

HOMOLOGO

M

10. MAI 2018

Relatório de Atividades

2017

Adalberto Campos Fernandes
Ministro da Saúde

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Relatório de Atividades

2017

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Índice

1	Nota introdutória	13
2	Estrutura orgânica do IPST, IP	15
3	Caraterização Geral do IPST, IP	17
4	Estratégia e Implementação	19
4.1	Objetivos Estratégicos	19
4.2	Objetivos Operacionais	20
5	Análise de desempenho do QUAR 2017	23
5.1	Análise dos parâmetros de avaliação	23
5.2	Análise da consecução da estratégia	25
6	Monitorização e análise dos resultados alcançados e do grau de cumprimento dos objetivos operacionais - QUAR 2017	29
7	Objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, IP	44
7.1	Indicadores (KPI's) monitorizados na área do sangue	45
7.2	Indicadores (KPI's) monitorizados na área da transplantação	48
7.3	Medição e análise dos indicadores – <i>dashboard</i> área sangue	51
7.4	Medição e análise dos indicadores – <i>dashboard</i> área da Transplantação	78
7.5	Unidades Orgânicas	101
8	Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2017	132
9	Audição aos dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação	135
10	Apreciação dos Serviços Utilizadores	145
10.1	Retorno da informação do cliente e partes interessadas	145
10.2	Satisfação de Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea	145
10.3	Avaliação Da Satisfação Dos Promotores Da Sessão De Colheita	149
10.4	Satisfação Clientes externos (Não Dadores)	153
10.5	Reclamações	158
10.6	Avaliação / Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização	159
11	Avaliação do Sistema de Controlo Interno	165

11.1	Planeamento, monitorização e melhoria	165
11.2	Avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI)	166
12	Resultados de Auditorias	171
12.1	Inspeção pela DGS/IGAS.....	171
12.2	Auditoria Externa	171
12.3	Auditorias Internas.....	172
12.4	Estado das Ações Preventivas e Corretivas	173
13	Análise e Medidas de reforço positivo de desempenho	176
14	Tecnologias de Informação, Comunicação e ações de Comunicação institucional	178
15	Balanço social 2017.....	182
15.1	Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.	183
15.2	Remunerações	183
16	Análise do grau de execução dos Recursos Humanos.....	186
17	Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2017).....	188
18	Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2017.....	191
19	Avaliação final (2017).....	193

Índice de Figuras

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

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise por Indicador 2017	24
Tabela 2 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2017	25
Tabela 3 - Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2017)	27
Tabela 4 – Análise Global por Unidade Orgânica.....	132
Tabela 5 - Avaliação de fornecedores (2017)	160
Tabela 6 - Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2017.....	168
Tabela 7 - Distribuição por grupo de causas	173
Tabela 8 - Distribuição por estado das ocorrências	175
Tabela 9 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2016/2017	182
Tabela 10 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género	183
Tabela 11 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género	184
Tabela 12 - Análise Produtividade (2017)	186
Tabela 13 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST, IP 2017	188
Tabela 14 - Análise de Custo – Eficácia (2017).....	189
Tabela 15 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2017	191
Tabela 16 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2017	194

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Desvio positivo por OOp: Contribuição para cada parâmetro	23
Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro	23
Gráfico 3 - Impacto da realização dos OOp de 2017 nos OEs (2017 – 2019).....	28
Gráfico 4 - Indicador 1.1.: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	29
Gráfico 5 - Indicador 2.1. Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos.....	31
Gráfico 6 - Indicador 2.2.: Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos.....	31
Gráfico 7 - Indicador 3.1.: Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	32
Gráfico 8 - Indicador 3.2.: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%).....	33
Gráfico 9 - Indicador 3.3.: Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva = n.º médio de m ² existentes)	33
Gráfico 10 - Indicador 4.1.: N.º de novos doadores CEDACE tipados.....	34
Gráfico 11 - Indicador 4.2.: N.º de doadores CEDACE ativados	36
Gráfico 12 - Indicador 5.1. – Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias).....	36
Gráfico 13 - Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT.....	37
Gráfico 14 - Indicador 7.1. – % de respostas aos pedidos de emissão de parecer.....	38
Gráfico 15 - Indicador 7.2. – % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST, IP	38
Gráfico 16 - Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento ...	39
Gráfico 17 - Indicador 8.2. – N.º de unidades de SCU criopreservadas.....	39
Gráfico 18 - Indicador 9.1. % de sessões de colheita durante a semana	40
Gráfico 19 - Indicador 10.1. – Realizar formação na modalidade de e-learning no IPST, IP (meses) ..	41
Gráfico 20 - Indicador 10.2. –N.º de reuniões com organizações de Doadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais.....	41
Gráfico 21 - Indicador 11.1. % de testes metrológicos efetuados	42
Gráfico 22 - Indicador 11.2. N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	42
Gráfico 23 - Indicador 12.1. % de aumento da referenciação de doadores.....	43

Gráfico 24 - Indicador 13.1. Número de novos indicadores	43
Gráfico 25 - Classificação por Unidade Orgânica	133
Gráfico 26 - Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica	137
Gráfico 27 - Nível de satisfação global dos colaboradores do IPST, IP,IP	137
Gráfico 28 - Nível de satisfação com a gestão e sistemas de gestão do IPST, IP	138
Gráfico 29 - Nível de satisfação com as condições de trabalho	139
Gráfico 30 - Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST, IP,IP	140
Gráfico 31 - Níveis de motivação	141
Gráfico 32 - Nível de satisfação global com o estilo de liderança	142
Gráfico 33 - Nível de satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços	143
Gráfico 34 - Situação profissional dos dadores de sangue	146
Gráfico 35 - Nível de satisfação global dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição)	147
Gráfico 36 - Satisfação global média dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral)	147
Gráfico 37 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita	148
Gráfico 38 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP	148
Gráfico 39 - Probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP	149
Gráfico 40 - % Cumprimento horário de chegada	150
Gráfico 41 - Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento	151
Gráfico 42 - Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST, IP	152
Gráfico 43 - Taxa de resposta ao questionário da área sangue	153
Gráfico 44 - Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue	154
Gráfico 45 - Taxa de resposta ao questionário da área transplantação	155
Gráfico 46 - Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação	156
Gráfico 47 - Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE	157
Gráfico 48 - Classificação das reclamações I	158
Gráfico 49 - Classificação das reclamações II	159

Gráfico 50 - Auditorias Externas.....	171
Gráfico 51 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas.....	172
Gráfico 52 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2016/2017	182
Gráfico 53 - Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género	183
Gráfico 54 - Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2012 – 2017).....	184
Gráfico 55 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2017	191

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

CEFACE - 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

RPT - REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO

ST - SANGUE TOTAL

SCU - CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

TRANSPL. - TRANSPLANTAÇÃO

1 Nota introdutória

O Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP,IP), no ano de 2017, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2017 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 2017, 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 2017, 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 2017 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 situou-se num patamar ligeiramente inferior ao registado em 2016, apesar do esforço desenvolvido pelo Instituto, no sentido de manter um nível de desempenho elevado visando uma tendência crescente de melhoria, não se verificando uma repercussão negativa nas atividades core do IPST, IP.

O ano de 2017 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), o ano de 2017 destaca-se pelas diversas atividades desenvolvidas para evitar o desperdício e maximizar a utilização do sangue em Portugal, nomeadamente no âmbito do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento do Plasma Humano, do qual merecem relevo o procedimento concursal desenvolvido para fornecimento de medicamentos derivados do fracionamento de plasma exclusivamente português e a celebração de um Protocolo entre o IPST, IP e os Hospitais convidados a integrar este programa, com as suas contribuições de plasma fresco congelado, a juntar ao plasma do IPST, IP.

Em 2017 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 (partes interessadas), tem contribuído para desenvolver uma política de melhoria contínua da qualidade e uma crescente consciencialização de serviço público.

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 uma Vogal.

Os Estatutos definem, tendo em conta as competências atribuídas, a seguinte estrutura orgânica:

Unidades orgânicas de âmbito nacional:

Serviços Centrais:

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação;

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira.

Coordenações Nacionais

Coordenação Técnica Nacional do Sangue e da Transplantação;

Coordenação Nacional da Transplantação;

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional.

Gabinetes

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações;

Gabinete de Gestão da Qualidade;

Gabinete Jurídico.

Serviços territorialmente desconcentrados:

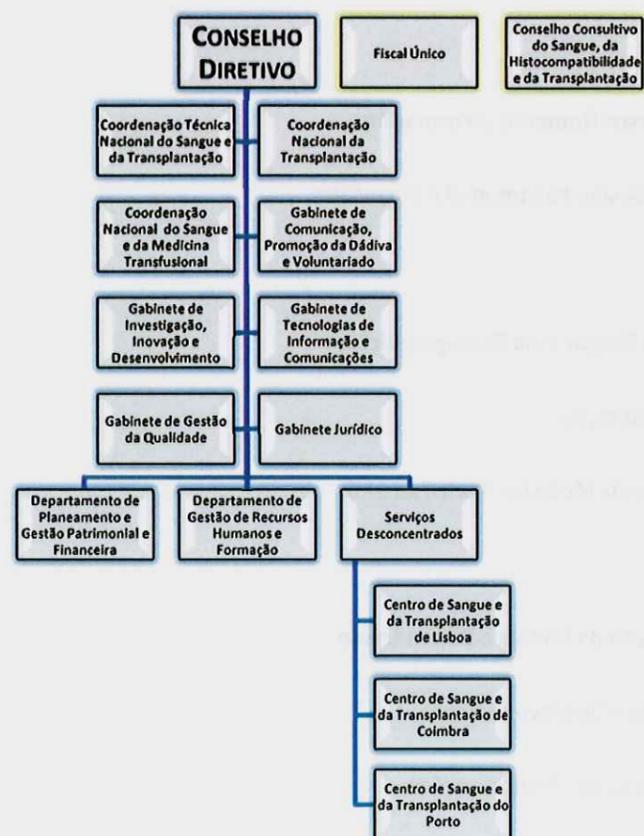
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa;

Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra;

Centro do Sangue e da Transplantação do Porto.

Deste modo, a estrutura orgânica do IPST, IP é representada pelo seguinte organograma onde se verifica uma estrutura centralizada nas áreas transversais, mas tendencialmente descentralizada do ponto de vista funcional¹:

Figura 1- Organograma do IPST, IP



¹ Um maior desenvolvimento da estrutura orgânica e funcional do IPST, IP poderá ser consultado no Plano Estratégico 2014- 2016

3 Caraterização 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 Fevereiro², 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,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 Transplantação³, todas as competências que estavam anteriormente atribuídas a estas entidades ficaram sob responsabilidade do IPST, IP.

Assim, são assegurados, quer a nível nacional, quer com as necessárias particularizações regionais, as atividades de colheita, processamento, 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.

² Diploma que veio definir a estrutura orgânica do Ministério da Saúde

³ A componente de atividade inspetiva e de autorização da antiga ASST transou para a DGS e para a IGAS

4 Estratégia e Implementação

O trabalho desenvolvido ao longo de 2017 abrangeu diversas áreas e níveis de intervenção e foi enquadrado pelo sistema de gestão por objetivos, com realce para a tomada de decisão em áreas consideradas prioritárias mediante a metodologia BSC.

Tendo como linha de partida os resultados alcançados em 2016 foram fixados para 2017 (QUAR 2017) novos objetivos que, de modo mensurável, demonstrassem a consolidação da instituição e a qualidade da gestão.

O diagnóstico estratégico efetuado permitiu ao IPST, IP, a adoção de sete estratégias para as duas áreas funcionais, sangue e transplantação, e de quatro, para as áreas de suporte.

4.1 Objetivos Estratégicos

ÁREAS CORE DO IPST, IP

OE 1 Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma;

OE 2 Criar uma maior especificidade na colheita;

OE 3 Mudar o paradigma da colheita;

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

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

OE 6 Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação, com definição do número de GCCT e Unidades de Transplantação, bem como a sua articulação.

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

ÁREAS DE SUPORTE DO IPST, IP

OE 8 Promover o desenvolvimento da qualificação e competências dos profissionais do IPST, IP, com vista à ampliação da competência técnica e capacidade de resposta dos seus trabalhadores (as);

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

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

OE 11 Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP.

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

4.2 Objetivos Operacionais

Os objetivos estratégicos foram, subsequentemente, decompostos em objetivos operacionais, mensuráveis através de vários tipos de indicadores, com vista à prossecução de metas ambiciosas, mas realistas e atingíveis.

EFICÁCIA

OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R);

OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4);

OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE6) (R);

OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5) (R).

EFICIÊNCIA

OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP (OE 11) (R);

OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (OE 7; OE 9)(R);

OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais (OE 8; OE 9; OE 10);

00p8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5);

00p9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R).

QUALIDADE

00p10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP (OE 4; OE 10) (R);

00p11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10);

00p12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6)

00p13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão (OE 9; OE 10) (R)

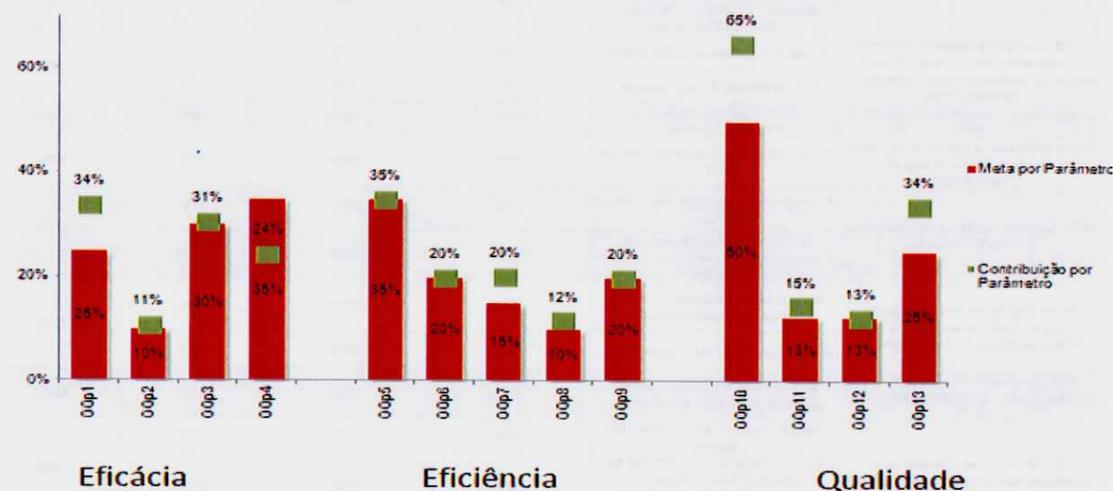
Para permitir que fossem atingidos os objetivos acima descritos, foi dada continuidade à aplicação dos Sistemas de Avaliação (SIADAP 1,2,3). Foi dada continuidade também, na reformulação de procedimentos, circuitos e métodos de trabalho, foi mantido o desenvolvimento da qualificação e a capacitação individual dos dirigentes e trabalhadores e reforçado o relacionamento com todos os intervenientes na cadeia da medicina transfusional – partes interessadas.

5 Análise de desempenho do QUAR 2017

5.1 Análise dos parâmetros de avaliação

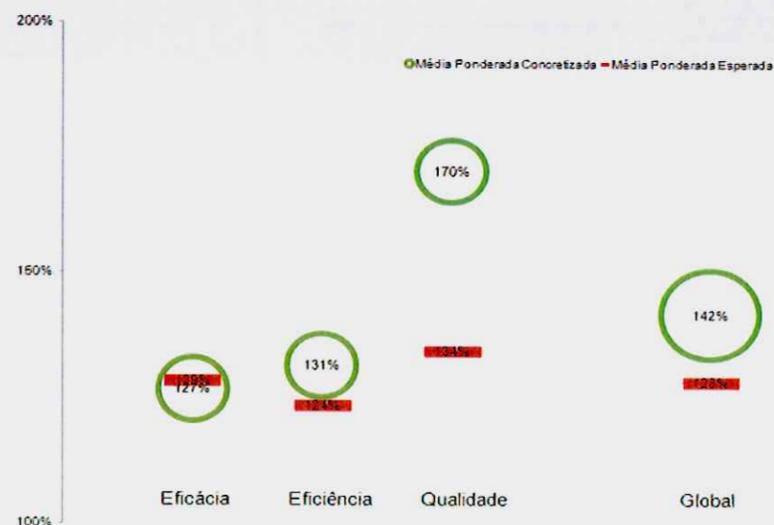
Verifica-se a superação dos objetivos e dos parâmetros de avaliação conforme exposto no gráfico 1 e 2:

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 1 - Análise por Indicador 2017

Objetivo Operacional	Indicadores	Peso dos indicadores nos objectivos operacionais	Grau de realização das metas	Contribuição para os objectivos operacionais	Grau de realização dos objectivos 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%	135%	135%	135%
OOp2: Assegurar a dâdiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos	50%	115%	58%	108%
	Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	100%	50%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidualar	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	135%	27,0%	95,5%
	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%	38%	14,5%	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea	N.º de novos doadores CEDACE tipados	65%	43%	28%	62%
	N.º de doadores CEDACE ativados	35%	97%	34%	
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%	100%	100%	100%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais	% de respostas aos pedidos de emissão de parecer	50%	135%	68%	135%
	% de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	50%	135%	68%	
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%	135%	68%	118%
	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%	100%	100%	100%
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 Doadores de Sangue, Setores de promoção da Dâdiva dos CSTs e Hospitais	50%	135%	68%	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos	Porcentagem de testes metrológicos efetuados	70%	135%	95%	125%
	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	100%	30%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação	% de aumento da referenciação de doadores	100%	100%	100%	100%
OOp13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão	N.º de novos indicadores	100%	135%	135%	135%

Fonte: IPST, IP

5.2 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 n.º 2.

Tabela 2 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2017

Objetivos Operacionais	Meta											Grau de contributo dos OOp
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	OE6	OE7	OE8	OE9	OE10	OE11	
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	25%			25%								50%
OOp2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	10%	10%		10%								30%
OOp3: Desenvolver o banco multitecidualar					30%	30%						60%
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					35%							35%
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST											35%	35%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação							20%		20%			40%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais								15%	15%	15%		45%
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					10%							10%
OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pó-laboral			20%									20%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST				50%						50%		100%
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneo										13%		13%
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação						13%						13%
OOp 13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão									25%	25%		50%

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 2017 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 evidenciada através dos círculos verdes, é superior à planeada visível nas circunferências azuis, 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 n.º 3 e no gráfico n.º 3.

