.446,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1.2,3,9,10	Manter 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	100,00	50,00	49,00	1,00	Valor Anual	74,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
1.2,3,9,10	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Eficácia	Número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Resultado	1.345,00	781,00	3.456,00	5.000,00	1.000,00	6.001,00		Valor Anual	3.878,00	0,97	Não atingiu	ASIS	3.8	
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	56.390,00	56.000,00	57.245,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	1,00	Valor Anual	55.973,00	1,00	Atingiu	ASIS	3.8	
9;10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) - LDT	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado	9,54	9,13	9,00	16,00	8,00	15,00		Valor Anual	9,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3	
9;10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIH Referência	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado	96,35	128,73	141,67	130,00	24,00	71,00		Valor Anual	128,86	1,00	Atingiu	ASIS	1.3	
9;10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIL	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado	54,75	63,27	98,00	72,00	24,00	47,00		Valor Anual	148,00	0,65	Não atingiu	ASIS	1.3	
9;10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)-LIH	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado	7,25	7,79	7,46	16,00	8,00	15,00		Valor Anual	8,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3	

Transplantação

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultados Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	3,00	1,00	1,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,33	Superou	LUSOT	1.3	
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	11,00	1,00	10,00	1,00	Valor Anual	9,54	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	3,50	1,00	2,50	1,00	Valor Anual	2,40	1,28	Superou	LUSOT	1.3	
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	3,50	1,00	2,50	1,00	Valor Anual	2,63	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	11,00	1,00	10,00	1,00	Valor Anual	10,68	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	3,00	1,00	1,50	1,00	Valor Anual	2,87	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	55,00	5,00	44,00	1,00	Valor Anual	58,17	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	0,61	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	0,95	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Deteção AC anti HLA (Lx))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	4,80	7,33	7,17	10,00	1,00	8,00	1,00	Valor Anual	22,71	0,48	Não atingiu	LUSOT	1.3	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultados Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	3,00	1,00	1,50	1,00	Valor Anual	13,04	0,31	Não atingiu	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	0,61	1,35	Superou	LUSOT	1.3	
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	3,00	1,00	1,50	1,00	Valor Anual	7,72	0,52	Não atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	0,40	0,50	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	1,50	1,25	Superou	LUSOT	1.3	
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	6,00	1,00	4,00	1,00	Valor Anual	19,44	0,36	Não atingiu	LUSOT	1.3	
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	2,00	0,40	1,50	1,00	Valor Anual	93,67	0,03	Não atingiu	LUSOT	1.3	

CSTP

Aférese

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	4,00	1,00	6,00	1,00	Valor Anual	3,50	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir a percentagem de suspensão de triagem clínica	Eficiência	N.º suspensos/n.º candidatos	Resultado		0,05	0,08	0,07	0,02	0,05	1,00	Valor Anual	0,08	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir o número de dadores de aférese suspensos	Eficiência	Número de dadores de aférese suspensos	Resultado		77,00	88,00	90,00	20,00	69,00	1,00	Valor Anual	86,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter a Taxa de comparência (manter n.º de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,91	0,90	0,86	0,05	0,92	1,00	Valor Anual	0,88	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	Eficiência	Média de unidades (componentes) colhidas por dia	Resultado		7,00	5,00	6,00	1,00	8,00	1,00	Valor Anual	5,67	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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		0,86	0,83	0,80	0,05	0,86	1,00	Valor Anual	0,82	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o n.º de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados	Resultado	1.410,00	1.353,00	1.076,00	1.000,00	80,00	919,00	1,00	Valor Anual	1.017,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número de sessões de aférese por mês	Eficiência	Número de sessões de aférese por mês	Resultado		25,00	25,00	24,00	1,00	25,00	1,00	Valor Anual	23,92	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Eficiência	Número médio de dadores previstos por sessão de aférese	Resultado		5,00	4,00	5,00	1,00	7,00	1,00	Valor Anual	4,34	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado do Indicador	Taxa de realização Ind/Obj	Classificação Ind/Obj	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	1.500,00	100,00	1.399,00	1,00	Valor Anual	1.620,00	0,99	▲ Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)	Resultado	445,00	91,00	19,00	70,00	35,00	106,00	1,00	Valor Anual	0,00	0,00	▲ Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês	Eficiência	Número de dadores previstos de aférese por mês/Ano	Resultado		132,00	109,00	1.500,00	120,00	1.621,00	1,00	Valor Anual	1.251,00	0,91	▲ Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
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	1.100,00	50,00	1.151,00	1,00	Valor Anual	980,00	0,93	▲ Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de procedimentos efetuados no grupo etário 25-34	Resultado		212,00	134,00	150,00	20,00	171,00	1,00	Valor Anual	115,00	0,88	▲ Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Qualidade	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	Resultado	20,00	15,00	20,00	20,00	5,00	14,00	1,00	Valor Anual	10,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;10	Manter a percentagem de dâdivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Qualidade	Percentagem de dâdivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	Resultado		0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	1,00	Valor Anual	0,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Aumentar o número de unidades plasma produzidos (aférese)	Eficácia	Número de unidades plasma produzidos por (aférese)	Resultado	288,00	336,00	314,00	325,00	40,00	366,00		Valor Anual	392,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Diminuir o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	1.497,00	1.567,00	1.170,00	1.100,00	50,00	1.151,00	1,00	Valor Anual	1.222,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	Eficiência	n.º de dadores inscritos do mês/ n.º de inscritos no mês homologo*100	Resultado			0,82	0,95	0,04	1,00	1,00	Valor Anual	1,22	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1;2;3;4;10	Manter o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	1.538,00	1.612,00	1.242,00	1.160,00	50,00	1.211,00	1,00	Valor Anual	1.228,00	1,33	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Indicador	Taxa de realização Obj/Ind	Classificação Obj/Ind	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	0,19	0,02	0,21	1	Valor Anual	0,18	1,00	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	QUAR 2,2
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	0,01	0,12	1	Valor Anual	0,11	1,00	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	QUAR 2,1
9,11	Promover a desmaterialização do processo (excepto guia de transporte e consentimento informado) - SIMPLEX	Eficácia	N.º de impressos em uso	Resultado				3,00	1,00	5,00	1	Valor Anual	0,00	0,00	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	QUAR 14,1
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	1,00	5,00	1	Valor Anual	6,00	1,00	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
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	400,00	25,00	374,00	1	Valor Anual	515,00	0,83	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1, 2,3	Manter as inscrições para a dádiva de ST que foram suspensas/eliminadas em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não são incluídos os dadores que desistiram da dádiva antes da triagem - código S330)	Resultado	17.795,00	16.450,00	15.379,00	17.000,00	1.700,00	15.299,00	1	Valor Anual	16.657,00	1,00	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
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	75.000,00	7.500,00	82.501,00	1	Valor Anual	71.333,00	1,00	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,3,4, 5,9,10	Manter o número total de sessões de colheita	Eficácia	Nº total de sessões de colheita	Resultado	1.844,00	1.673,00	1.550,00	1.600,00	100,00	1.499,00	1	Valor Anual	1.513,00	1,00	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,3,9, 10	Manter a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica	Eficiência	Número total de inscrições para a dádiva de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica (Não estão incluídos neste indicador os dadores convocados aos PF para repetir análises, os dadores que desistiram da dádiva antes da triagem - código S330)/nº total de	Resultado	0,18	0,17	0,17	0,18	0,01	0,17	1	Valor Anual	0,19	0,98	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Indicador	Taxa de realização Obj/Ind	Classificação Obj/Ind	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3,9,10	Manter a Taxa de comparência (Manter o nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	0,92	0,88	0,88	0,92	0,03	0,96	1	Valor Anual	0,86	0,97	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de inscrições para a dádvia de ST em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de dadores inscritos para a dádvia de sangue total em sessões de colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado	100.270,00	95.585,00	91.803,00	8.333,33	416,67	8.750,08	1	Valor Anual	88.215,00	1,35	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,3,9,10	Manter o número de inscrições previstas para a dádvia de sangue total em Sessões de Colheita	Eficiência	Número de inscrições previstas para a dádvia de sangue total em Sessões de Colheita (Brigadas e Posto fixo)	Resultado	109.115,00	108.740,00	104.860,00	110.000,00	6.000,00	116.001,00	1	Valor Anual	102.460,00	0,99	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	Eficiência	Nº total de unidades de ST colhidas em PF	Resultado	11.647,00	11.426,00	11.421,00	11.500,00	1.000,00	12.501,00	1	Valor Anual	10.757,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter o nº de inscrições no posto fixo (1ª Vez)	Eficiência	Nº de inscrições para ST pela 1ª vez no posto fixo (Um dador só se inscreve pela 1ª vez, na primeira vez em que se inscreveu)	Resultado		1.345,00	1.132,00	1.000,00	100,00	1.101,00	1	Valor Anual	1.011,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficiência	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	10.025,00	9.239,00	8.651,00	8.500,00	850,00	9.351,00	1	Valor Anual	7.838,00	1,00	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8; 1.10;3.2;3.3 ;3.7;3.8;3.9	
1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficiência	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	16.445,00	14.536,00	13.650,00	14.500,00	1.450,00	15.951,00	1	Valor Anual	12.686,00	0,97	Não atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8; 1.10;3.2;3.3 ;3.7;3.8;3.9	
1,3,10,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficiência	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,69	0,67	0,70	0,69	0,02	0,72	1	Valor Anual	0,70	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Diminuir as variações sazonais das inscrições para a dádvia de sangue total	Eficiência	(Sazonalidade) n.º de dadores inscritos do mês/n.º médio de inscritos por mês no ano anterior*100	Resultado		0,95	0,96	0,95	0,02	0,98	1	Valor Anual	0,96	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Indicador	Taxa de realização Obj/Ind	Classificação Obj/Ind	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,3,10,15	Manter a Taxa de Colheita (percentagem de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita face à previsão de inscrições para a dádiva de ST)	Eficiência	Número de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/nº total de inscrições previstas para a dádiva de ST	Resultado	0,76	0,73	0,71	0,76	0,04	0,81	1	Valor Anual	0,70	0,97	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Eficiência	nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita em Posto Fixo	Resultado		37,78	38,79	45,00	10,00	56,00	1	Valor Anual	35,61	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Eficiência	nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por sessão de colheita	Resultado	45,10	46,00	48,46	45,00	5,00	51,00	1	Valor Anual	47,19	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Eficiência	N.º médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de 2ª a 6ª feira	Resultado		189,06	175,39	170,00	20,00	191,00	1	Valor Anual	165,83	1,00	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,3,10,15	Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Eficiência	nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita por dia	Resultado		218,67	208,01	230,00	25,00	256,00	1	Valor Anual	197,18	0,96	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