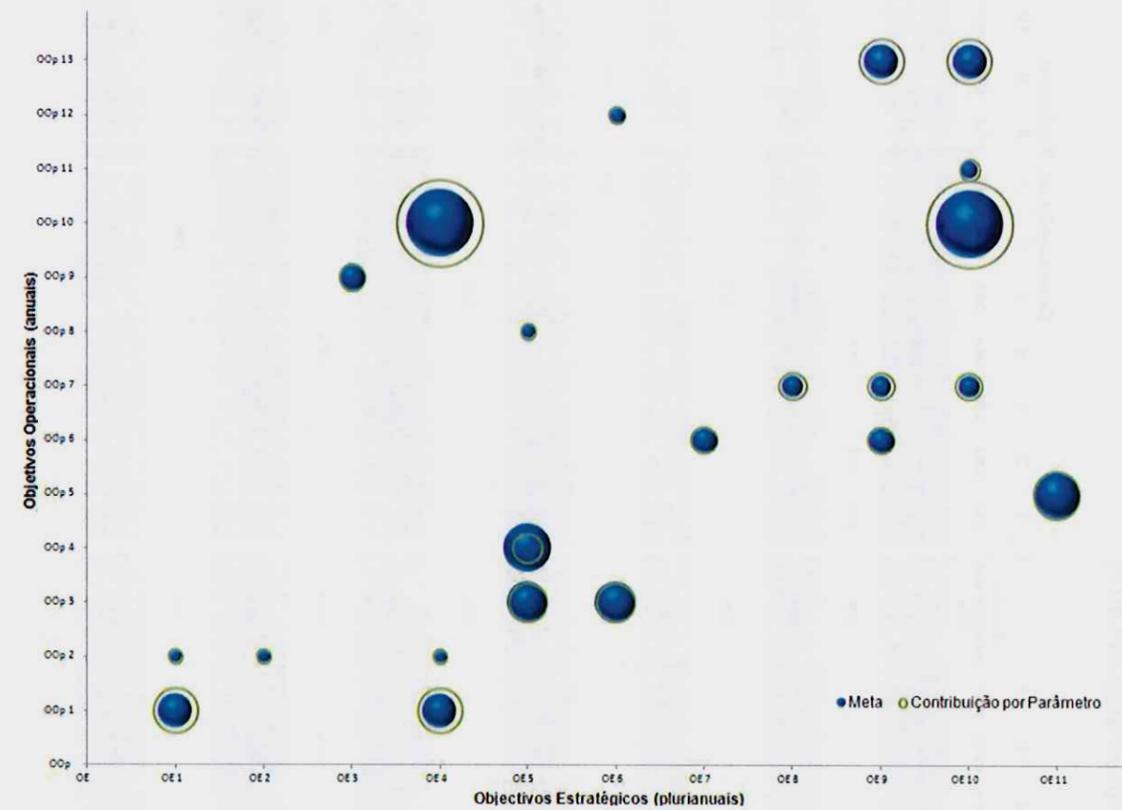
Tabela 3 - Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2017)

Objectivos Operacionais	Meta											Grau de contributo dos OOp	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	25%			25%									50%
OOp2: Assegurar a dívida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	10%	10%		10%									30%
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual					30%	30%							60%
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea				35%									35%
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST												35%	35%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação						20%							40%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais							15%	15%	15%	15%			45%
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					10%								10%
OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral			20%										20%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST				50%								50%	100%
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos									13%				13%
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação						13%							13%
OOp13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão												25%	25%

Objectivos Operacionais	Contribuição por Parâmetro											Grau de contributo dos OOp	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	34%			34%									68%
OOp2: Assegurar a dívida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	11%	11%		11%									32%
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual					29%	29%							57%
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a doadores não aparentados para transplantação de medula óssea					22%								22%
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST												35%	35%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação							20%						40%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais								20%	20%	20%			61%
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical										12%			12%
OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral			20%										20%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST				65%								65%	130%
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos												16%	16%
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação											13%		13%
OOp13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão												34%	34%

Fonte: IPST, IP

Gráfico 3 - Impacto da realização dos OOp de 2017 nos OEs (2017 - 2019)



Fonte: IPST, IP

Nota: O diâmetro é proporcional à percentagem de Meta/Realizado

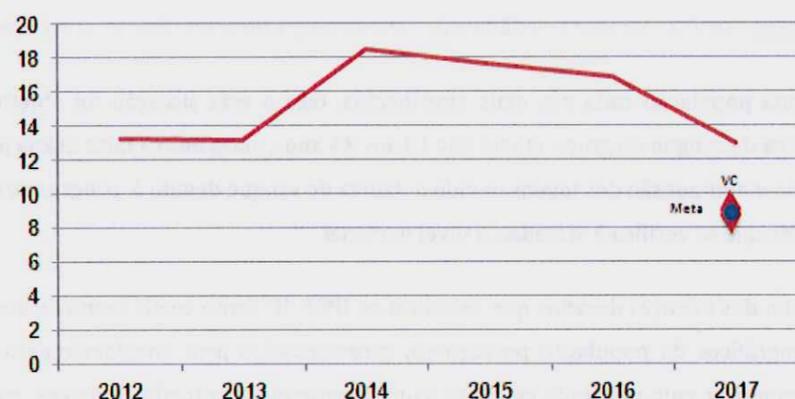
6 Monitorização e análise dos resultados alcançados e do grau de cumprimento dos objetivos operacionais - QUAR 2017

Objetivo de eficácia – OOP 1: Assegurar a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (R)

Tendo por base os seguintes pressupostos:

- 1) Assegurar um número de colheitas suficiente para satisfazer as necessidades diárias da população portuguesa em componentes sanguíneos e seus derivados;
- 2) A gestão das existências de concentrados de eritrócitos (CE) a nível nacional de modo a potenciar a utilização de todas as unidades possíveis e evitar desperdícios.

Gráfico 4 - Indicador 1.1.: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)



A reserva diária nacional de unidades de concentrados eritrocitários é determinada pelo quociente entre o número de unidades de CE existentes no IPST, IP e nos Hospitais e o número de unidades consumidas diariamente. O resultado, representado em número de dias, traduz a capacidade de manutenção da atividade transfusional com base nas unidades de CE disponíveis.

Considerando apenas o IPST, IP, foi estabelecida em 9 dias a meta para o indicador Reserva = n.º médio de unidades CE existentes / n.º médio de unidades de CE consumidas (em dias de consumo), referente ao ano de 2017, tendo o IPST, IP **superado** e obtido como resultado 13 dias. Este resultado traduz-se numa taxa de realização global de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

Numa perspetiva de Blood Supply Management, importa adequar cada vez mais a colheita ao consumo de componentes sanguíneos pelo que se tenderá a procurar metodologias que permitam aumentar a reserva de CE no IPST, IP, no final do ano e no início do Verão, para poder responder às necessidades de consumo

dos Hospitais nos primeiros meses do ano e nos meses de Agosto e Setembro, em que ciclicamente se verifica uma diminuição das colheitas face à procura / consumo.

O valor anual que se expressa em «Reserva Média» terá, portanto, de ser adequado aos períodos de maior e menor carência de colheitas cumprindo os dois pressupostos acima mencionados. Pode ser considerada uma situação de segurança sempre que as reservas de sangue a nível nacional se encontram entre as 7.000 e 9.000 unidades de Concentrado de Eritrócitos. Nestas situações, só em casos muito raros poderá existir um grupo com período de dias inferior à meta estabelecida (0 negativo ou A negativo).

A justificação para que o valor crítico seja menor que o valor histórico é de que estava definido o índice de 40 dádivas por mil habitantes por ano, atualmente estimado que 35 dádivas por mil habitantes ano distribuídas de forma regular de acordo com as necessidades ao longo do ano e suportadas por um planeamento numa perspetiva de Blood Supply Management, são adequadas para cumprir a suficiência, isto é, satisfazer as necessidades em componentes sanguíneos lábeis (eritrócitos, plaquetas) e plasma para transfusão.

Objetivo de eficácia – OOP 2: Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos

Portugal tem uma população cada vez mais envelhecida, face a esta situação foi objetivo do IPST, IP, assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos, alargando a faixa etária jovem. Sabemos ser essencial uma maior adesão dos jovens devido à dádiva de sangue devido à progressiva diminuição da taxa de natalidade que se verifica à décadas, a nível nacional.

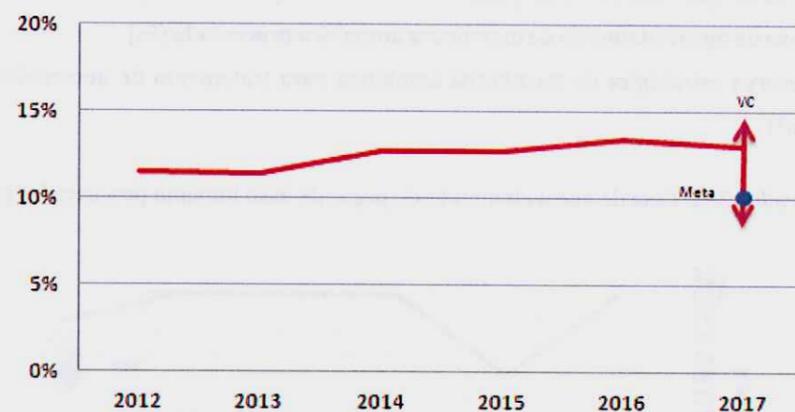
Este objetivo é um dos maiores desafios que se coloca ao IPST, IP, tanto como forma de atenuar os efeitos dos dados demográficos da população portuguesa, caracterizados pelo envelhecimento, baixa taxa de natalidade⁴ e emigração, cujo resultado evidente é um decréscimo acentuado de jovens, com repercussão na população de dadores. Será certamente um desafio permanente que vai continuar a exigir dos serviços de promoção da dádiva um esforço e o desenvolvimento de estratégias de comunicação e marketing para se conseguir uma aproximação a esta faixa etária.

Só o envolvimento dos jovens na dádiva de sangue poderá garantir num futuro próximo alcançar uma base alargada de dadores, com reposição dos que saem por limite de idade. A realização de ações que visem sensibilizar os jovens e alertá-los para a necessidade de participarem numa causa de solidariedade nacional continua a ser um grande desafio para os serviços de promoção da dádiva. Este objetivo apresenta dois indicadores:

⁴ A taxa bruta de natalidade atingiu, em 2012 o valor mais baixo dos últimos 60 anos (8,5%). Na década de 60 situava-se nos 24,1%.

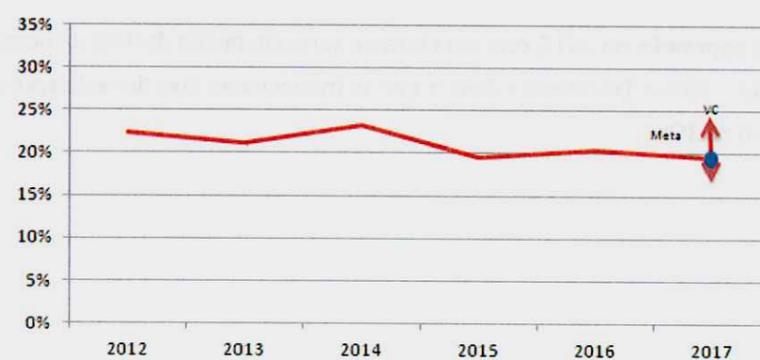
- Percentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idades <25 anos;
- Percentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idades entre os 25 e os 34 anos;

Gráfico 5 - Indicador 2.1. Unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos



Este indicador foi **superado** em 2017, apresentando um total de 24403 unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos (Meta = 10% e Tolerância = 2%), representa 13,2 % do total de unidades de sangue colhidas, resultado que se traduz numa taxa de realização de 115%, ou seja, um desvio positivo de 15%.

Gráfico 6 - Indicador 2.2.: Unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos



Este indicador foi **atingido** em 2017, apresentando um total de 36075 unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos (Meta = 20% e Tolerância = 3%), representa 20% do total de unidades de sangue colhidas, o que se traduz numa taxa de realização global de 100%.

Objetivo de eficácia - OOP 3: Desenvolver o Banco Multitecidual

Este objetivo reflete a atividade do Banco de Tecidos do IPST, IP nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana. Encontra-se desdobrado em 3 indicadores:

- Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)
- Taxa de aproveitamento de membrana amniótica processada (%)
- Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m²)

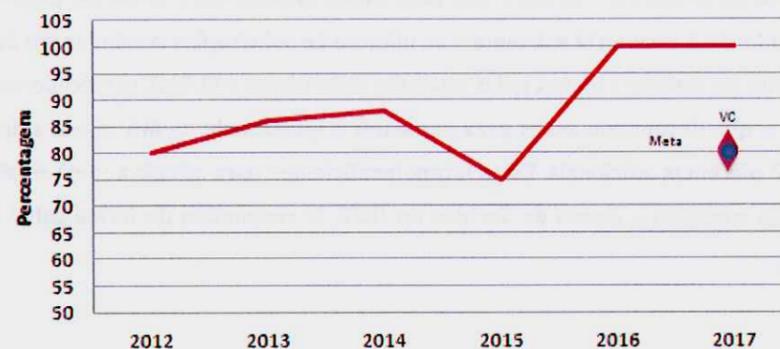
Gráfico 7 - Indicador 3.1.: Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)



Este indicador visa monitorizar as condições em que os tecidos são processados nas nossas instalações com base nos resultados do controlo microbiológico dos tecidos, que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos mesmos.

Este indicador foi **superado** em 2017, com uma taxa de aproveitamento de 93% de peças de osso humano processadas (Meta = 80% e Tolerância = 5%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

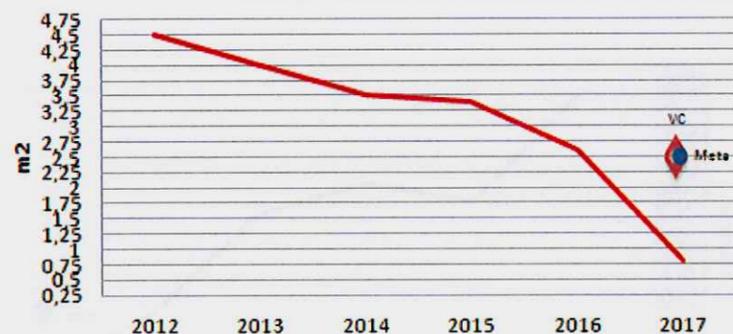
Gráfico 8 - Indicador 3.2.: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)



Este indicador foi **Superado** em 2017, com 100% de taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (Meta = 80% e Tolerância = 4%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

Destaca-se a continuidade do esforço empreendido pelo IPST, IP no âmbito da articulação com as Maternidades.

Gráfico 9 - Indicador 3.3.: Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva = n.º médio de m² existentes)



A diminuição da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia está relacionada com fatores externos ao IPST, IP, nomeadamente o número de solicitações das entidades prestadoras de cuidados de saúde para fornecimento de membrana amniótica para cirurgia plástica e oftalmológica.

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

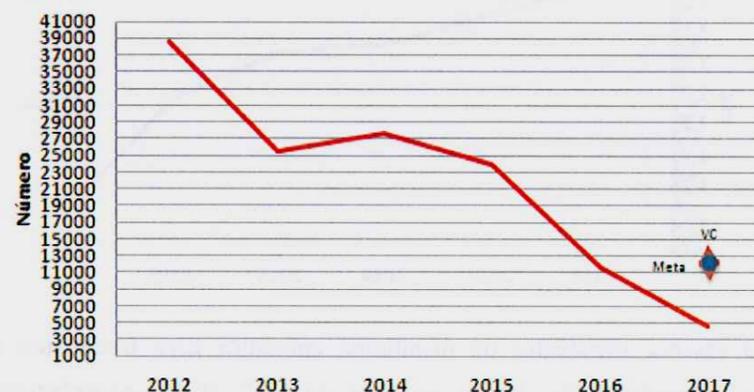
A 31 de Dezembro de 2016 a área total da reserva estratégica de Membrana Amniótica (MA) correspondia a 2,5893 m². Em 2017 foi indicada a redução da reserva estratégica de MA para 2,5 m², sob pena de provocar custos desnecessários (recursos humanos, equipamentos, consumíveis e termo do prazo de conservação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

Objetivo de eficácia – OOP 4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (R)

O OOp 4 “Assegurar a colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea” traduz a atividade do Registo de Candidatos a Dador CEDACE⁵ com dois indicadores:

- Número de novos dadores CEDACE tipados
- Número de dadores CEDACE ativados.

Gráfico 10 - Indicador 4.1.: N.º de novos dadores CEDACE tipados



Para este indicador foi definida uma Meta = 12000 de novos dadores CEDACE tipados (Tolerância = 1300; Valor Crítico= 13850). Este indicador **não foi atingido** em 2017, apresentando um total de 4559 novos

⁵ Seleção dos potenciais dadores compatíveis com os candidatos a transplantação de células estaminais, comunicação com as unidades de transplantação e de colheita nacionais e estrangeiras, contactos com registos estrangeiros, coordenação das colheitas de células para doentes nacionais ou estrangeiros, acompanhamento dos dadores nas colheitas, quer antes ou depois, suporte financeiro das despesas resultantes da atividade de colheita, comunicação com dadores, a fim de manter o Registo atualizado e garantir a fidelização dos dadores ao longo do período em que estão inscritos e não são chamados, controlo da faturação entre as unidades de transplantação e registos internacionais, contacto com os centros de dadores e, ainda, a manutenção da base informática nacional e o cruzamento com bases de dados de registos estrangeiros.

candidatos a dador CEDACE tipados, o que se traduz numa taxa de realização de 43%, determinada por uma nova orientação estratégica que a seguir se descreve.

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

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

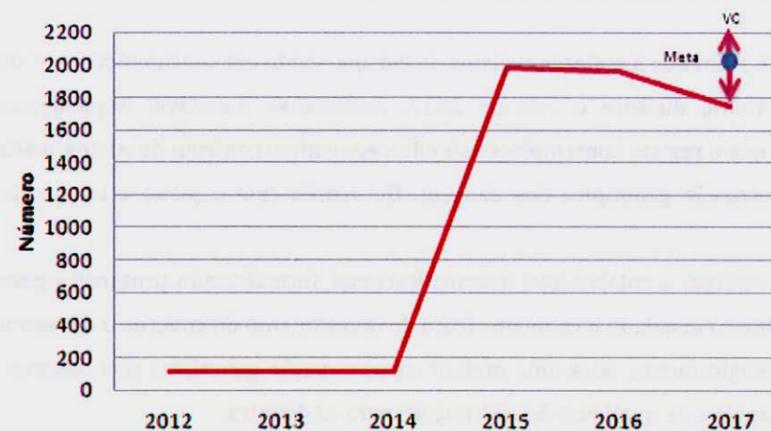
Assim, foram feitas as diligências para:

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

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

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

Gráfico 11 - Indicador 4.2.: N.º de dadores CEDACE ativados⁶



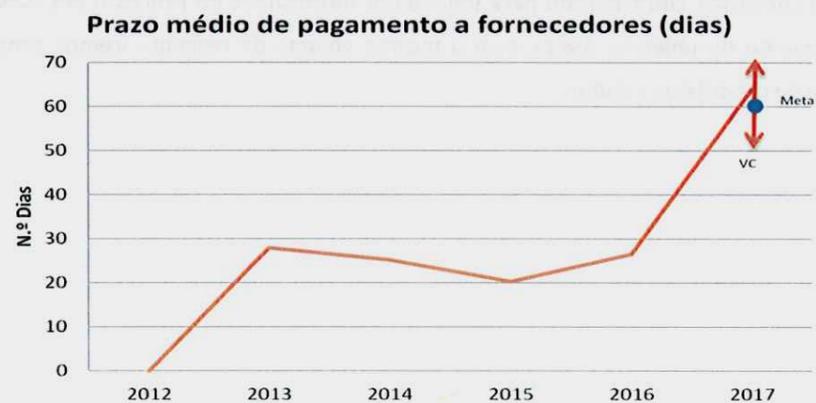
Este indicador avalia o nº de dadores solicitados por registos internacionais ou unidade de transplantação de medula óssea nacionais, estando por isso a sua realização dependente de fatores externos ao IPST, IP. Tendo em conta a relação entre o número de novos doentes referenciados e o nº de testes complementares efetuados para verificar a identidade HLA, doentes com indicação para receber CPH e dadores CEDACE.

O indicador **não foi atingido** em 2017, com 1748 dadores CEDACE ativados (Meta = 2000 e Tolerância = 200), o que se traduz numa taxa de realização de 97%.

Objetivo de eficiência – OOP 5: melhorar o desempenho financeiro do IPST, IP

A melhoria e sustentabilidade do desempenho financeiro do IPST, IP assumem uma importância primordial tendo como indicador o prazo médio de pagamento a fornecedores:

Gráfico 12 - Indicador 5.1. – Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)



⁶ A partir de 2015, o indicador "N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE" foi substituído por "N.º de dadores CEDACE ativados" porque o anterior não reflete a atividade nesta área e está dependente de outras instituições.

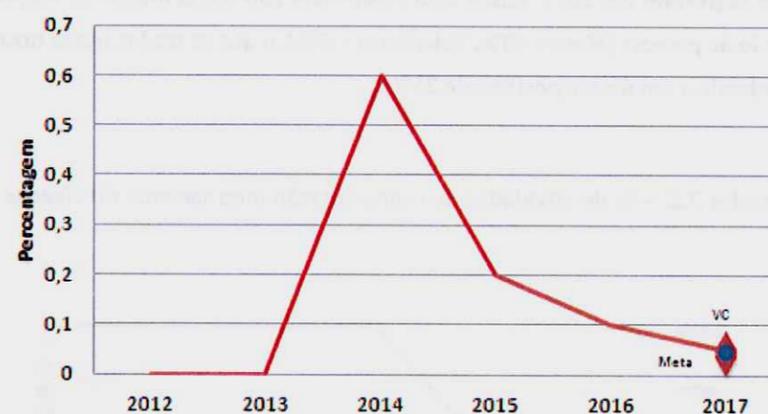
Este indicador **foi atingido** em 2017 (Meta = 60 e Tolerância = 10), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

Objetivo de eficiência – OOP 6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (R)

O IPST, IP é a entidade responsável por assegurar o funcionamento de um sistema de informação único e integrado no domínio da colheita e transplantação, designado por Registo Português de Transplantação (RPT). Este Registo está ligado em rede às Unidades de Colheita, aos Gabinetes Coordenadores e Unidades de Transplantação.

O indicador **foi atingido** em 2017 (Meta = 5%; Tolerância = 5%), o que se traduz numa taxa de realização de 100%, foram desenvolvidos os módulos de acordo com a planificação do desenvolvimento do RPT.