Produção

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
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	0,90	0,03	0,93	1,00	Valor Anual	0,57	0,65	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Aumentar o número de CUP distribuídas	Eficácia	Aumentar o número de CUP distribuídas	Resultado	1.455,00	1.540,00	1.170,00	1.500,00	140,00	1.641,00	1,00	Valor Anual	980,00	0,72	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas	Eficácia	Número de POOL de plaquetas distribuídas	Resultado	6.370,00	6.416,00	4.046,00	4.000,00	400,00	4.401,00	1,00	Valor Anual	3.414,00	0,95	Não atingiu	ASIS	3,8	
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	0,02	0,00	0,01	1,00	Valor Anual	0,01	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
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	0,03	0,03	0,05	0,03	0,00	0,02	1,00	Valor Anual	0,03	0,83	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	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	0,10	0,00	0,09	1,00	Valor Anual	0,06	1,35	Superou	ASIS	3,8	
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	2,00	1,00	0,00	1,00	Valor Anual	0,00	1,25	Superou	ASIS	3,8	
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	7.500,00	750,00	6.749,00	1,00	Valor Anual	4.203,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
9;10	Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	219,60	184,58	176,33	210,00	20,00	231,00	1,00	Valor Anual	107,66	0,57	Não atingiu	ASIS	3,8	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização Obj/Ind	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
9,10	Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Eficiência	Média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	Resultado	9,40	1,61	3,42	10,00	3,00	14,00	1,00	Valor Anual	4,78	0,68	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	Resultado	76.782,00	67.289,00	64.284,00	65.000,00	6.500,00	71.501,00	1,00	Valor Anual	39.263,00	0,67	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	80.327,00	76.016,00	72.993,00	74.000,00	7.400,00	81.401,00	1,00	Valor Anual	69.645,00	1,00	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes do CST	Eficácia	Número de CUP de plaquetas validados provenientes do CST	Resultado	1.497,00	1.598,00	1.177,00	1.500,00	140,00	1.641,00	1,00	Valor Anual	1.222,00	0,90	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	30,00	13,00	31,00	25,00	3,00	21,00	1,00	Valor Anual	20,00	1,31	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter 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	160,00	16,00	143,00	1,00	Valor Anual	122,00	1,35	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Eficácia	Número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	Resultado	3.432,00	664,00	1.254,00	1.300,00	260,00	1.561,00	1,00	Valor Anual	1.569,00	1,26	Superou	ASIS	3,8	