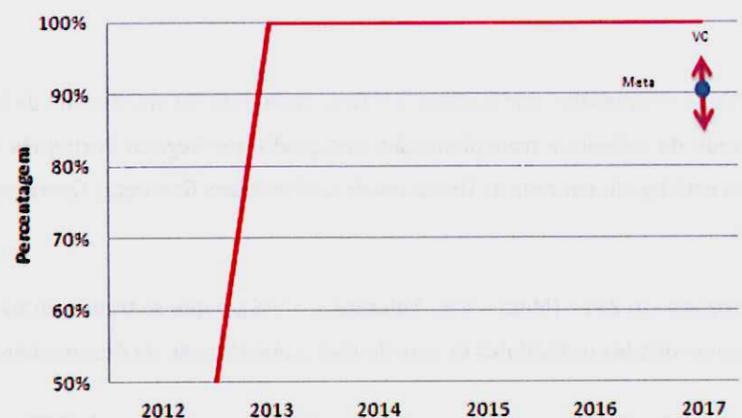
Gráfico 13 - Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT



A importância do RPT no âmbito da estruturação da área da transplantação, potenciaram o cumprimento deste objetivo. Em 2017 a realização deste indicador deve-se à continuidade no trabalho desenvolvido pela equipa da Coordenação Nacional da Transplantação.

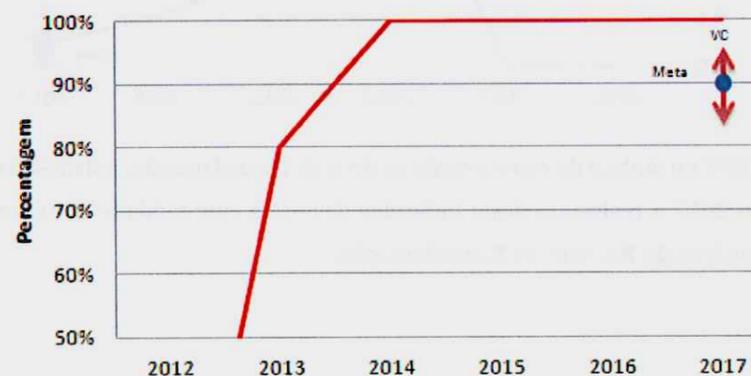
Objetivo de eficiência – OOP 7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais

Gráfico 14 - Indicador 7.1. – % de respostas aos pedidos de emissão de parecer



Este indicador foi **superado** em 2017, tendo sido cumpridos 100% dos prazos de resposta aquando dos pedidos de emissão de parecer (Meta = 90%, Tolerância = 5%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, correspondendo a um desvio positivo de 35%.

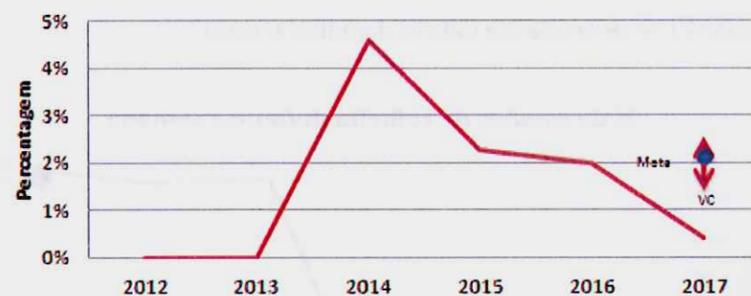
Gráfico 15 - Indicador 7.2. – % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST, IP



A criação de um novo procedimento de registo das atividades internacionais que envolve o Conselho Diretivo do IPST, IP, do seu Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação, e a gestão do portal institucional, permitiu a **superação** deste indicador no ano de 2017, tendo-se atingido 100% da divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional (Meta = 80 %, Tolerância = 5%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, correspondendo a um desvio positivo de 35%.

Objetivo de eficiência – OOP 8: otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no banco público de células do cordão umbilical

Gráfico 16 - Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento



Este indicador foi **superado** no ano de 2017, resultado 0,4% (Meta = 2,2% e Tolerância = 0,5%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, correspondendo a um desvio positivo de 35%. O resultado obtido deve-se à aquisição e desenvolvimento de competências e formação dos intervenientes internos e externos ao Banco Público de Células do Cordão Umbilical.

Gráfico 17 - Indicador 8.2. – N.º de unidades de SCU criopreservadas

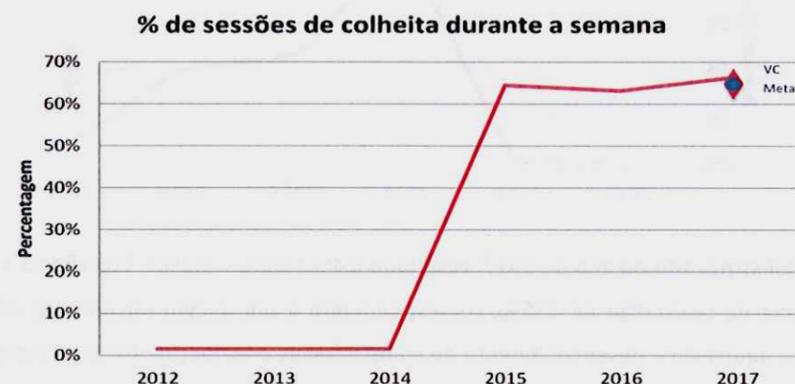


Este indicador foi **atingido** no ano de 2017, tendo sido criopreservadas 94 unidades de SCU (Meta = 90 e Tolerância = 10), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

Objetivo de eficiência – OOP 9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (R)

Este indicador “% de sessões de colheita durante a semana” promove a tendência para fixar a realização da dádiva de sangue em locais fixos e em horários durante a semana.

Gráfico 18 - Indicador 9.1. % de sessões de colheita durante a semana



Nota: em 2015 a métrica associada ao indicador foi substituída por % de sessões de colheita durante a semana (n° de sessões de colheita durante a semana/ n° total de sessões de colheita) * 100%.

Este indicador foi **atingido** no ano de 2017 com resultado de 66,5% (Meta = 64% e Tolerância = 2,6%), o que se traduz numa taxa de realização de 100%. Este resultado traduz um esforço dos CST no sentido de diminuir uma concentração de recursos durante o fim de semana contando com a colaboração das Associações de Dadores de Sangue no alinhamento desta estratégia.

Objetivo de qualidade – OOP 10: promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP (R)

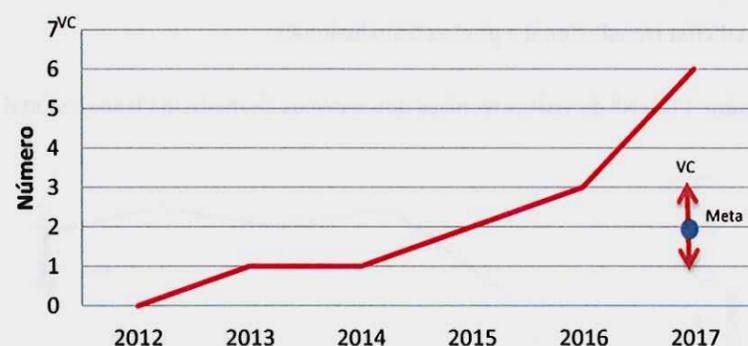
O indicador 10.1. “Realizar formação na modalidade de e-learning no IPST, IP (meses)” assenta na formação inicial e contínua dos profissionais do IPST, IP baseada num modelo de formação anual que permite aos seus profissionais a participação em ações formativas para acompanhamento dos avanços científicos na área da medicina transfusional e transplantação e na melhoria contínua da organização e gestão dos serviços.

Gráfico 19 - Indicador 10.1. – Realizar formação na modalidade de e-learning no IPST, IP (meses)



Este indicador foi **superado** no ano de 2017 com 2 ações de formação realizadas na modalidade de e-learning (Meta = 1 e Tolerância = 0) com uma taxa de realização de 125%, correspondendo a um desvio positivo de 25%.

Gráfico 20 - Indicador 10.2. –N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais

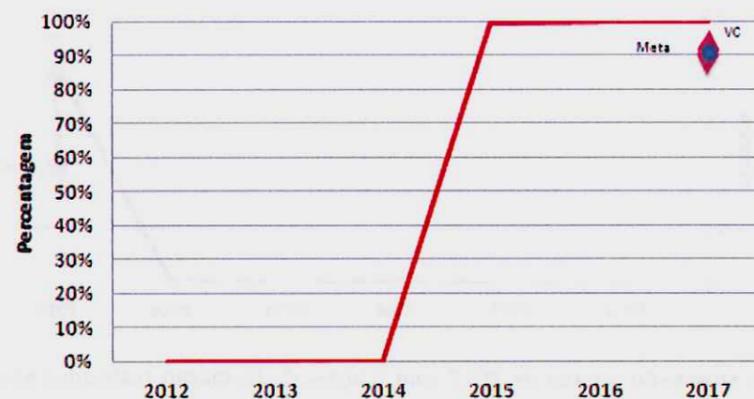


Este indicador foi **superado** no ano de 2017, tendo sido realizadas 6 reuniões (Meta = 2 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, correspondendo a um desvio positivo de 35%.

[Objetivo de qualidade - OOP 11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos](#)

Este indicador "Percentagem de testes metrológicos efetuados" traduz a atividade desenvolvida pelo setor de metrologia do gabinete de gestão da qualidade do IPST, IP,IP, iniciada em 2015.

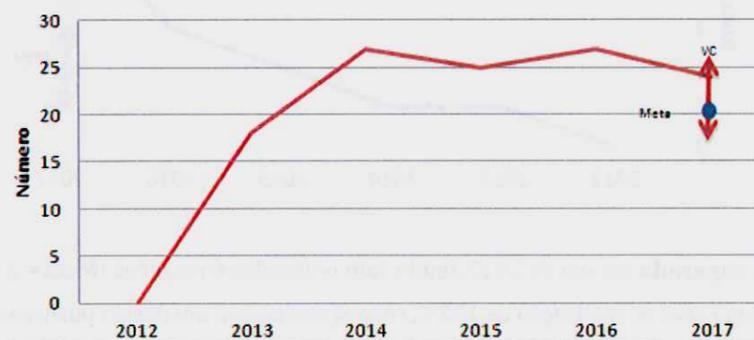
Gráfico 21 - Indicador 11.1. % de testes metrológicos efetuados



Este indicador foi **superado** no ano de 2017, tendo sido realizada uma taxa de 100% de testes metrológicos planeados (Meta = 90% e Tolerância = 5%), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, com desvio positivo de 35%.

O indicador seguinte traduz a atividade de articulação hospitalar através das visitas técnicas pelo IPST, IP aos serviços de medicina transfusional e pontos transfusionais.

Gráfico 22 - Indicador 11.2. Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional

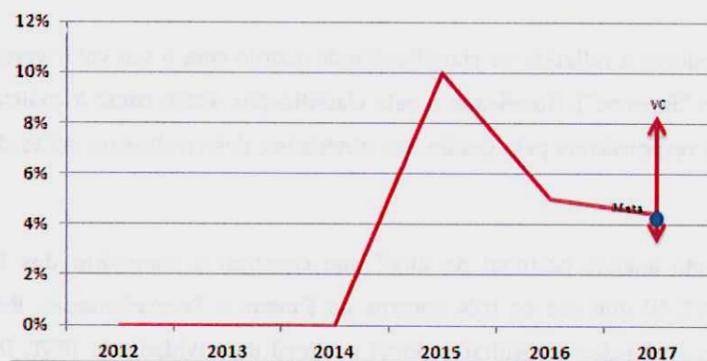


Este indicador foi **atingido** no ano de 2017, tendo sido realizadas 24 visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional e pontos transfusionais (Meta = 22 e Tolerância = 3), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

Objetivo de qualidade – OOP 12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação

O indicador 12.1. permite avaliar a percentagem de aumento da referenciação de dadores de órgãos e tecidos por parte das Unidades de Colheita e Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação.

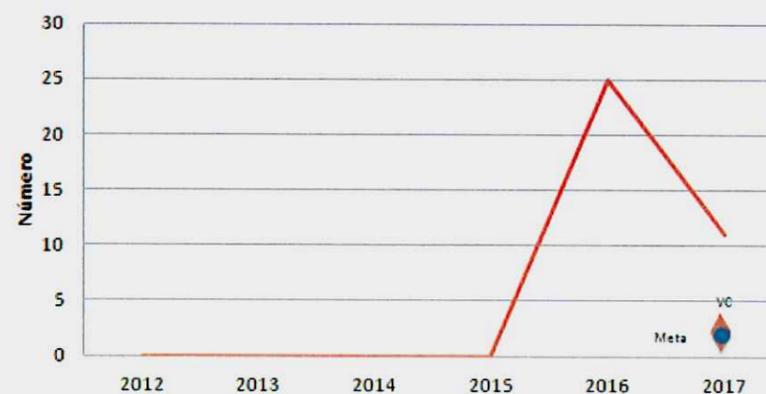
Gráfico 23 - Indicador 12.1. % de aumento da referenciação de dadores



Este indicador foi **atingido** no ano de 2017, tendo sido realizada uma referenciação de dadores de 4,4% (Meta = 5% e Tolerância = 1%), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

Objetivo de qualidade – OOP 13: Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão

Gráfico 24 - Indicador 13.1. Número de novos indicadores



Foram disponibilizados 11 novos indicadores através do portal da transparência do SNS. Este indicador foi **superado** em 2017 (Meta = 2 e Tolerância = 1) o que se traduz numa taxa de realização de 135%, com desvio positivo de 35%.

7 Objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, IP

De seguida apresenta-se a análise que reflete os resultados operacionais do IPST, IP entre janeiro e dezembro de 2017, os quais devem decorrer nos termos fixados para os indicadores dos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2017, aprovado pela tutela e divulgado no *site* da Instituição.

A análise dos indicadores é refletida na classificação de acordo com o seu valor versus o objetivo (“Não atingiu”, “Atingiu” e “Superou”). Atendendo a esta classificação, assim como à análise dos resultados ao longo do tempo, os responsáveis pela gestão das atividades, desenvolveram ações de melhoria quando aplicável.

Foi concretizada uma análise nacional de 2017 que constitui o somatório dos KPI's das unidades homogêneas do IPST, IP que são os três Centros de Sangue e Transplantação. Esta monitorização e avaliação permitem evidenciar o resultado global nacional da atividade do IPST, IP. Esta agregação é essencial para a gestão integrada da execução anual.

Paralelamente desenvolve-se uma análise por resultados parciais das unidades orgânicas (Departamentos, Gabinetes e Coordenações), que promove o alinhamento organizacional.

7.1 Indicadores (KPI's) monitorizados na área do sangue

Colheita de Sangue Total

1. Manter o nº de unidades de ST colhidas
2. Manter o nº de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos
3. Manter o nº de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34
4. Reduzir o nº total de sessões de colheita
5. Manter o nº de inscrições no posto fixo
6. Manter número de unidades de sangue total colhidas em PF
7. Diminuir as inscrições para a dádiva de sangue total que foram suspensos/eliminados em triagem clinica
8. Eventos Adversos em Dadores - reações não graves
9. Eventos Adversos em Dadores - reações graves
10. Manter o número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em sessões de colheita
11. Manter o número de inscrições para a dádiva de sangue total em sessões de colheita
12. Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira
13. Aumentar a Taxa de comparência (dadores inscritos face à previsão de dadores por sessão de colheita)
14. Diminuir a percentagem de suspensão - triagem clinica
15. Aumentar a Taxa de Colheita (Percentagem de inscrições para à dádiva de ST aprovadas em triagem clinica e em colheita face à previsão de inscrições)
16. Diminuir as variações sazonais das inscrições para a dádiva de ST (anual)
17. Aumentar o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e aprovadas em colheita de segunda a sexta-feira
18. Manter a média de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e em colheita por dia
19. Manter o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e em colheita por sessão de colheita
20. Aumentar o nº médio de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem e em colheita no PF
21. Promover a desmaterialização do processo (exceto guia de transporte e consentimento informado) – simplex

Colheita de Aférese

22. Manter o nº de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma)
23. Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34
24. Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)
25. Monitorizar o nº de concentrado de eritrócitos produzidos
26. Manter o número de plaquetas produzidas por aférese
27. Monitorizar o nº de unidades plasma produzidos
28. Manter o nº de concentrado de eritrócitos validados
29. Aumentar o número de plaquetas validadas
30. Monitorizar o nº de concentrados eritrocitários distribuídos
31. Aumentar o nº de plaquetas distribuídas
32. Diminuir o nº de dadores de aférese suspensos
33. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves
34. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves
35. Aumentar o nº de dadores inscritos para aférese (multicomponente)
36. Diminuir a percentagem de suspensão triagem clinica
37. Manter o nº de sessões de aférese por mês
38. Aumentar o nº médio de dadores previstos de aférese por mês
39. Diminuir a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)
40. Manter a taxa de comparência (dadores inscritos face à previsão de dadores)
41. Manter a taxa de colheita (percentagem de dadores colhidos face à previsão)
42. Manter a percentagem de dadores inscritos por mês
43. Manter o nº médio de dadores previstos por sessão de aférese
44. Manter a média diária de procedimentos de aférese
45. Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia

Produção

46. Manter o nº de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total).
47. Manter o nº de *buffy coats* produzidos a partir de ST.
48. Manter o nº de *POOL* de plaquetas produzidas a partir de ST incluindo HSJ, HDE e HSM.

49. Manter o nº de unidades de plasma produzidas (sangue total)
50. Manter o nº de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total).
51. Manter o nº de CUP entrados em inventário.
52. Manter o nº de POOLS entradas em inventário.
53. Aumentar o nº de unidades plasma entrados em inventário para transfusão incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total).
54. Monitorizar o nº de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total).
55. Aumentar o nº de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)
56. Aumentar o nº de CUP distribuídos
57. Aumentar o nº de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)
58. Manter o nº de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica)
59. Monitorizar o nº de unidades de crioprecipitado distribuídas
60. Monitorizar o Total de litros de plasma enviados para inativação/fracionamento
61. Monitorizar o nº de unidades de plasma distribuídas para transfusão com redução patogénica
62. Monitorizar o nº de unidades de plaquetas distribuídas com redução patogénica
63. Diminuir o nº de concentrado de eritrócitos inutilizados por prazo validade
64. Diminuir o nº de concentrado de eritrócitos de aférese inutilizados por prazo validade
65. Diminuir o número de Pool de plaquetas inutilizados por prazo validade
66. Manter o número de CUP inutilizados por prazo validade
67. Monitorizar o nº de unidades de plasma inutilizadas por prazo validade
68. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade
69. Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade
70. Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade
71. Manter a AEQ dos testes laboratoriais %
72. Manter a % de unidades de CE's inutilizadas por processamento
73. Manter a % de unidades de pool's de plaquetas inutilizadas por processamento
74. Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIH
75. Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LAT
76. Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIL
77. Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LIH referencia
78. Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)

79. Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)

80. Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)

7.2 Indicadores (KPI's) monitorizados na área da transplantação

CEDACE

1. Monitorizar o nº de pedidos de dadores CEDACE recebidos
2. Manter o nº de ativações a dadores CEDACE
3. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados – Suspensos
4. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados – eliminados
5. Manter o nº de colheitas efetivas a dadores CEDACE
6. Manter o nº de colheitas efetivas a dadores CEDACE nacionais
7. Manter o nº de colheitas efetivas a dadores CEDACE internacionais
8. Manter o nº total de candidatos a dador na base dados Cedace
9. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - Dia Seguinte
10. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês
11. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano
12. Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE
13. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial
14. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até entrada no laboratório

Transplantação

15. Manter o nº de novos dadores CEDACE enviados
16. Manter o nº de novos dadores CEDACE tipados
17. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)
18. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim
19. Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre
20. Monitorizar o nº estudos em candidatos a transplante de rim
21. Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante
22. Manter a AEQ de *crossmatch* CDC
23. Manter a AEQ de *crossmatch* CF
24. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA - pesquisa
25. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA - identificação
26. Manter a AEQ de Tipagens HLA
27. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial

28. Manter o nº médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)
29. Manter o nº médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)
30. Manter o nº médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA – excluindo PRA)

Banco Tecidos

1. Aumentar o nº de tecidos recebidos (Tecido Músculo-esquelético)
2. Aumentar o nº de tecidos recebidos (Válvulas Cardíacas)
3. Aumentar o nº de tecidos recebidos (Pele)
4. Manter o nº de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)
5. Monitorizar o nº de pedidos de Tecido Músculo-esquelético
6. Monitorizar o nº de pedidos de Válvulas Cardíacas
7. Monitorizar o nº de pedidos de Pele
8. Monitorizar o nº de pedidos de Membrana Amniótica
9. Monitorizar o nº de pedidos de Córnea
10. Manter a taxa de aproveitamento de peças de Tecido Músculo-esquelético (osso humano) processado
11. Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada
12. Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas
13. Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada
14. Manter a taxa de distribuição de peças de Tecido Músculo-esquelético
15. Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica
16. Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas
17. Manter a taxa de distribuição de Pele
18. Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada
19. Manter a reserva estratégica de Membrana Amniótica
20. Manter a existência de peças de Tecido Músculo-esquelético
21. Manter a existência de Válvulas Cardíacas – Aórticas
22. Manter a existência de Válvulas Cardíacas – Pulmonares
23. Manter a resposta a pedidos de Córnea
24. Manter a resposta a pedidos de Pele

BPCCU

1. Manter o nº de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas
2. Monitorizar o n.º de unidades de SCU aceites para processamento
3. Manter o nº de unidades de SCU criopreservadas
4. Manter o nº de unidades de SCU armazenadas e aptas para uso terapêutico
5. Monitorizar o nº de unidades com registo no CEDACE
6. Monitorizar o nº total de unidades de SCU inutilizadas na receção
7. Diminuir o nº de unidades inutilizadas após criopreservação
8. Diminuir o nº de unidades inutilizadas no processamento
9. Manter o nº de unidades de SCU criopreservadas total (somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)
10. Manter o nº de unidades de SCU aptas (somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)
11. Manter a % de unidades inutilizadas na receção
12. Diminuir a % de unidades inutilizadas após criopreservação
13. Diminuir a % de unidades inutilizadas no processamento

No que respeita ao indicador “Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE” existiu a necessidade de o desdobrar entre atrasos com origem no dador e atrasos com origem no doente, se forma a facilitar o seu acompanhamento.