Transplantação

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultados Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5,9, 10	Diminuir o tempo de resposta na ativação 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	11,00	2,00	8,00		Valor Anual	8,91	1,17	Superou	LUSOT	1,3	
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	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	Relatórios AEQ	1,3	
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	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	Relatórios AEQ	1,3	
10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado		0,94	0,90	0,90	0,01	0,92	1,00	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	Relatórios AEQ	1,3	
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	0,01	0,92	1,00	Valor Anual	0,90	1,00	Atingiu	Relatórios AEQ	1,3	
10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado		1,00	0,99	0,90	0,01	0,92	1,00	Valor Anual	0,99	1,35	Superou	Relatórios AEQ	1,3	
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	2,00	1,00	0,00	1,00	Valor Anual	1,18	1,00	Atingiu	LUSOT	1,3	
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	7,00	1,90	5,00	1,00	Valor Anual	4,47	1,32	Superou	LUSOT	1,3	
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	3,00	0,50	2,40	1,00	Valor Anual	2,20	1,33	Superou	LUSOT	1,3	

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional com envio de relatório (IPST) - QUAR	Qualidade	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional com envio de relatório	Realização	25,00	27,00	24,00	24,00	3,00	28,00	1,00	Valor Anual	18,00	0,86	Não atingiu	www.hemovigilancia.net.	1.4	QUAR 11.2
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	13,00	1,00	11,00	1,00	Valor Anual	11,29	1,21	Superou	ASIS	1	QUAR 1.1 - Relevante
1;2;3;4;5	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos	Eficácia	% de cumprimento dos prazos de resposta	Resultado	1,00	1,00	1,00	0,90	0,09	1,00	1,00	Valor Anual	1,00	1,25	Superou	www.hemovigilancia.net.	1.7	
4;5	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	8,00	1,00	6,00	1,00	Valor Anual	7,00	1,00	Atingiu	www.hemovigilancia.net.	1.3	
4;5	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Eficácia	Realização de acção de formação/simposio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	Resultado	7,00	7,00	7,00	8,00	1,00	6,00	1,00	Valor Anual	9,00	1,00	Atingiu	www.hemovigilancia.net.	1.3	
4;5	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	0,95	0,02	0,99		Valor Anual	1,00	1,31	Superou	www.hemovigilancia.net.	1.4	

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dívida e Voluntariado

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
4,10	Implementar um plano de aproximação às associações/grupos	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dívida dos CST's e Hospitais - QUAR	Resultado		3,00	0,00	4,00	1,00	6,00	1	Valor Anual	49,00	1,35	Superou	Achiever	3.3	QUAR 10.2 - Relevante
2,3,4	Preparar, publicitar, 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	3,00	2,00	1,00	1	Valor Anual	0,42	1,32	Superou	Achiever	3.3	
4,8	Diminuir o prazo de processamento e emissão do cartão de Dador (média anual)	Eficácia	Prazo de emissão (meses)	Resultado			0,00	3,00	1,00	2,00		Valor Anual	0,83	1,35	Superou	Saídas GCPDV	3.7	
4,8	Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dívida 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	2,00	1,00	3,00	1	Valor Anual	1,00	1,00	Atingiu	Achiever	3.7	
4,8	Reduzir o prazo de emissão de Galardões (média anual)	Eficácia	Prazo de emissão (meses)	Resultado			21,00	3,00	1,00	2,00		Valor Anual	1,42	1,35	Superou	Entradas GCPDV	3.7	
9,1	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	3,00	1,00	2,00	1	Valor Anual	1,08	1,35	Superou	Achiever	3.3	