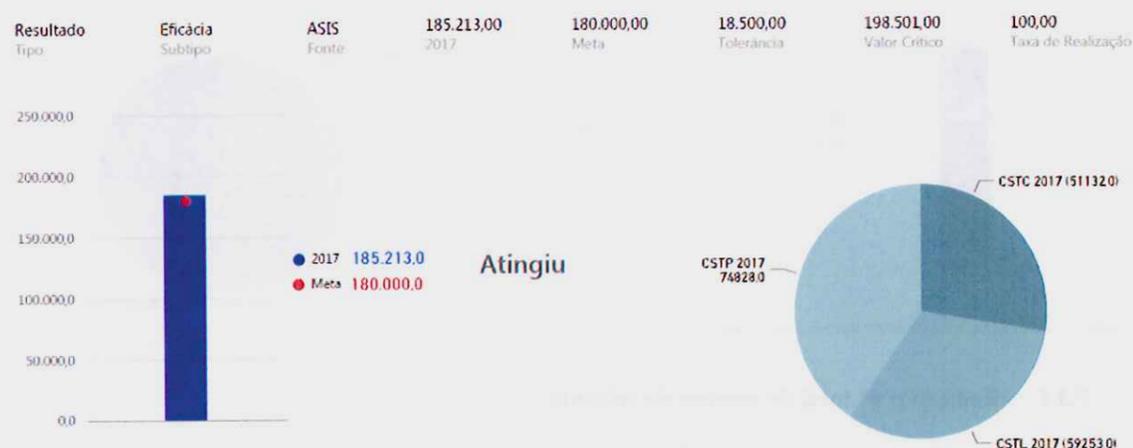
Foi também acompanhado o indicador “Nº de novos dadores CEDACE enviados”.

O incumprimento verificado no indicador “Nº de tecidos recebidos (Pele)” justifica-se pela inexistência de dermatomo afeto à equipa de colheita de tecidos do Hospital de São José-CHLC.

7.3 Medição e análise dos indicadores - *dashboard* área sangue

Sangue Total

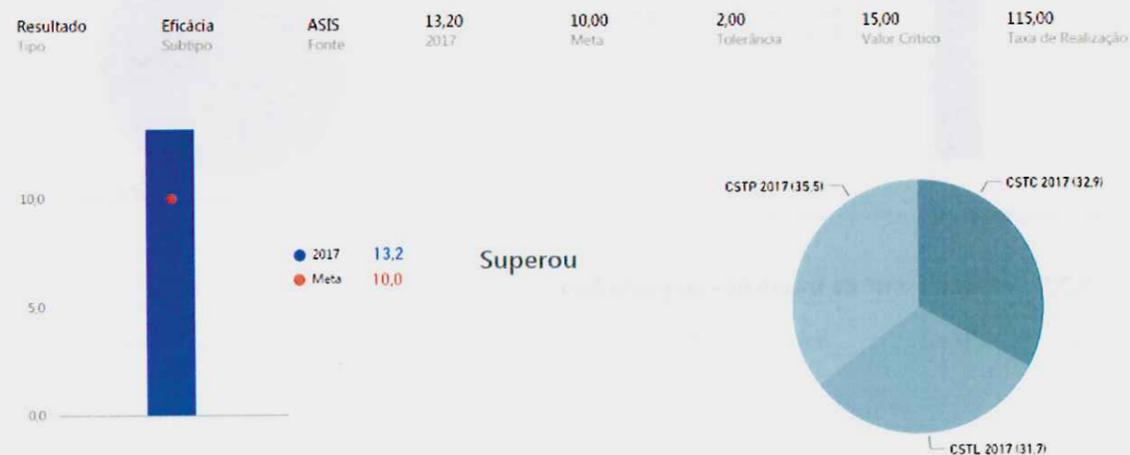
7.3.1 Manter o número de unidades de sangue total colhidas



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.2 Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos

Indicador 2.1 - QUAR

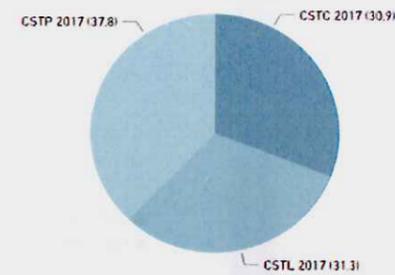
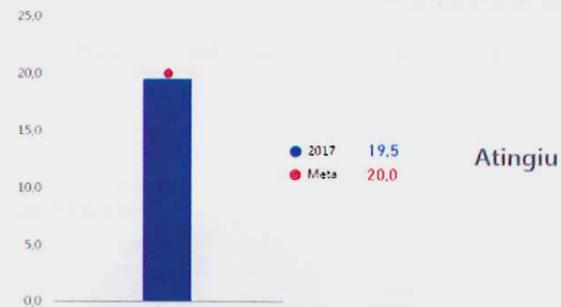


Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.3 Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário dos 25 aos 34 anos

Indicador 2.2 - QUAR

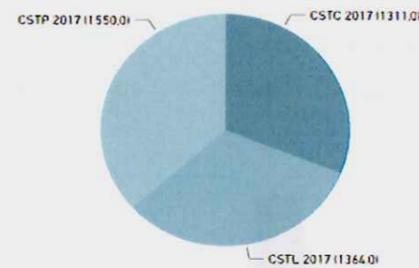
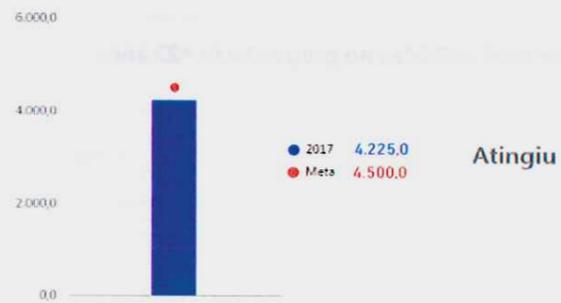
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	19,50 2017	20,00 Meta	3,00 Tolerância	25,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.4 Reduzir o nº total de sessões de colheita

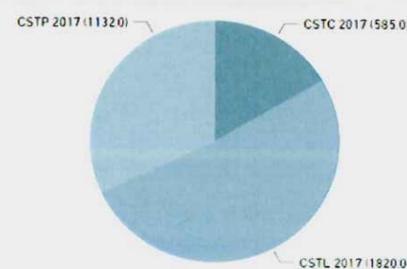
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	4.225,00 2017	4.500,00 Meta	440,00 Tolerância	4.941,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.5 Manter o nº de inscrições no posto fixo

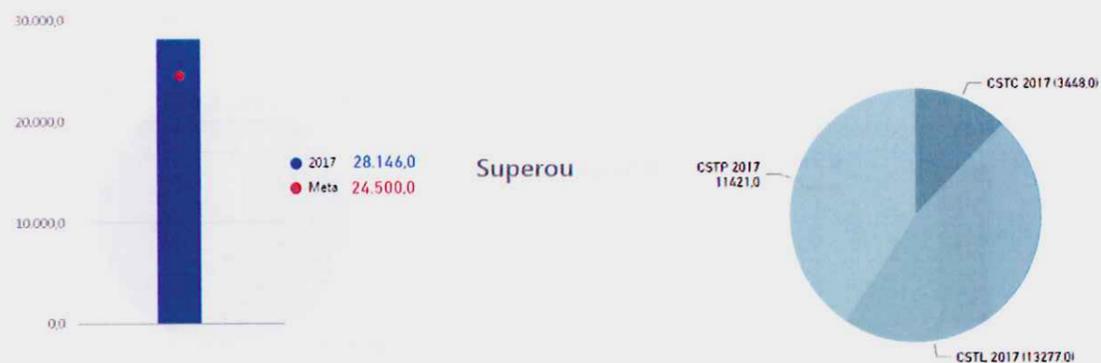
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	3.537,00 2017	2.950,00 Meta	350,00 Tolerância	3.301,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.6 Manter número de unidades de ST colhidas em PF

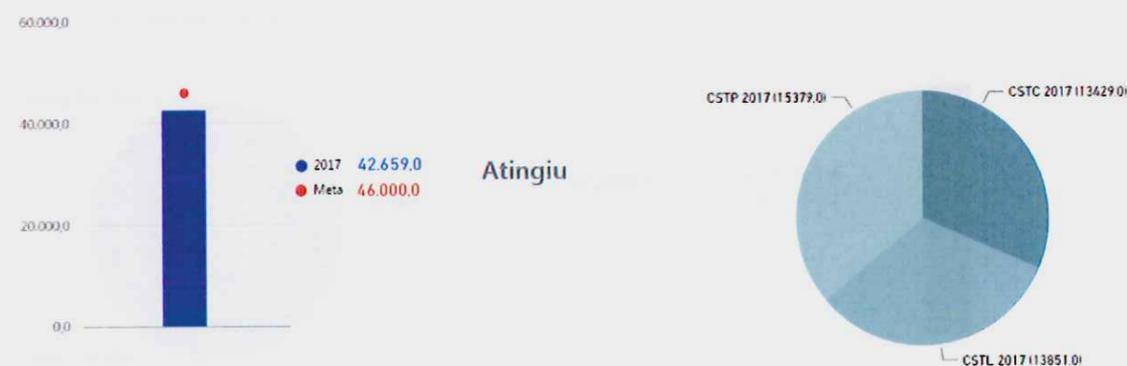
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	28.146,00 2017	24.500,00 Meta	1.800,00 Tolerância	26.301,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.7 Diminuir as inscrições para dívida de sangue total suspensas/eliminadas

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	42.659,00 2017	46.000,00 Meta	4.600,00 Tolerância	41.399,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.8 Eventos Adversos em Dadores - reações não graves

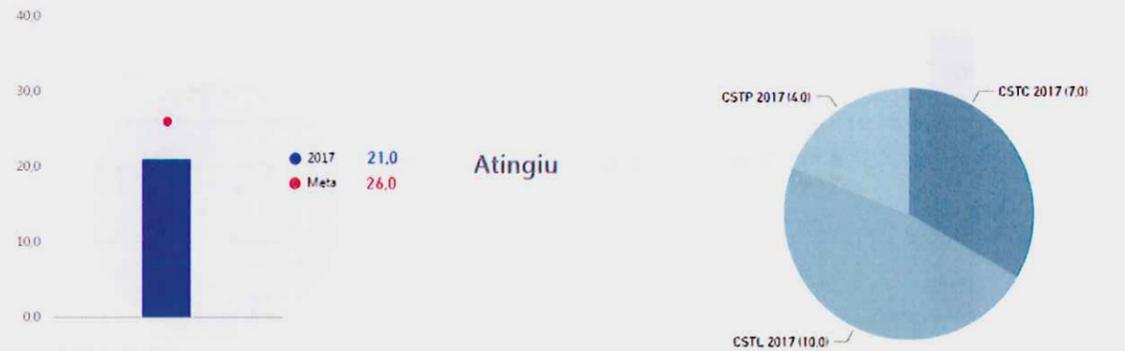
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	site SPHv Fonte	773,00 2017	850,00 Meta	70,00 Tolerância	779,00 Valor Crítico	126,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-----------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.9 Eventos Adversos em Dadores - reações graves

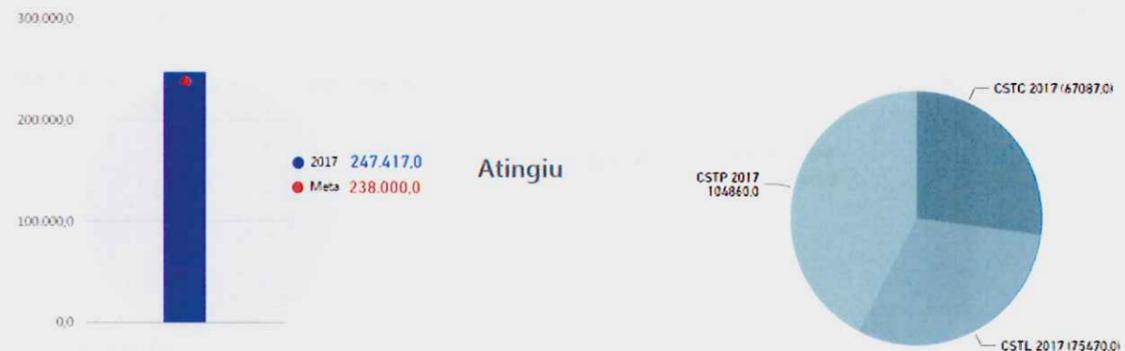
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	site SPHv Fonte	21,00 2017	26,00 Meta	5,00 Tolerância	20,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-----------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.10 Manter o número de inscrições previstas para a dádiva de sangue total em sessões de colheita

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	247.417,00 2017	238.000,00 Meta	17.800,00 Tolerância	255.801,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.11 Manter o número de inscrições para a dádiva de sangue total em sessões de colheita

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	232.059,00 2017	227.500,00 Meta	17.750,00 Tolerância	245.251,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.12 Manter o rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira

Indicador 9.1 - QUAR

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	66,50 2017	64,00 Meta	2,60 Tolerância	67,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.13 Aumentar a Taxa de comparência (aumento de dadores inscritos face à previsão de dadores por sessão de colheita)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	96,06 2017	92,33 Meta	4,00 Tolerância	97,33 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.14 Diminuir a percentagem de suspensão - triagem clínica

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	18,58 2017	20,97 Meta	0,68 Tolerância	19,28 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.15 Aumentar a taxa de colheita (percentagem de inscrições para a dádiva de sangue total aprovadas em triagem clínica e em colheita face à previsão de inscrições)

Resultado	Eficiência	ASIS	75,04	76,33	4,33	81,67	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.16 Diminuir as variações sazonais das inscrições para dádiva de sangue total (anual)

Resultado	Eficiência	ASIS	99,18	91,67	10,00	80,67	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.17 Aumentar o número médio de inscrições para a dádiva de sangue total aprovadas em triagem e em colheita de segunda a sexta

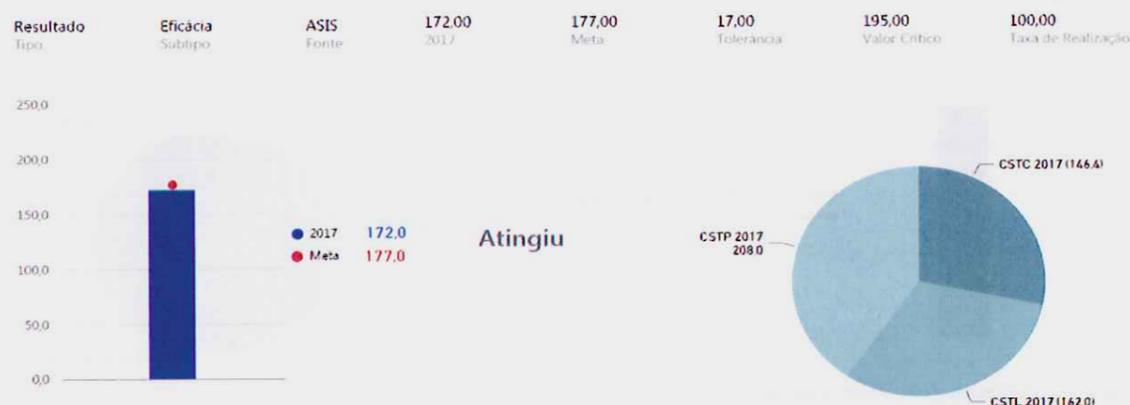
Indicador 9.1 - QUAR

Resultado	Eficácia	ASIS	66,50	64,00	2,60	67,00	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



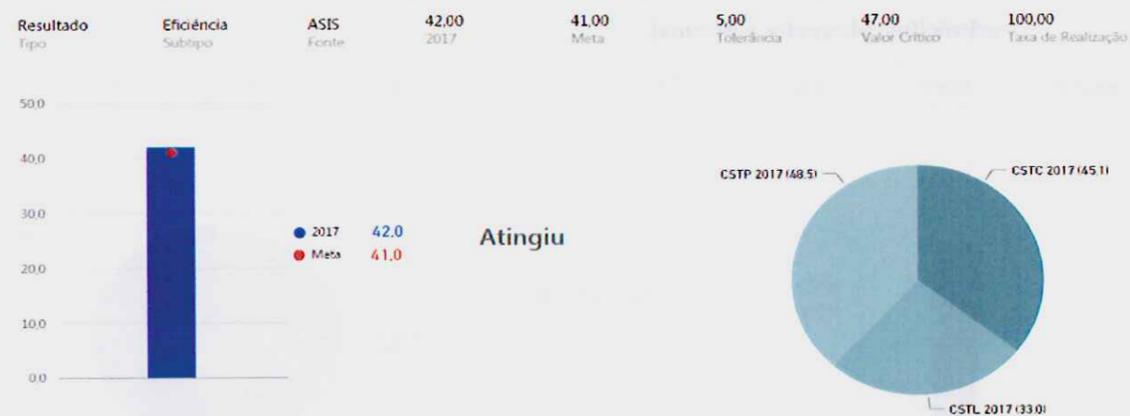
Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.18 Manter o número médio de inscrições para a dádiva de sangue total aprovadas em triagem e em colheita por dia



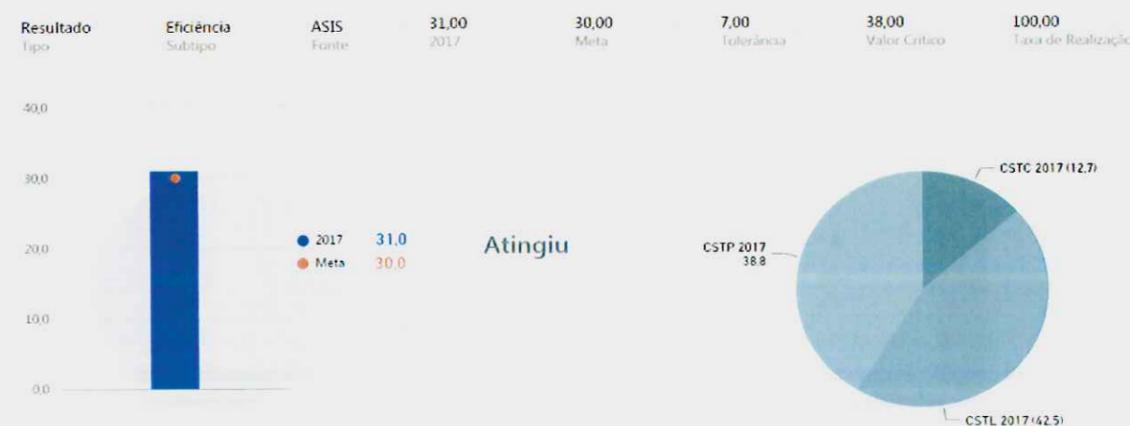
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.19 Manter o número médio de inscrições para a dádiva de sangue total aprovadas em triagem e em colheita por sessão de colheita



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.20 Aumentar o número médio de inscrições para a dádiva de sangue total aprovadas em triagem e em colheita no posto fixo



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.21 Promover a desmaterialização do processo (exceto guia de transporte e consentimento informado) – simplex

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	17,00 2017	15,00 Meta	3,00 Tolerância	9,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	------------	------------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Afêrese

7.3.22 Manter o nº de procedimentos/processos de afêrese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	2.077,00 2017	2.255,00 Meta	151,00 Tolerância	2.407,00 Valor Crítico	99,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