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3,4,9,10	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)	Eficiência	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*100		0,95	0,95	0,90	0,04	0,95	1	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	ASIS	3.5	
1,2,3,8,9	Desencadear o desenvolvimento, instalação e arranque do site intranet do IPST.	Eficácia	Início da utilização do site da intranet (meses)				10,00	2,00	7,00	1	Valor Anual	6,00	1,33	Superou	Portal IPST	3.7	
4,9,10	Finalizar a Instalação do ASIS gráfico nos CST.	Eficácia	Início da utilização do ASIS gráfico nos CST (meses)				6,00	1,00	4,00	1	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	ASIS	3.5	
4,9,10	Finalizar instalação do ASIS gráfico em todos serviços de sangue e medicina transfusional.	Eficácia	Início da utilização do ASIS gráfico nos SMT (meses)			1,00	6,00	1,00	4,00	1	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	ASIS	3.5	
5,7,9,10,12	Instalar uma rede estruturada no CST do Porto - área da transplantação.	Eficácia	Início da utilização da rede estruturada no CSTP-T (meses)			0,00	12,00	1,00	10,00	1	Valor Anual	9,00	1,35	Superou	LUSOT	3.5	
9,10,11	Remodelar para ambiente gráfico o sistema de informação de faturação IPST - área do sangue.	Eficácia	Início da utilização do do ambiente gráfico (meses)				5,00	1,00	3,00	1	Valor Anual	1,00	1,35	Superou	ASIS	3.8	
1,2,3,4,9,10	Renovar a solução de virtualização do IPST	Eficácia	Início da utilização da virtualização (meses)			0,00	12,00	2,00	9,00	1	Valor Anual		0,00	Não atingiu	ACHIEVER	3.5	
5,7,9,10,11	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)	Eficiência	nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas*101		0,80	0,80	0,95	0,04	1,00	1	Valor Anual	0,80	0,88	Não atingiu	RPT/LUSOT	3.5	
9	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Eficácia	Início da utilização do site da intranet (meses)				12,00	1,00	10,00	1	Valor Anual		0,00	Não atingiu	Servidor IPST	3.7	
9,1	Automatizar o sistema de monitorização da gestão	Eficiência	Nº indicadores com fontes automáticas/n.º total indicadores*100				0,90	0,05	0,96		Valor Anual	0,80	0,94	Não atingiu	Pasta MIG	1.8	
9,1	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis	Eficiência	Nº resultados analíticos transferidos automaticamente da área do sangue para a área da transplantação (meses)			0,00	11,00	1,00	9,00	1	Valor Anual		0,00	Não atingiu	ASIS E LUSOT	3.5	
9,10,11	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.	Eficiência	Nº aplicações finalizadas/n.º de aplicações planeadas para intervenção *100		0,80	0,80	0,90	0,04	0,95	1	Valor Anual	0,50	0,58	Não atingiu	RPT/LUSOT /BPCCU	3.8	
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)			5,00	9,00	1,00	7,00	1	Valor Anual	10,00	1,00	Atingiu	ACHIEVER	1.8	
9,1	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.	Eficiência	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)		8,00		3,00	1,00	1,00	1	Valor Anual	2,00	1,00	Atingiu	Intranet	3.7	

Gabinete de Gestão da Qualidade

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10	Manter % testes metrologicos efectuados	Qualidade	% de testes metrologicos efetuados (n.º total de ensaios e calibrações efetuados internamente/n.º total de ensaios e calibrações efetuados*100)	Resultado		1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	100	Valor Anual	0,88	1,00	Atingiu	Achiever	1.3	QUAR 11.1
9,1	Atualizar abordagem ISO 9001:2008 para ISO 9001:2015	Qualidade	N.º capitulos implementados na abordagem por processos	Resultado		0,00		10,00	0,00	10,00	100	Valor Anual	10,00	1,25	Superou	Achiever	1.3	
9,1	Aumentar % de ações corretivas fechadas	Eficácia	n.º de ações corretivas fechadas/total ações corretivas*100	Resultado		77,00	84,20	0,75	0,10	0,86	100	Valor Anual	0,91	1,35	Superou	Achiever	1.3	
9,1	Aumentar % de ações preventivas fechadas	Qualidade	n.º de ações preventivas fechadas/total ações preventivas*100	Resultado		0,77	0,80	0,70	0,10	0,81	100	Valor Anual	0,89	1,35	Superou	Achiever	1.3	
9,1	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	0,00	1,00	100	Valor Anual	1,00	1,25	Superou	Achiever	1.3	
9,10, 11	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	0,80	0,10	0,91	100	Valor Anual	0,44	0,63	Não atingiu	Achiever	3.8	
9,10, 11	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	5,00	2,00	2,00	100	Valor Anual	6,92	1,00	Atingiu	Achiever	1.3	

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado Obj/Ind	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10.11	Manter a % de unidades de pool de plaquetas inutilizadas por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de pool de plaquetas	Resultado		0,002	0,001	0,001	0,0005	0,0007	100	Valor Anual	0,00094	1,00	Atingiu	BASE LCQ	1,5	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado		16,000	16,000	24,000	8,0000	15,000	100	Valor Anual	16,00000	1,00	Atingiu	BASE LCQ	1,10	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) / rastreio microbiológico	Eficiência	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Resultado		168,000	168,000	168,000	48,0000	119,000	100	Valor Anual	168,00000	1,00	Atingiu	BASE LCQ	1,11	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de relatórios entregues a clientes dentro do prazo	Eficiência	% entrega de relatórios à produção dentro do prazo	Resultado			0,000	0,750	0,0900	0,8500	100	Valor Anual	0,00000	0,00	Não atingiu	BASE LCQ	1,9	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de resultados CQ externo conforme	Eficiência	% Resultados CQ externo conforme	Resultado			1,000	0,980	0,0100	1,0000	100	Valor Anual	0,95833	0,99	Não atingiu	BASE LCQ	1,6	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de resultados CQ interno conforme	Eficiência	% Resultados CQ interno conforme	Resultado			1,000	0,980	0,0100	1,0000	100	Valor Anual	1,00000	1,25	Superou	BASE LCQ	1,7	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de unidades CE inutilizadas por controlo de qualidade de CE produzidos em Coimbra	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de CE produzidos em Coimbra	Resultado		0,001	0,000	0,001	0,0001	0,0008	50	Valor Anual	0,00010	1,35	Superou	BASE LCQ	1,4	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de unidades CE inutilizadas por controlo de qualidade de CE produzidos em Lisboa	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de CE produzidos em Lisboa	Resultado		0,001	0,000	0,001	0,0001	0,0008	50	Valor Anual	0,00062	1,35	Superou	BASE LCQ	1,3	OE MS "Qualidade na Saúde"
10.11	Manter a % de unidades submetidas a rastreio microbiológico com resultado falso positivo	Eficiência	% de falsos positivos	Resultado			0,001	0,005	0,0005	0,0044	100	Valor Anual	0,00126	1,35	Superou	BASE LCQ	1,8	OE MS "Qualidade na Saúde"

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS																		
DESIGNAÇÃO																		
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, células e tecidos disponíveis para transplantação;																	
OE 6	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;																	
OE 7	Implementar o 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;																	
OE 11	Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP.																	
OBJECTIVOS OPERACIONAIS																		
EFICÁCIA																		
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)													25%		40,0%			
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	13	18	18	17	13	13	1	11	100%	Dez	11,0	125%	Superou	A2	B3	NA	N
OOp2: Assegurar a dadia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos: (OE 1; OE 2; OE 4)													10%					
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
2.1	Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (%)	24142	25468	25143	13,37	13,0%	13%	2%	16%	50%	Dez	13,0%	100%	Atingiu	A2	B3	NA	P
2.2	Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	44752	46424	38769	20,52	19,6%	19%	3%	23%	50%	Dez	18,6%	100%	Atingiu	A2	B2	NA	P
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE6) (R)													30%					
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
3.1	Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculoesquelético processadas (%)	80	100	100	100	93%	80%	5%	86%	20%	Dez	99%	135%	Superou	A2	B2	NA	P
3.2	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	86	88	75	100	100%	80%	4%	85%	40%	Dez	100%	135%	Superou	A2	B2	NA	P
3.3	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	4	3,5	3,4	2,6	0,8	1,5	0,3	1,9	40%	Dez	1,2	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R)													35%					
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
4.1	N.º de novos doadores CEDACE tipados	25453	27694	23998	11669	4559	9000	1300	10301	65%	Dez	7746	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
4.2	N.º de doadores CEDACE ativados	119	117	1986	1955	1748	1680	190	1871	35%	Dez	1424	96%	Não atingiu	A2	B2	NA	P
EFICIÊNCIA																		
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)													30%		40%			
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	27,95	25,2 €	20,33	26,5	64	60	10	49	100%	Dez	68	100%	Atingiu	A2	B1	NA	N
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (OE 7; OE 9) (R)													15%					
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
6.1	% de implementação do projeto piloto do RPT	NA	60	20	10	5	5%	0%	5%	100%	Dez	5%	125%	Superou	A3	B3	NA	P
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10)													10%					
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
7.1	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	100	100	100	100	100	90%	9%	100%	50%	Dez	100%	125%	Superou	A2	B2	NA	P
7.2	% de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	80	100	100	88,9	100	90%	9%	100%	50%	Dez	100%	125%	Superou	A2	B2	NA	P

QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5)														10%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
8.1	% de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	NA	4,6	2,26	2	0,4%	3,5%	0,5%	0,3%	50%	Dez	3,3%	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
8.2	N.º de unidades de SCU criopreservadas	NA	206	136	96	94	39	10	211	50%	Dez	29	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R)														20%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
9.1	% de sessões de colheita durante a semana	1,62	1,66	64,5%	63,2	66,5	67%	6%	74%	100%	Dez	73,8%	124%	Superou	A2	B2	NA	P
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 11)														15,0%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
14.1	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais Colheita	0	0	0	0	0	9	3	15	100%	Dez	6	100%	Atingiu	A2	B1	4.1	p
QUALIDADE														20%				
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 4; OE 10) (R)														50%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
10.1	Realizar formação na modalidade de e-learning	0	0	0	0	2	1	0	2	50%	Dez	2	125%	Superou	A3	B2	NA	P
10.2	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	1	1	2	3	6	4	1	6	50%	Dez	49	135%	Superou	A2	B2	NA	P
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10)														17,5%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
11.1	Percentagem de testes metrológicos efetuados	NA	NA	99,4	100	100,0%	90%	5%	96%	70%	Dez	86%	100%	Atingiu	A2	B2	NA	P
11.2	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	18	27	25	27	24	24	3	28	30%	Dez	18	86%	Não atingiu	A3	B3	NA	P
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6)														17,5%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
12.1	% de aumento da referendação de dadores	NA	NA	10	6,2	4,4	5%	1%	7%	100%	Dez	69,4%	135%	Superou	A2	B1	NA	P
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIE (OE 11)														15,0%				
INDICADORES	2013	2014	2015	2016	2017	Meta 2018	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
13.1	Aumentar a % de registos completos no SIE	0	0	0	0	0	94%	5%	100%	100%	Dez	90%	100%	Atingiu	A2	B1	4.2	p