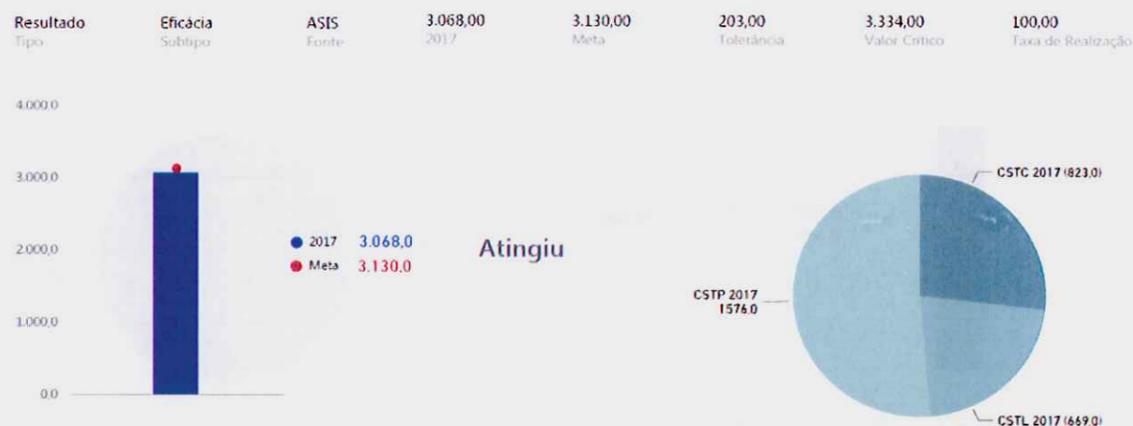
7.3.23 Manter o nº de procedimentos afêrese efetuados no grupo etário 25-34

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	339,00 2017	360,00 Meta	38,00 Tolerância	399,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



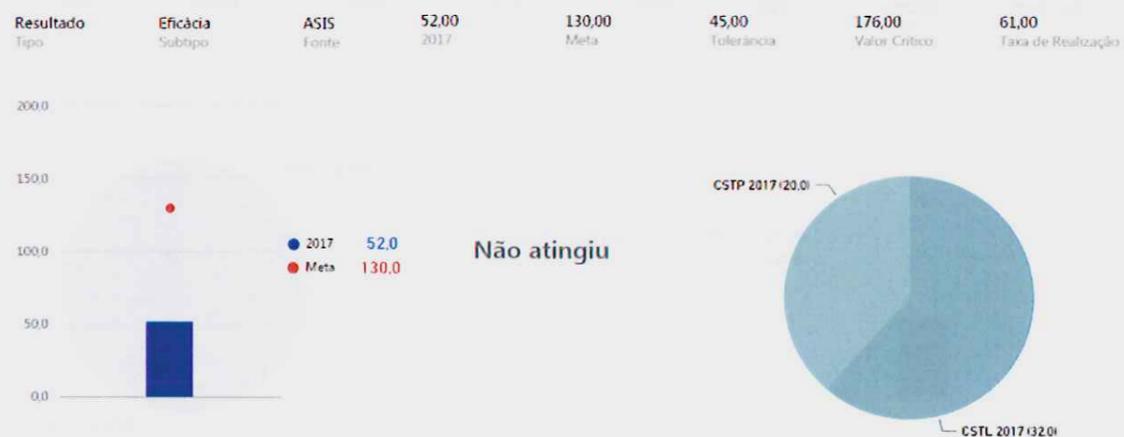
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.24 Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)



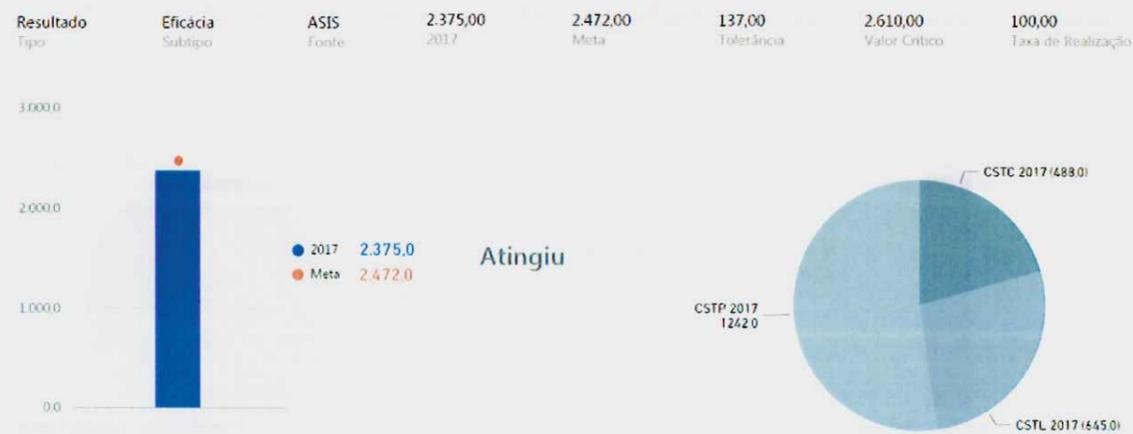
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.25 Monitorizar o número concentrado de eritrócitos produzidos (aférese)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.26 Manter o número de plaquetas produzidas (aférese)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.27 Monitorizar o número de unidades de plasma produzidos (aférese)

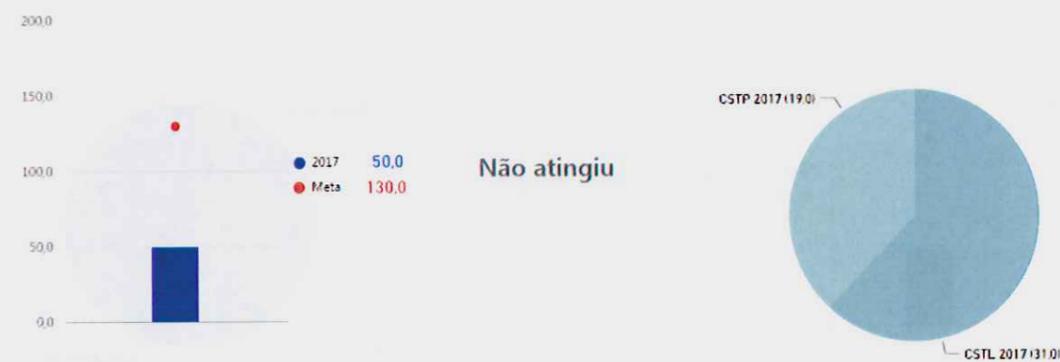
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	649,00 2017	520,00 Meta	62,00 Tolerância	583,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.28 Manter o número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)

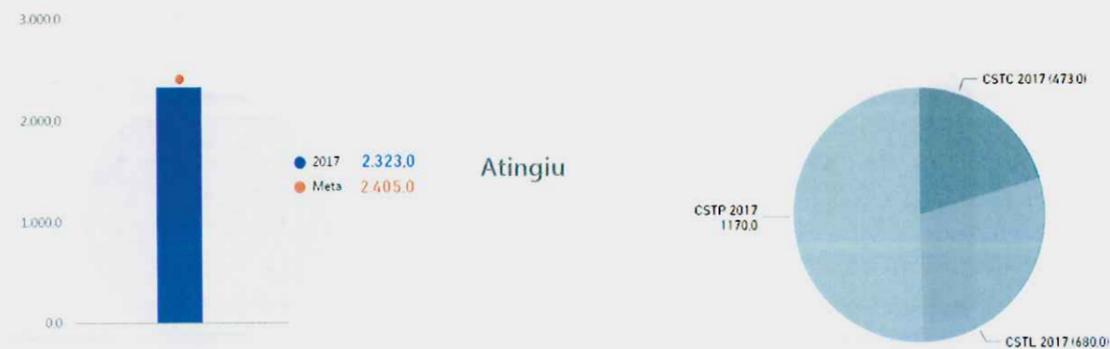
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	50,00 2017	130,00 Meta	45,00 Tolerância	176,00 Valor Crítico	59,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.29 Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	2.323,00 2017	2.405,00 Meta	126,00 Tolerância	2.532,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.30 Monitorizar o número de concentrados eritrocitários distribuídos (aférese)

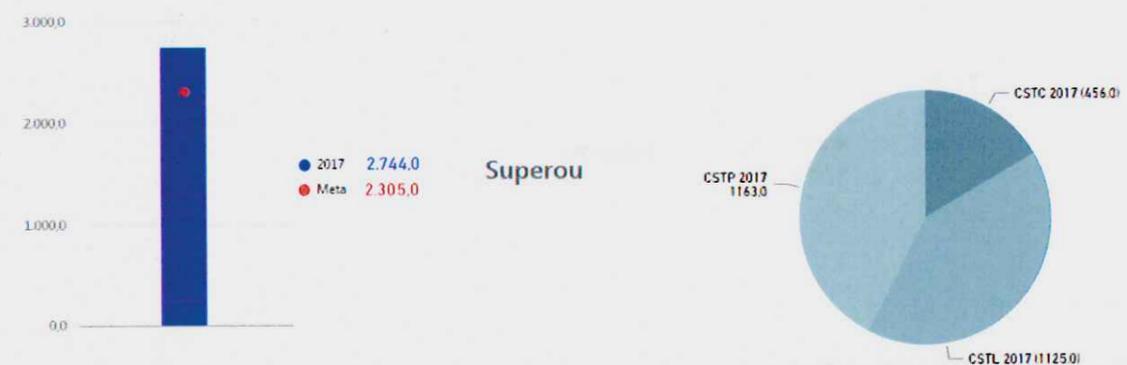
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	52,00 2017	130,00 Meta	45,00 Tolerância	176,00 Valor Crítico	61,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.31 Aumentar o número de plaquetas distribuídas (aférese)

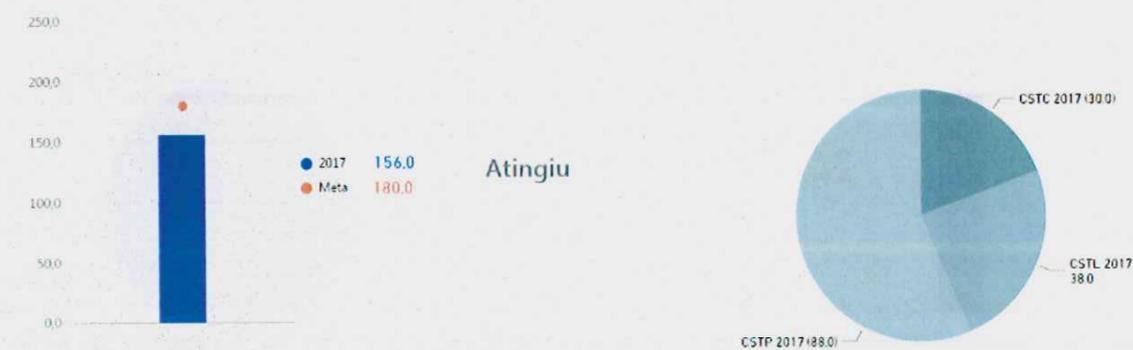
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	2.744,00 2017	2.305,00 Meta	126,00 Tolerância	2.432,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.32 Diminuir o número de dadores de aférese suspensos

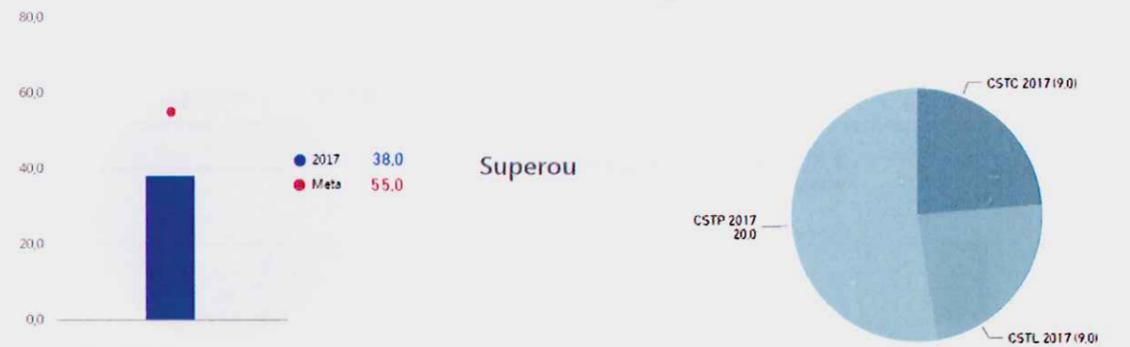
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	156,00 2017	180,00 Meta	29,00 Tolerância	150,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.33 Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	Hv - enfermagem Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
			38,00	55,00	9,00	45,00	135,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.34 Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves

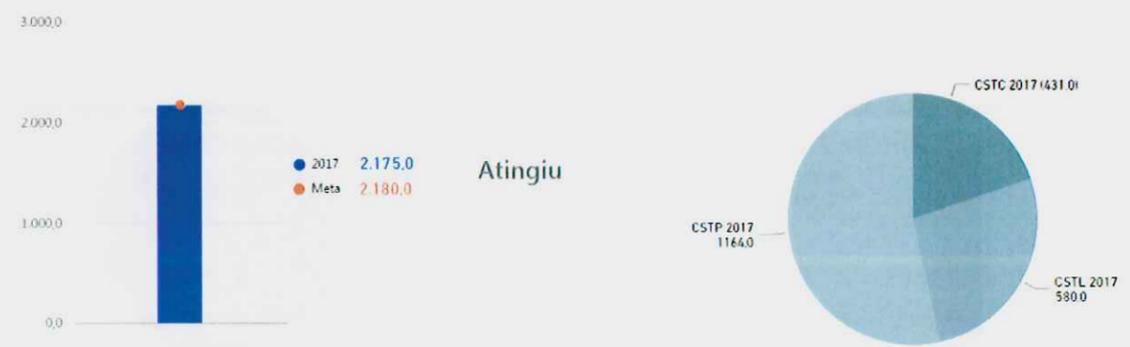
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	Hv - enfermagem Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
			0,00	3,00	2,00	0,00	135,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.35 Aumentar o número de dadores inscritos para aférese (multicomponente)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
			2.175,00	2.180,00	163,00	2.344,00	100,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.36 Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica

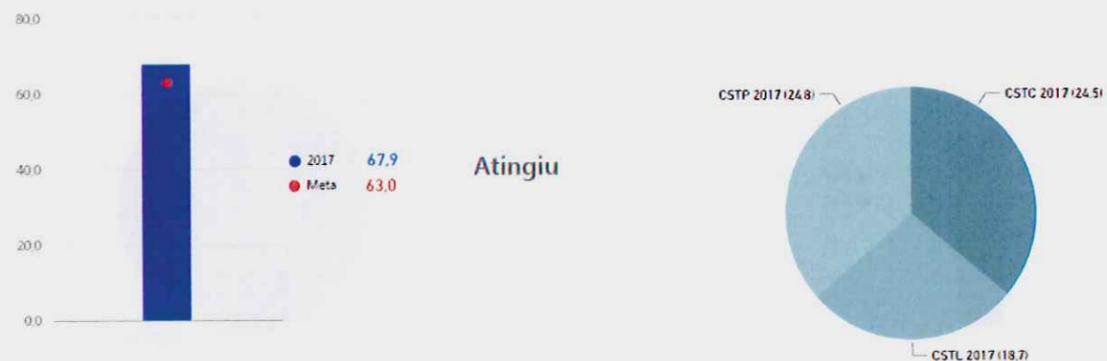
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	7,08 2017	10,00 Meta	2,00 Tolerância	7,00 Valor crítico	130,38 Taxa de realização
----------------	--------------------	------------	-----------	------------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.37 Aumentar o número de sessões de aférese por mês

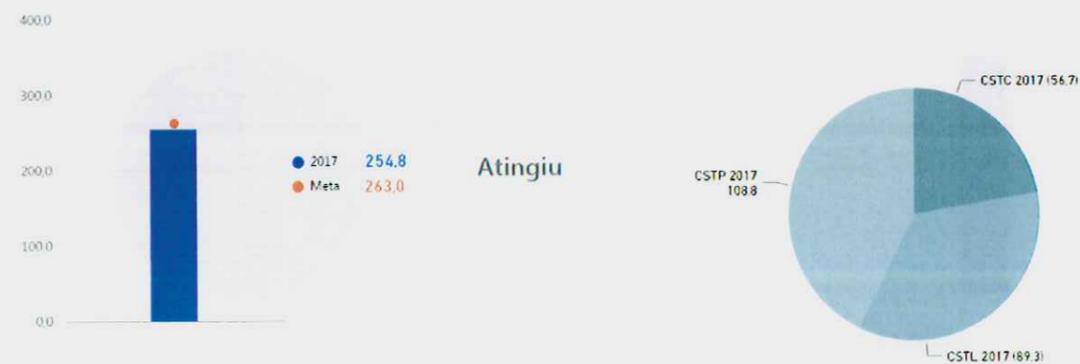
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	67,90 2017	63,00 Meta	7,50 Tolerância	71,50 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.38 Aumentar o número médio de doadores previstos de aférese por mês

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	254,80 2017	263,00 Meta	24,00 Tolerância	288,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.39 Diminuir a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)

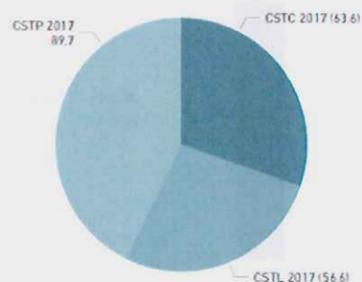
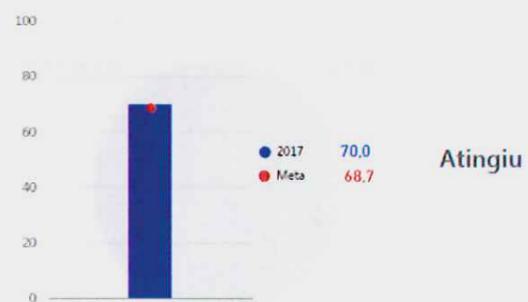
Resultado	Qualidade	Hv - enfermag...	0,00	0,33	0,07	0,00	125,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.40 Manter a taxa de comparência (dadores inscritos face à previsão de dadores)

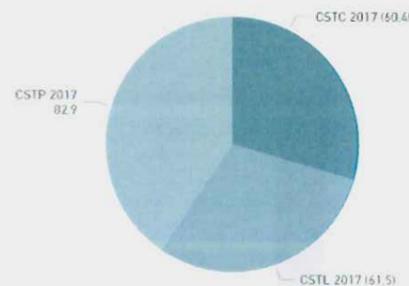
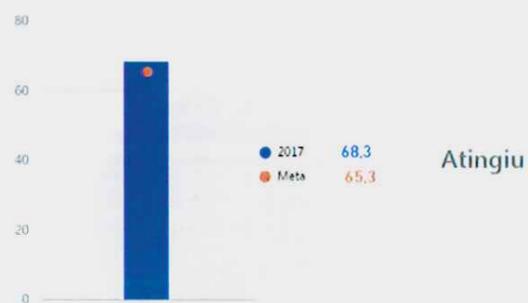
Resultado	Eficiência	ASIS	69,96	68,67	5,33	75,00	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.41 Manter a taxa de colheita (percentagem de dadores colhidos face à previsão)

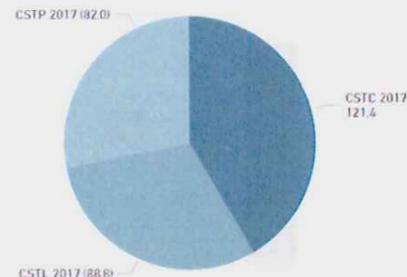
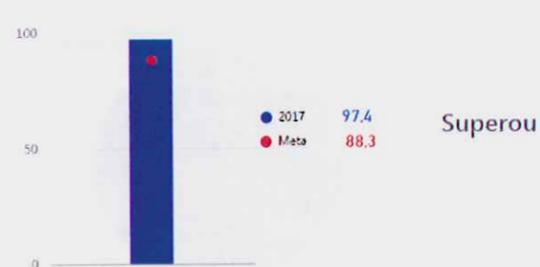
Resultado	Eficiência	ASIS	68,28	65,33	4,00	70,33	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.42 Manter a percentagem de dadores inscritos por mês

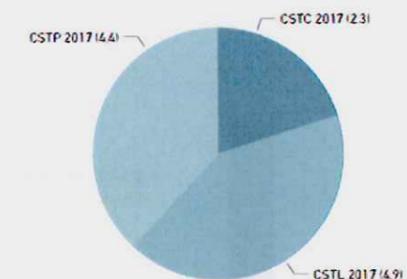
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	97,36 2017	88,33 Meta	4,83 Tolerância	94,17 Valor crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.43 Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese

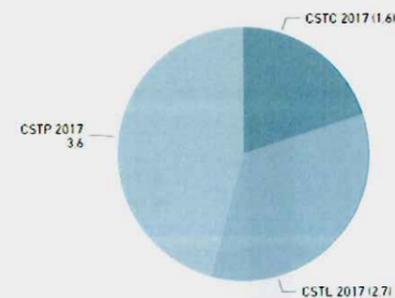
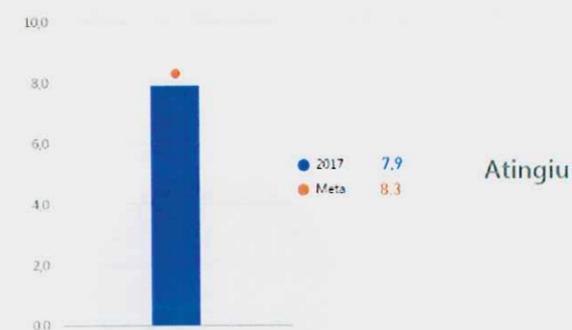
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	3,90 2017	3,70 Meta	1,00 Tolerância	5,70 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.44 Manter a média diária de procedimentos de aférese

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	7,90 2017	8,30 Meta	1,70 Tolerância	11,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------	-----------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.45 Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	3,90 2017	3,80 Meta	0,80 Tolerância	5,70 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------

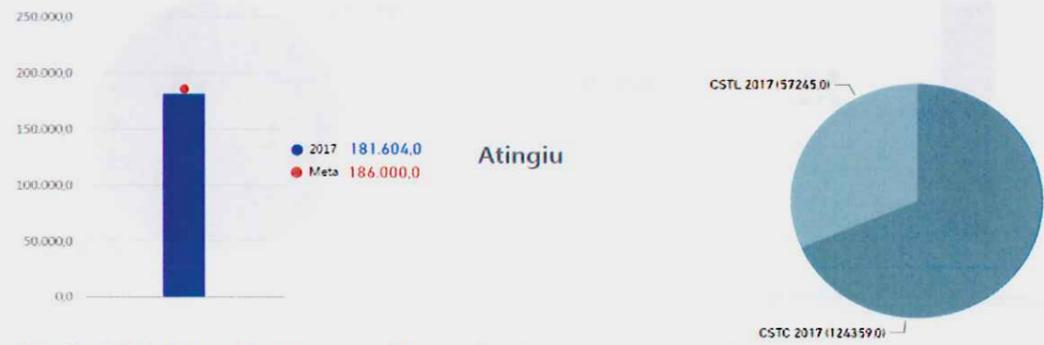


Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Produção

7.3.46 Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	181.604,00 2017	186.000,00 Meta	18.500,00 Tolerância	204.501,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.47 Manter o número de buffy coats produzidos (sangue total)

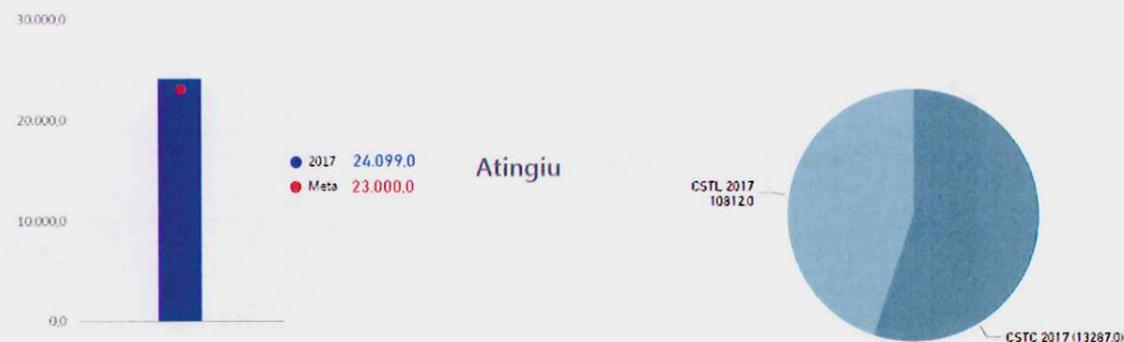
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	181.609,00 2017	186.000,00 Meta	18.500,00 Tolerância	204.501,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.48 Manter o número de POOL de plaquetas produzidas (sangue total)

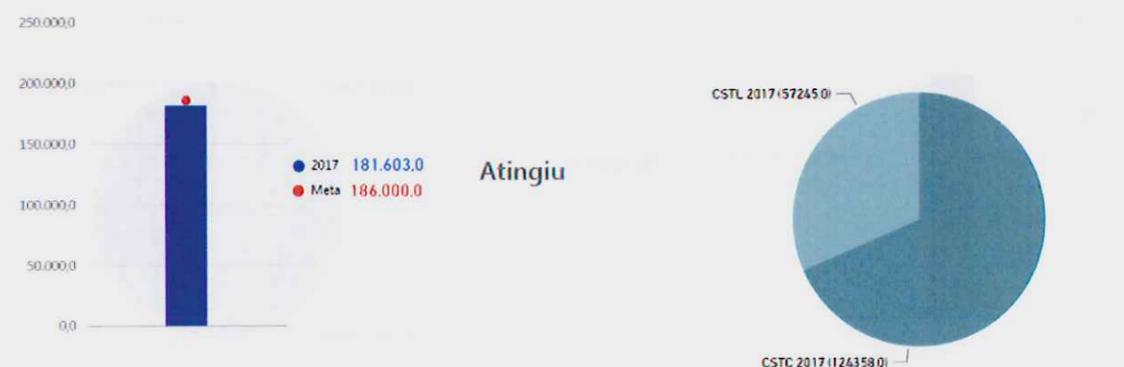
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	24.099,00 2017	23.000,00 Meta	2.270,00 Tolerância	25.271,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.49 Manter o número de unidades de plasma produzidas (sangue total)

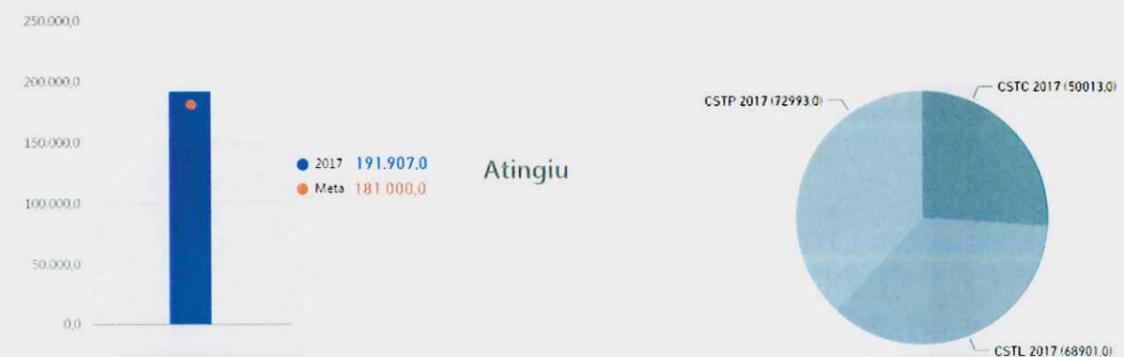
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	181.603,00 2017	186.000,00 Meta	18.500,00 Tolerância	204.501,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.50 Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)

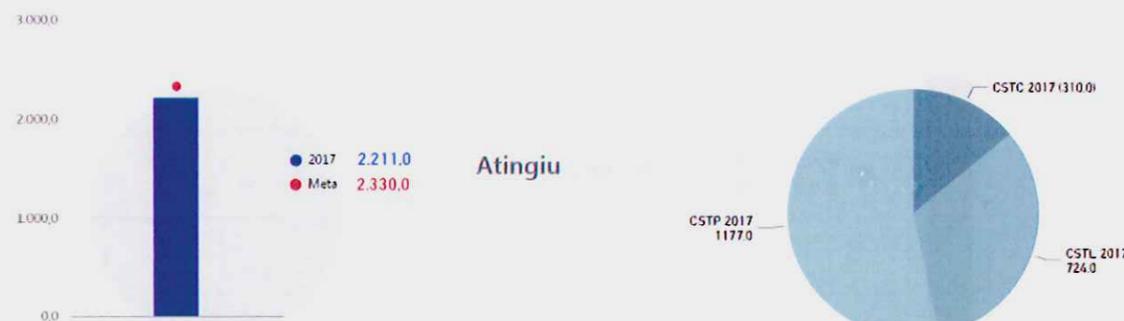
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	191.907,00 2017	181.000,00 Meta	18.200,00 Tolerância	199.201,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.51 Manter o número de CUP entrados em inventário

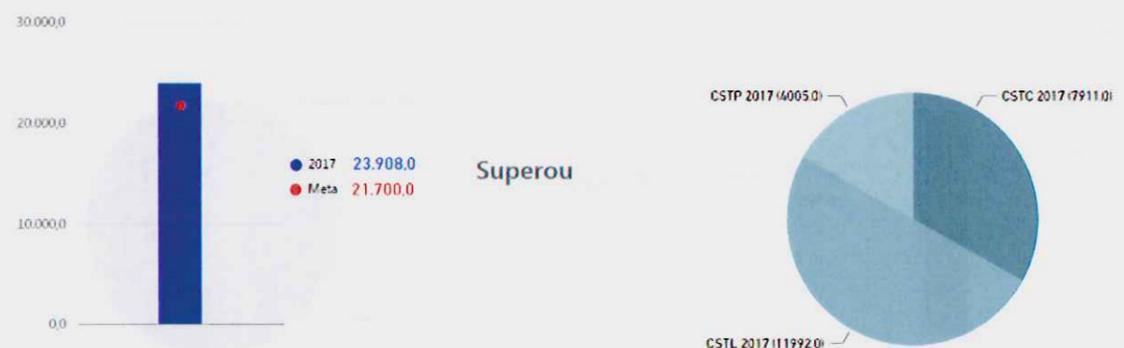
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	2.211,00 2017	2.330,00 Meta	220,00 Tolerância	2.551,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.52 Manter o número de pools de plaquetas entrados em inventário

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	23.908,00 2017	21.700,00 Meta	1.550,00 Tolerância	23.251,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.53 Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total)

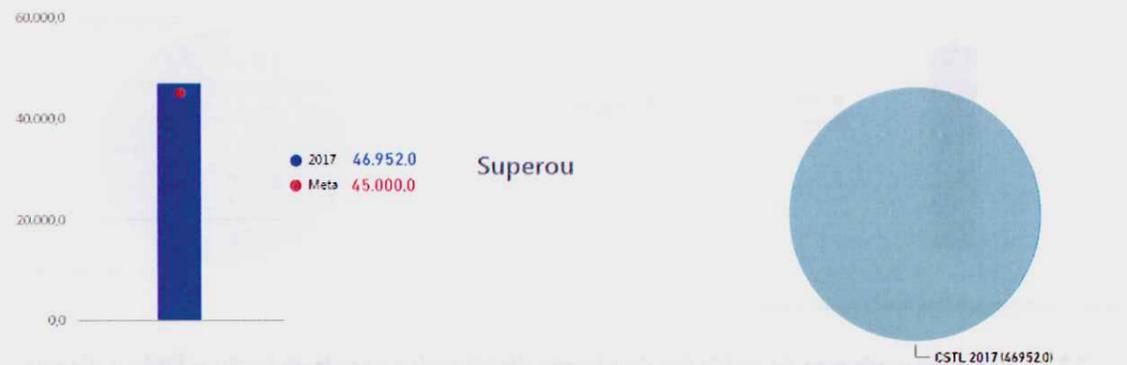
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	5.658,00 2017	5.000,00 Meta	500,00 Tolerância	5.501,00 Valor Crítico	133,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.54 Monitorizar o número de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total)

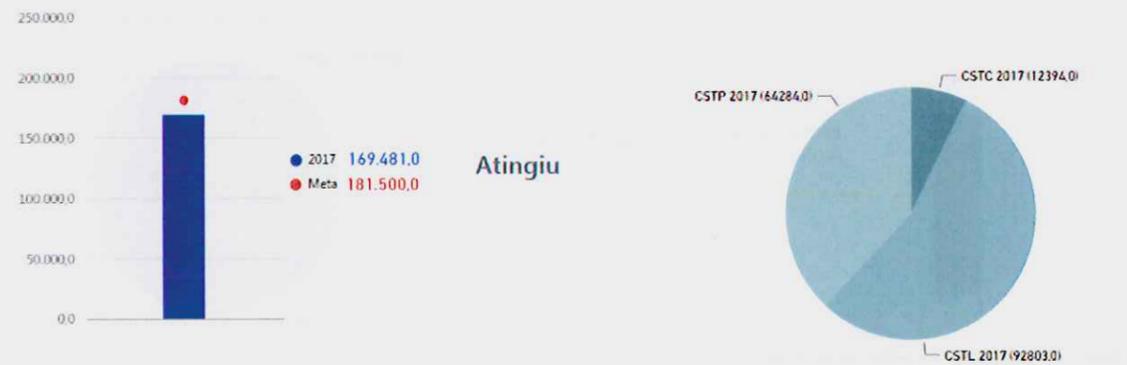
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	46.952,00 2017	45.000,00 Meta	450,00 Tolerância	45.451,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	----------------	----------------	-------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.55 Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)

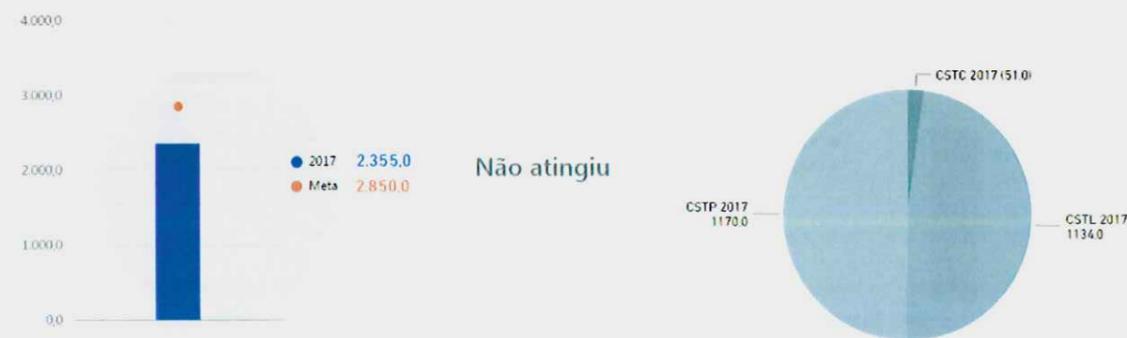
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	169.481,00 2017	181.500,00 Meta	18.150,00 Tolerância	199.651,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-----------------	-----------------	----------------------	--------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.56 Aumentar o número de CUP distribuídas

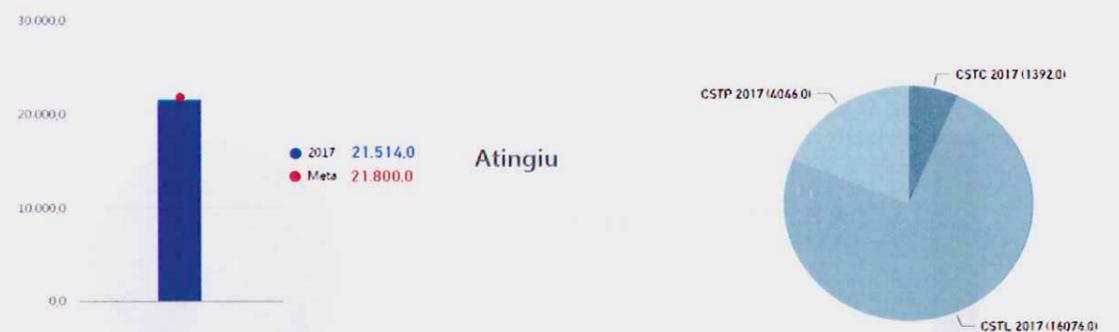
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	2.355,00 2017	2.850,00 Meta	274,00 Tolerância	3.125,00 Valor Crítico	91,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.57 Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)

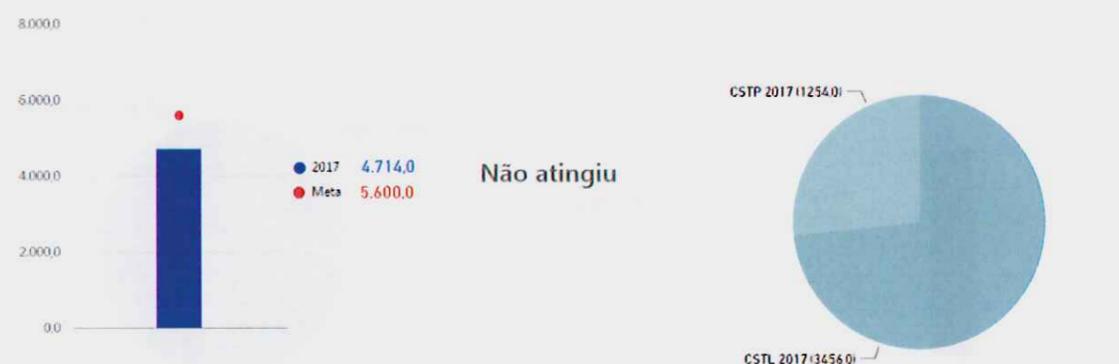
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	21.514,00 2017	21.800,00 Meta	2.180,00 Tolerância	23.981,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.58 Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).

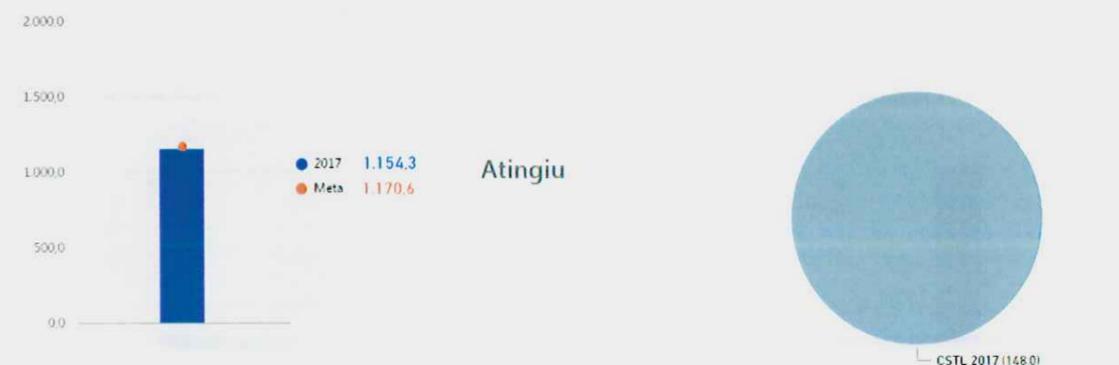
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	4.714,00 2017	5.600,00 Meta	620,00 Tolerância	6.221,00 Valor Crítico	95,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

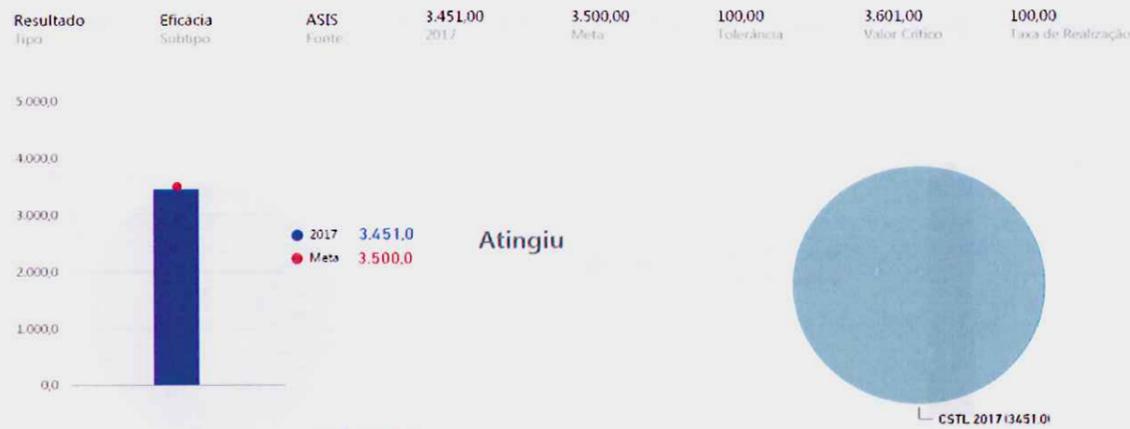
7.3.59 Monitorizar o número de unidades de crioprecipitado distribuídas