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BALANÇO SOCIAL

Decreto-Lei n.º 190/96, de 9 de Outubro

2018

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO / ENTIDADE

Código 2436

Serviço / Entidade: INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANS-
PLANTAÇÃO

Nota: Em caso de processo de fusão/reestruturação da entidade existente a 31/12/2018 indicar o critério adotado para o registo dos dados do Balanço Social 2018 na folha "critério"

NÚMERO DE PESSOAS EM EXERCÍCIO DE FUNÇÕES NO SERVIÇO (Não incluir Prestações de Serviços)

Em 1 de Janeiro 2018	<u>439</u>
Em 31 de Dezembro 2018	<u>443</u>

Contacto para eventuais esclarecimentos

Nome María Beatriz Sanches Faxelha

Tel: 210063010

E-mail: beatriz.sanches@ipst.min-saude.pt

Data 19-03-2019

BALANÇO SOCIAL 2018
ÍNDICE DE QUADROS**CAPÍTULO 1 - RECURSOS HUMANOS**

Quadro 1: Contagem dos trabalhadores por grupo/cargo/carreira, segundo a modalidade de vinculação e género

Quadro 1.1: Contagem dos trabalhadores por grupo/cargo/carreira, em situação de mobilidade geral

Quadro 15: Contagem dos dias de ausências ao trabalho durante o ano, por grupo/cargo/carreira, segundo o motivo de ausência e género

CAPÍTULO 3 - HIGIENE E SEGURANÇA

Quadro 19: Número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos com baixa, por género

Quadro 20: Número de casos de incapacidade declarados durante o ano, relativamente aos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho

Quadro 21: Número de situações participadas e confirmadas de doença profissional e de dias de trabalho perdidos

Quadro 22: Número e encargos das actividades da medicina no trabalho ocorridas durante o ano

Quadro 23: Número de intervenções das comissões de segurança e saúde no trabalho ocorridas durante o ano, por tipo

Quadro 24: Número de trabalhadores sujeitos a acções de reintegração profissional em resultado de acidentes de trabalho ou doença profissional

Quadro 25: Número de acções de formação e sensibilização em matéria de segurança e saúde no trabalho

Quadro 26: Custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais

Quadro 1.1: Contagem dos trabalhadores por grupo/cargo/carreira, em situação de mobilidade geral, em 31 de dezembro

Grupo/cargo/carreira	Cedência de Interesse público		Mobilidade interna		Total
	M	F	M	F	
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos					0
Dirigente Superior a)					0
Dirigente Intermédio a)					0
Técnico Superior	1	0	0	3	4
Assistente técnico	0	1	3	0	4
Assistente Operacional (Auxiliar de Acção Médica)					0
Assistente Operacional (Operário)					0
Assistente Operacional (Outro)			1	0	1
Informático					0
Pessoal de Investigação Científica					0
Doc. Ens. Universitário					0
Doc. Ens. Sup. Politécnico					0
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário					0
Pessoal de Inspeção					0
Médico					0
Enfermeiro	0	1			1
Téc. Superior de Saúde e Farmacêutico					0
Téc. Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica					0
Outro Pessoal b)					0
Total	1	2	4	3	10

NOTAS:

- a) Considerar apenas os cargos reportados, consoante os casos, ao regime definido pela Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro (república pela lei n.º 51/2005 de 30 de Agosto e republicado pela lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro) ou no Código do Trabalho, bem como os cargos integrados nos Conselhos de Administração/Conselhos Directivos.
- b) Considerar o total de efectivos inseridos em outras carreiras ou grupos
- c) Considerar, apenas, a mobilidade interna, que se opera entre entidades diferentes.
- d) Não considerar os trabalhadores ausentes há mais de 6 meses e os trabalhadores que estão em licença sem vencimento em 31 de dezembro.

Quadro 19: Número de acidentes de trabalho e de dias de trabalho perdidos com baixa durante o ano, por género

Acidentes de trabalho	No local de trabalho						In itinere					
	Total	Inferior a 1 dia (sem dar lugar a baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal	Total	Inferior a 1 dia (sem dar lugar a baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal
Nº total de acidentes de trabalho (AT) ocorridos no ano de referência	M 2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F 14	8	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0
Nº de acidentes de trabalho (AT) com baixa ocorridos no ano de referência	M 1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F 6		0	4	2	2	0	0	0	0	0	0
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos no ano	M 1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F 184		0	53	126	0	0	0	0	0	0	0
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos em anos anteriores	M 1.095		0	0	1.095	0	0	0	0	0	0	0
	F 2.190		0	0	2.190	0	0	0	0	0	0	0

Notas:

Considerar os acidentes de trabalho registados num auto de notícia.

O "nº total de acidentes" refere-se ao total de ocorrências, com baixa, sem baixa e mortais. O "nº de acidentes com baixa" inclui os mortais. Excluir os acidentes mortais no cálculo dos dias de trabalho perdidos na sequência de acidentes de trabalho.

Quadro 20: Número de casos de incapacidade declarados durante o ano, relativamente aos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho

Casos de incapacidade	Nº de casos
Casos de incapacidade permanente:	1
- absoluta	0
- parcial	1
- absoluta para o trabalho habitual	0
Casos de incapacidade temporária e absoluta	5
Casos de incapacidade temporária e parcial	1
Total	7

Quadro 21: Número de situações participadas e confirmadas de doença profissional e de dias de trabalho perdidos durante o ano

Doenças profissionais		Nº de casos	Nº de dias de ausência
Código(*)	Designação		
		0	

Nota:

(*) - Conforme lista constante do DR nº 6/2001, de 3 de Maio, actualizado pelo DR nº 76/2007, de 17 de Julho.

Quadro 22: Número e encargos das actividades de medicina no trabalho ocorridas durante o ano

Actividades de medicina no trabalho	Número	Valor (Euros)
Total dos exames médicos efectuados:	22	1.329 €
Exames de admissão	6	362 €
Exames periódicos	12	725 €
Exames ocasionais e complementares	4	242 €
Exames de cessação de funções	0	0 €
Despesas com a medicina no trabalho (*)		0 €
Visitas aos postos de trabalho	0	

Nota:

(*) Incluir os montantes pagos aos médicos, enfermeiros, outros técnicos de saúde e técnicos de higiene e segurança no trabalho, desde que não tenham sido contabilizados no quadro 1 ("as pessoas ao serviço em 31 de dezembro"), as despesas efetuadas com a aquisição de medicamentos, meios auxiliares de diagnóstico, exames médicos e todo e qualquer gasto relacionado com a medicina do trabalho, à exceção dos montantes investidos em infraestruturas.

Quadro 23: Número de intervenções das comissões de segurança e saúde no trabalho ocorridas durante o ano, por tipo

Segurança e saúde no trabalho comissões	Intervenções das	Número
Reuniões da Comissão		0
Visitas aos locais de trabalho		0
Outras		0

Quadro 24: Número de trabalhadores sujeitos a acções de reintegração profissional em resultado de acidentes de trabalho ou doença profissional durante o ano

Segurança e saúde no trabalho reintegração profissional	Acções de	Número
Alteração das funções exercidas		0
Formação profissional		0
Adaptação do posto de trabalho		0
Alteração do regime de duração do trabalho		0
Mobilidade interna		0

Nota:

Artigo 23º do Decreto-Lei nº 503/99, de 20 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 50-C/2007, de 06 Março e pela Lei nº 64-A/2008, de 31 de Dezembro.

Quadro 25: Número de acções de formação e sensibilização em matéria de segurança e saúde no trabalho

Segurança e saúde no trabalho Acções de formação	Número
Acções realizadas durante o ano	3
Trabalhadores abrangidos pelas acções realizadas	2

Quadro 26: Custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais durante o ano

Segurança e saúde no trabalho	Custos	Valor (€)
Encargos de estrutura de medicina e segurança no trabalho (a)		3.768,00 €
Equipamento de protecção (b)		510,20 €
Formação em prevenção de riscos (c)		0,00 €
Outros custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais (d)		0,00 €

Nota:

(a) Encargos na organização dos serviços de segurança e saúde no trabalho e encargos na organização / modificação dos espaços de trabalho.

(b) Encargos na aquisição de bens ou equipamentos.

(c) Encargos na formação, informação e consulta.

(d) Inclui única e exclusivamente os encargos com a criação e manutenção de estruturas destinadas à medicina do trabalho e à segurança do trabalhador no exercício da sua profissão.