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	1.154,30 2017	1.170,60 Meta	37,30 Tolerância	1.208,90 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	------------------	------------------------	---------------------------

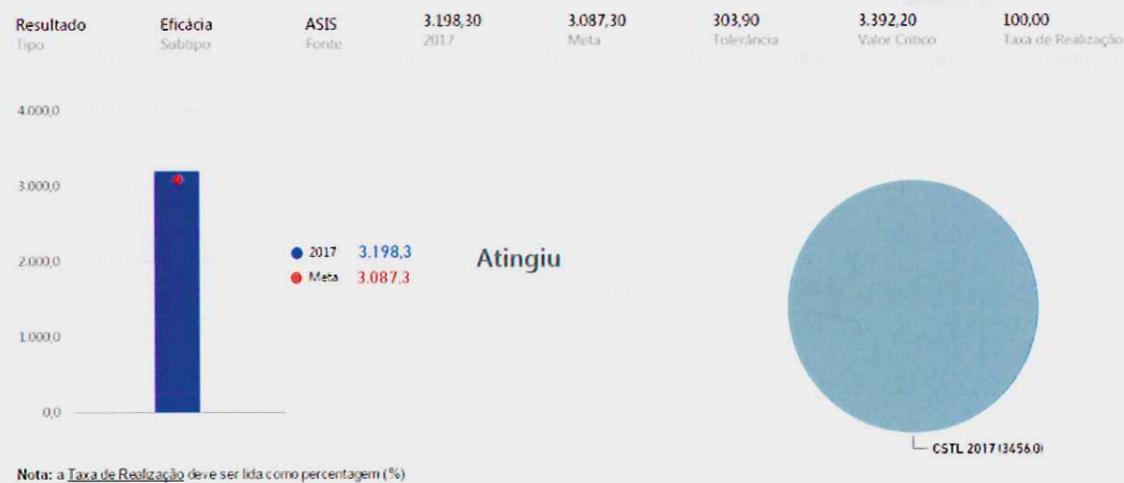


Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.60 Monitorizar o total de litros de plasma enviados para inativação/fracionamento



7.3.61 Monitorizar o número de unidades de plasma distribuídas para transfusão com redução patogénica

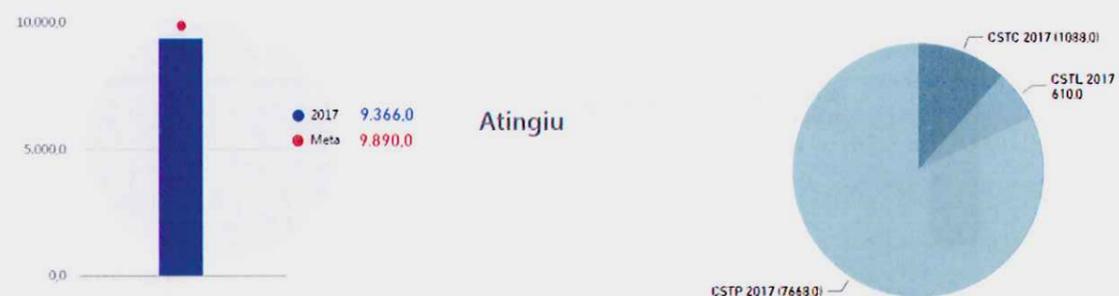


7.3.62 Monitorizar o número de unidades de plaquetas distribuídas com redução patogénica



7.3.63 Diminuir o número de concentrado de eritrócitos inutilizados por prazo validade

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	9.366,00 2017	9.890,00 Meta	739,00 Tolerância	9.150,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.64 Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese inutilizados por prazo validade

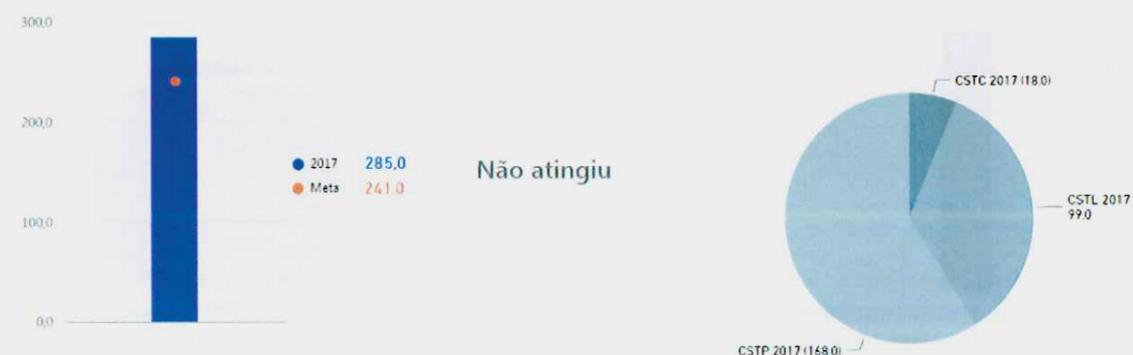
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	0,00 2017	5,00 Meta	1,00 Tolerância	3,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.65 Diminuir o número de Pool de plaquetas inutilizados por prazo validade

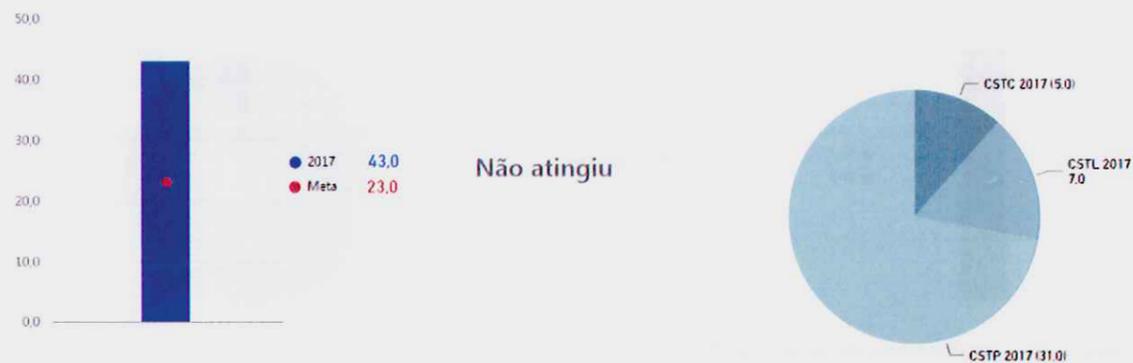
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	ASIS Fonte	285,00 2017	241,00 Meta	28,00 Tolerância	212,00 Valor Crítico	94,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.66 Manter o número de CUP inutilizados por prazo validade

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	43,00 2017	23,00 Meta	5,00 Tolerância	17,00 Valor Crítico	65,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.67 Monitorizar o número de plasmas inutilizados por prazo de validade

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	22.824,00 2017	20.500,00 Meta	1.100,00 Tolerância	21.601,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	----------------	----------------	---------------------	-------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.68 Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade

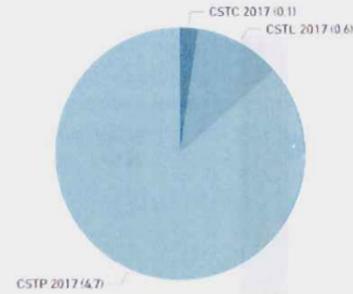
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	4,51 2017	4,87 Meta	0,33 Tolerância	4,50 Valor crítico	125,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.69 Manter a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade

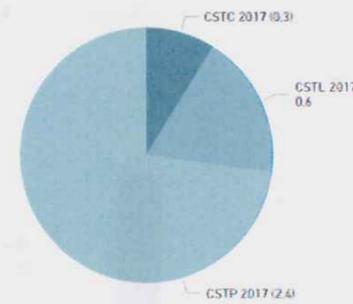
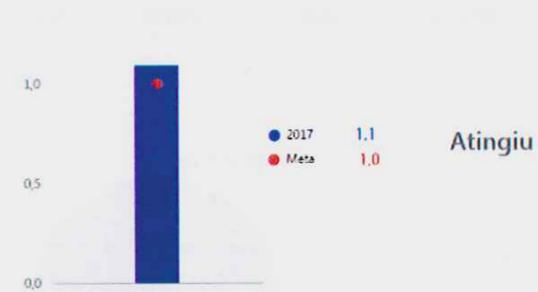
Resultado	Eficiência	ASIS	1,80	1,23	0,20	1,00	80,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.70 Manter a % de inutilização de CUP por prazo de validade

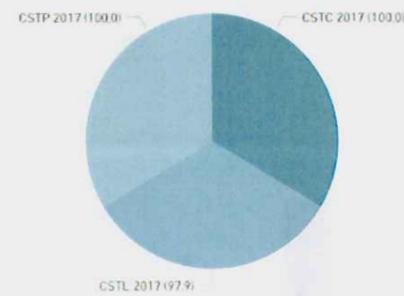
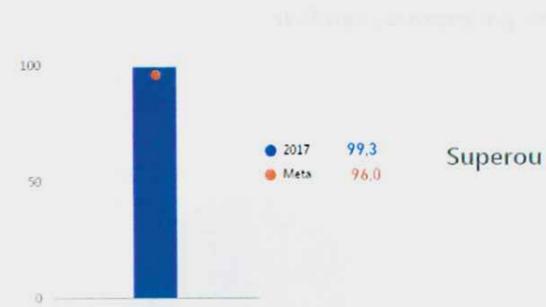
Resultado	Eficiência	ASIS	1,09	1,00	0,23	0,73	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.71 Manter a AEQ dos testes laboratoriais %

Realização	Qualidade	Relatórios	99,31	96,00	2,00	99,00	125,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.72 Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento

Resultado	Eficiência	ASIS	0,37	0,40	0,09	0,30	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.73 Manter a % de unidades POOLs de plaquetas inutilizados por processamento

Resultado	Eficiência	ASIS	1,07	1,05	0,25	-0,20	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.3.74 Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)-LIH

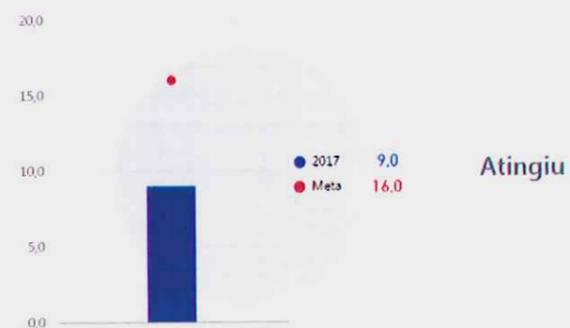
Resultado	Eficiência	ASIS	5,70	20,00	8,00	7,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.75 Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LAT

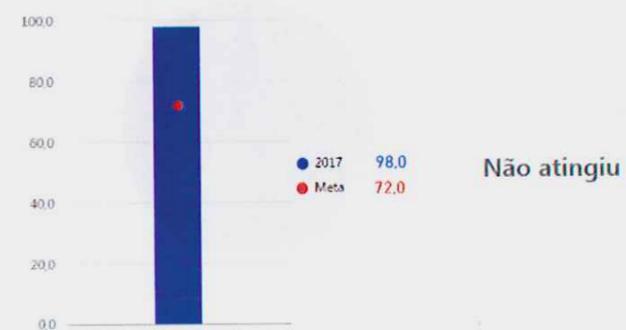
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	9,00 2017	16,00 Meta	8,00 Tolerância	15,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.76 Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIL

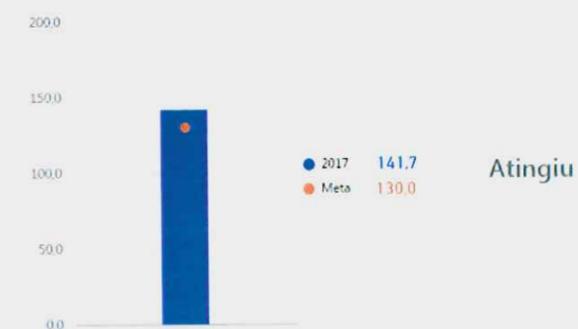
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	98,00 2017	72,00 Meta	24,00 Tolerância	47,00 Valor Crítico	98,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	------------------	---------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.77 Diminuir o tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIH Referência

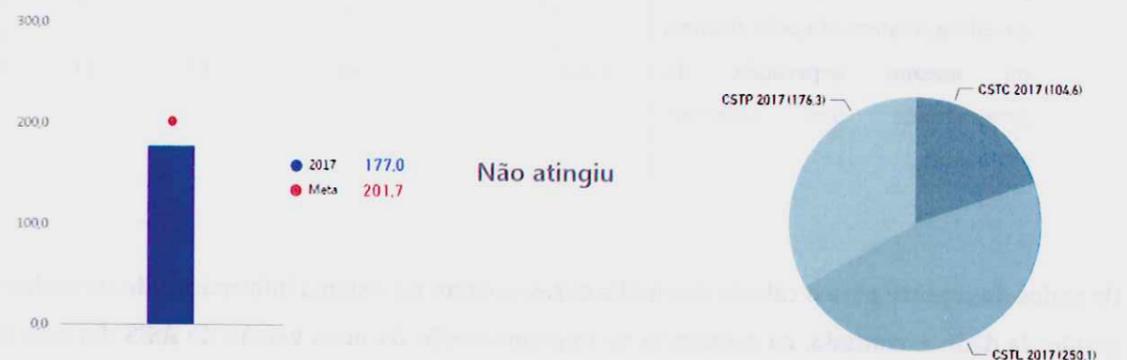
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	141,70 2017	130,00 Meta	24,00 Tolerância	71,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-------------	-------------	------------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.78 Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (ST)

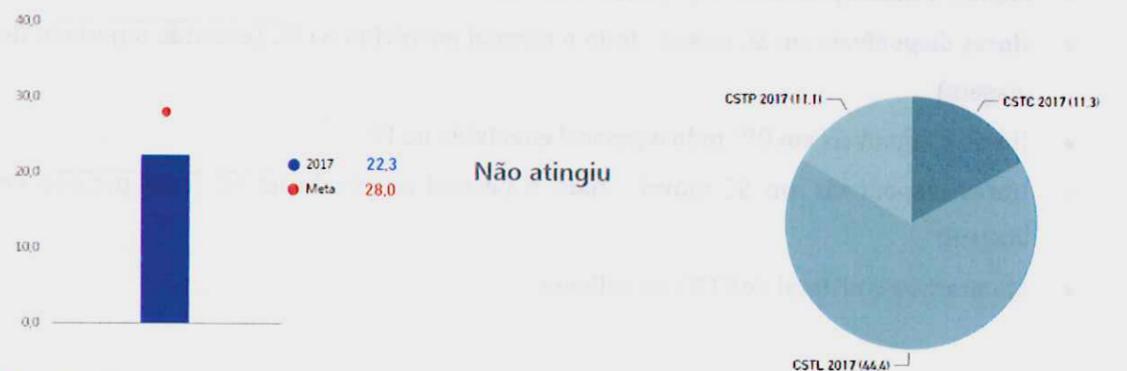
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	177,00 2017	201,70 Meta	21,00 Tolerância	223,70 Valor Crítico	98,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.79 Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)

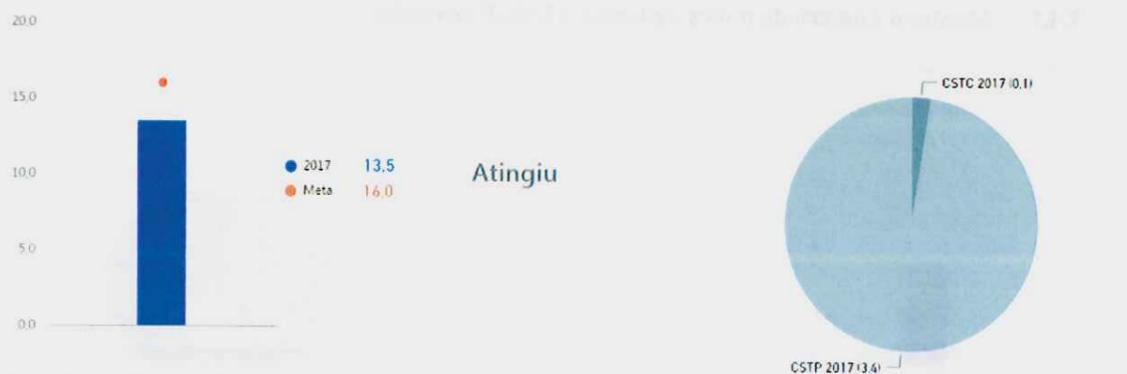
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	22,30 2017	28,00 Meta	4,20 Tolerância	33,20 Valor Crítico	94,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	-----------------	---------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.3.80 Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	ASIS Fonte	13,50 2017	16,00 Meta	14,00 Tolerância	31,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	------------	------------	------------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Conclusões: O desempenho dos processos e conformidade dos produtos e serviços foi bem-sucedido, sustentado pelo alcance, ou mesmo superação, da generalidade dos objetivos planeados.

Área do Sangue	Atingiu	Não atingiu	Superou	Total
Aférese	13	4	7	24
Produção	20	7	8	35
Sangue Total	15		6	21
Total	48	11	21	80

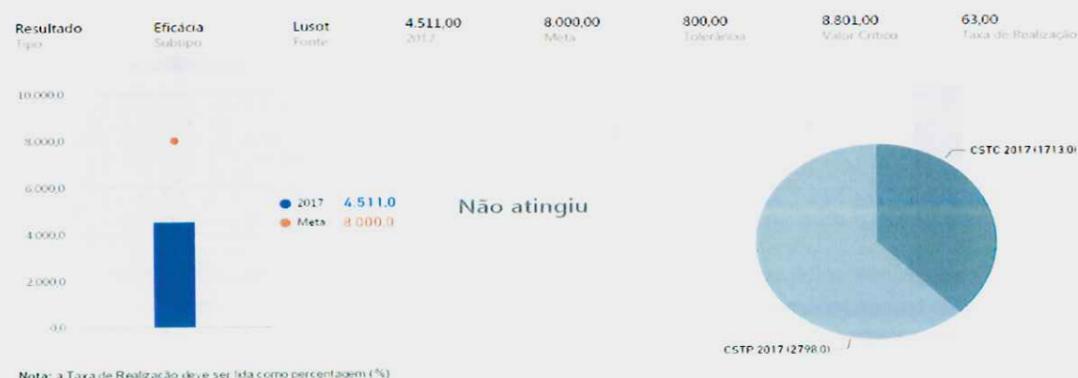
Os dados de suporte para o cálculo dos indicadores existem no sistema informático de controlo e gestão da dádiva, contudo, na sequência da implementação da nova versão do ASIS durante o ano 2017, estão ainda em curso os procedimentos tendo em vista consolidação do processo. Por conseguinte não foram criadas as ferramentas digitais de extração desses dados, não tendo sido possível a apresentação destes enquanto indicadores, nomeadamente:

- Manter o desempenho das equipas de colheita
- Horas disponíveis em SC móvel : todo o pessoal envolvido na SC (excluído o período de viagem)
- Horas disponíveis em PF : todo o pessoal envolvido no PF
- Horas disponíveis em SC móvel : todo o pessoal envolvido na SC (com período de viagem)
- Monitorizar o nº total de FTE's na colheita

7.4 Medição e análise dos indicadores - *dashboard* área da Transplantação

Transplantação

7.4.1 Manter o número de novos dadores CEDACE enviados



7.4.2 Manter o N.º de novos dadores CEDACE tipados

Indicador 4.1 - QUAR

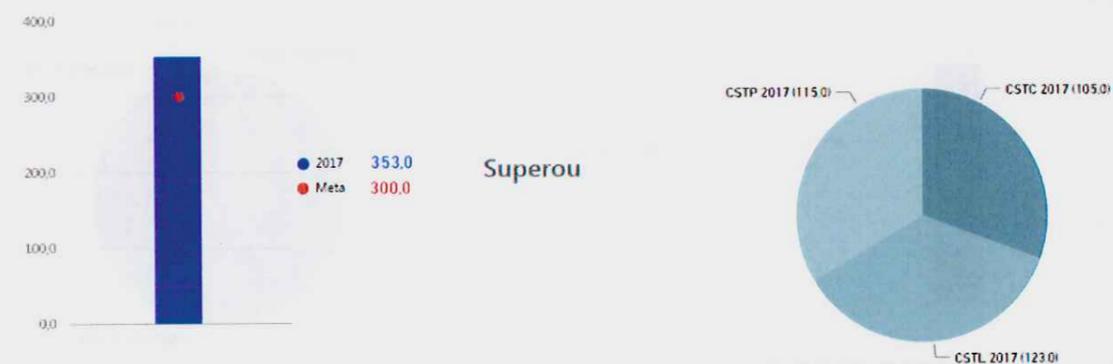
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	Lusot Fonte	4.559,00 2017	12.000,00 Meta	1.300,00 Tolerância	13.850,00 Valor Crítico	43,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	-------------	---------------	----------------	---------------------	-------------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.3 Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)

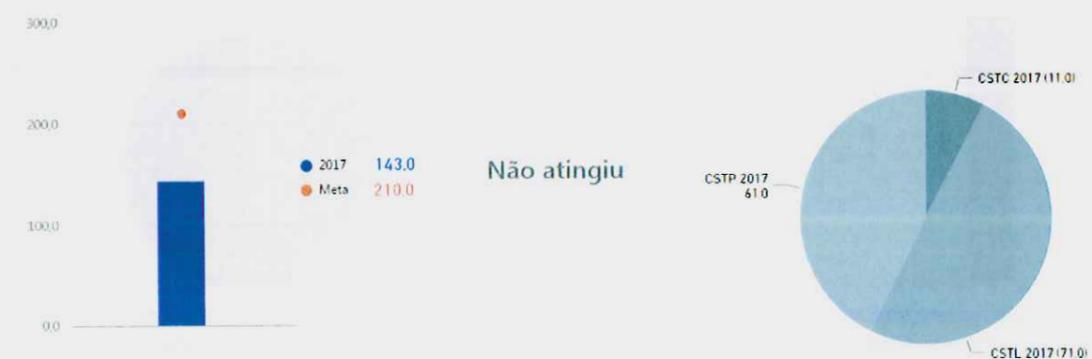
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	Lusot Fonte	353,00 2017	300,00 Meta	60,00 Tolerância	361,00 Valor Crítico	130,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	-------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.4 Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim

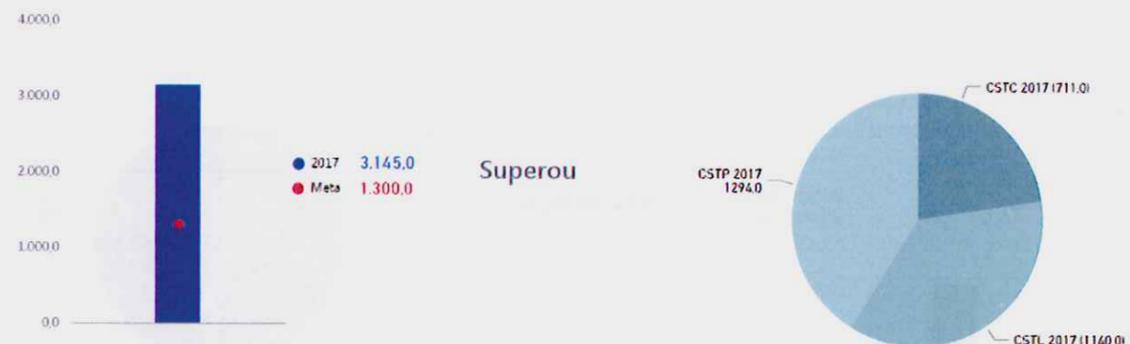
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	Lusot Fonte	143,00 2017	210,00 Meta	45,00 Tolerância	256,00 Valor Crítico	90,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	-------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.5 Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	3.145,00 2017	1.300,00 Meta	70,00 Tolerância	1.371,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	---------------	---------------	------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.6 Monitorizar o número estudos em candidatos a transplante de rim

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	6.241,00 2017	6.022,00 Meta	270,00 Tolerância	6.293,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.7 Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante

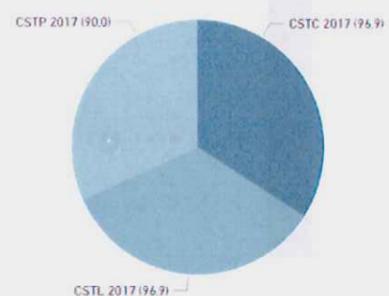
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	56,97 2017	37,50 Meta	5,00 Tolerância	43,50 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	-------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.8 Manter a AEQ de crossmatch CDC

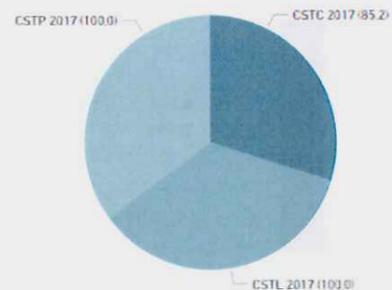
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	AEQ Fonte	94,60 2017	86,67 Meta	3,67 Tolerância	91,33 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	-------------------	-----------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.9 Manter a AEQ de crossmatch CF

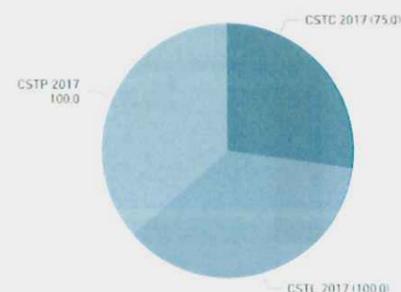
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	AEQ Fonte	95,06 2017	86,67 Meta	3,67 Tolerância	91,33 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	-------------------	-----------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.10 Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA - pesquisa

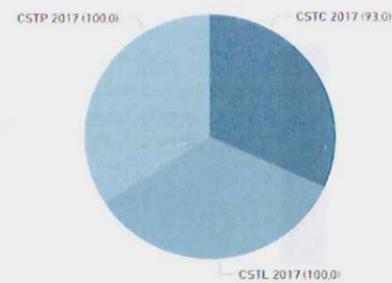
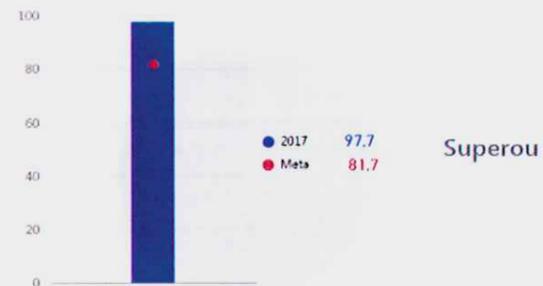
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	AEQ Fonte	91,67 2017	83,33 Meta	3,67 Tolerância	88,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	-------------------	-----------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.11 Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA - identificação

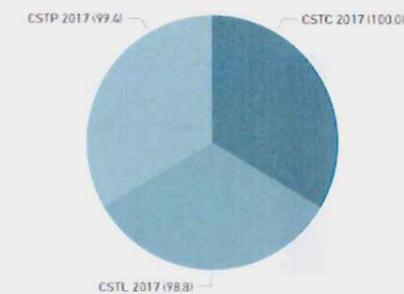
Resultado	Qualidade	AEQ	97,67	81,67	3,67	86,33	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.12 Manter a AEQ de tipagens HLA

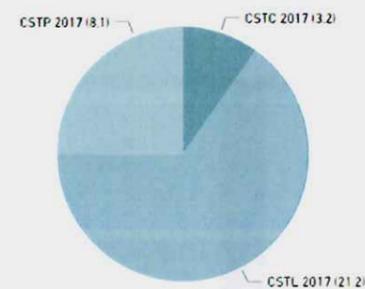
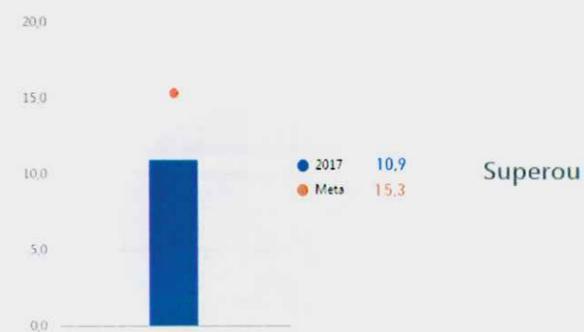
Resultado	Qualidade	AEQ	99,41	91,67	3,33	96,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.13 Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial

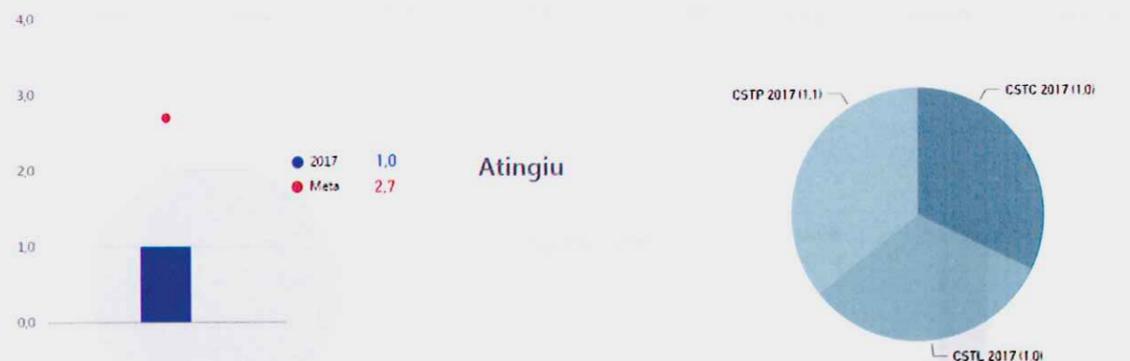
Resultado	Eficiência	Lusot	10,90	15,30	2,60	11,70	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.14 Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)

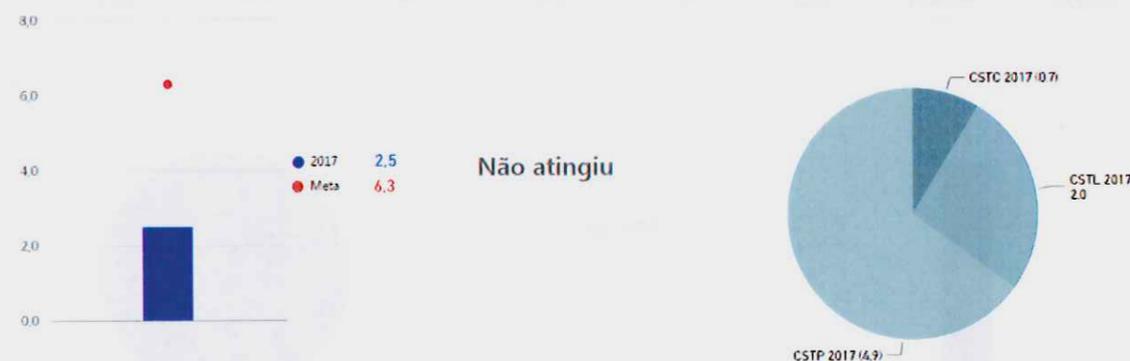
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	1,00 2017	2,70 Meta	2,80 Tolerância	6,40 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.15 Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)

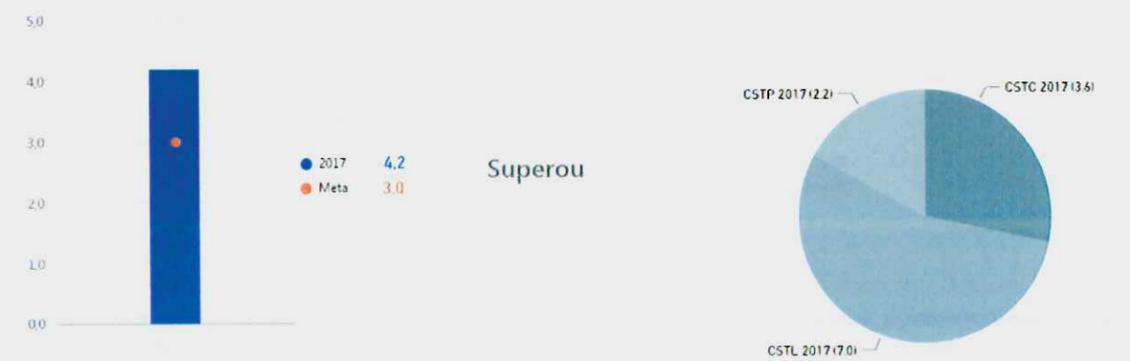
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	2,50 2017	6,30 Meta	1,90 Tolerância	9,30 Valor Crítico	82,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.16 Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA - excluindo PRA)

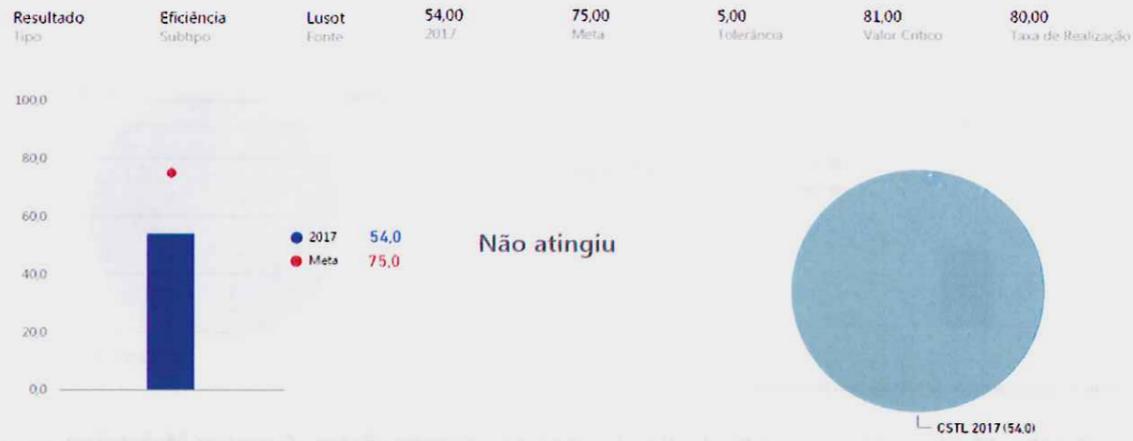
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	4,20 2017	3,00 Meta	1,30 Tolerância	5,30 Valor Crítico	116,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Banco Tecidos

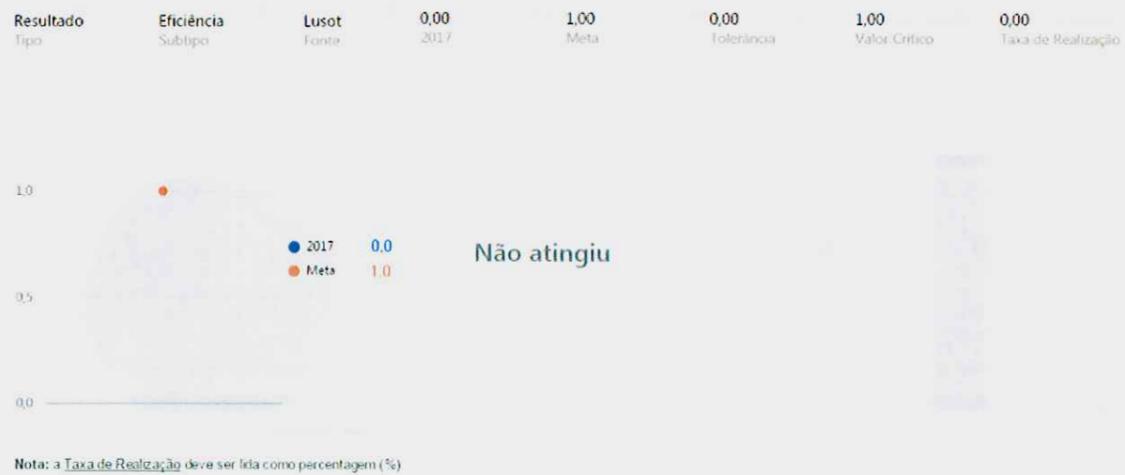
7.4.17 Aumentar o número de tecidos recebidos (Tecido Músculo-esquelético)



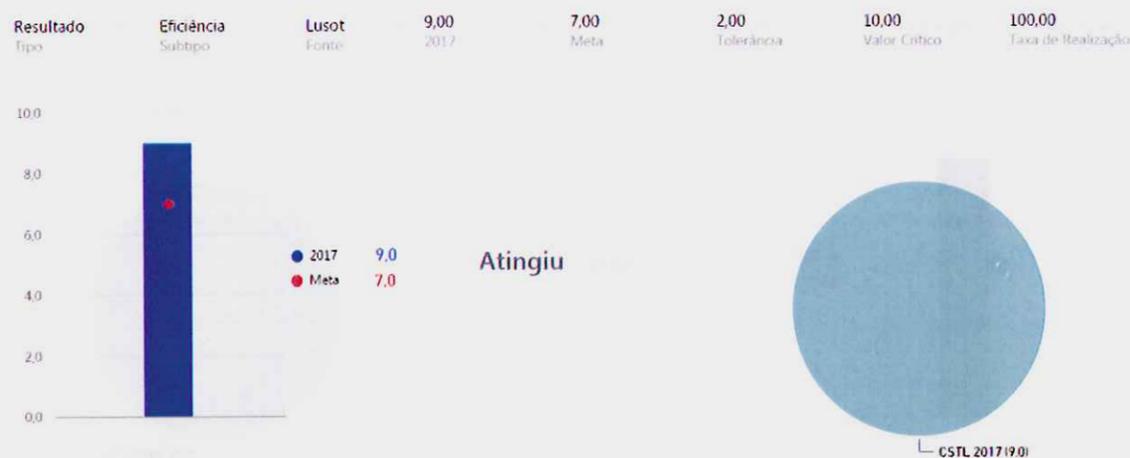
7.4.18 Aumentar o número de tecidos recebidos (Válvulas Cardíacas)



7.4.19 Aumentar o número de tecidos recebidos (Pele)

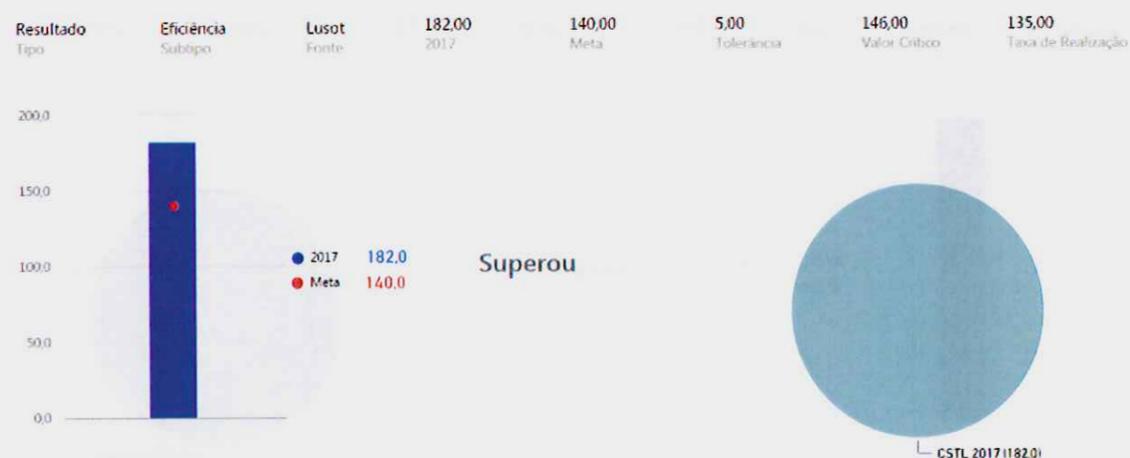


7.4.20 Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)



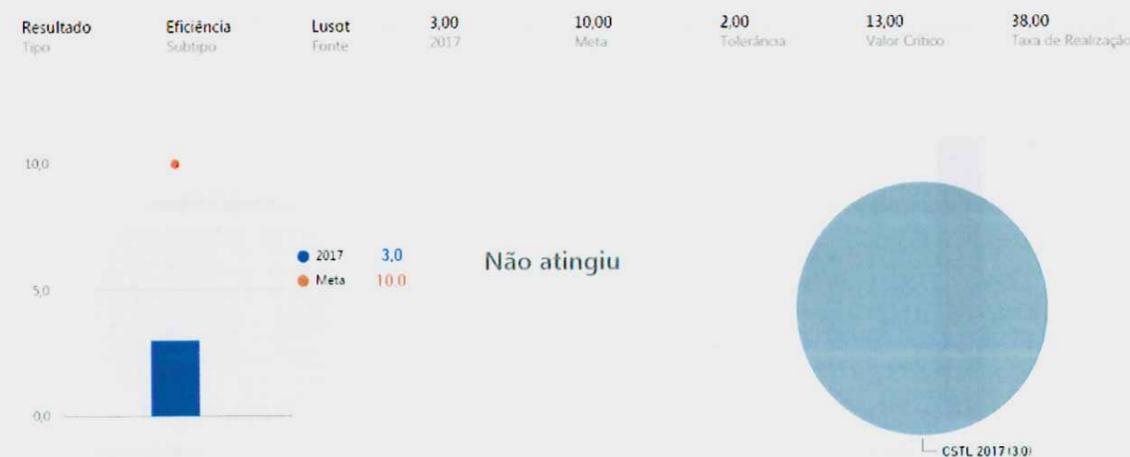
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.21 Monitorizar o número de pedidos de Tecido Músculo-esquelético



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

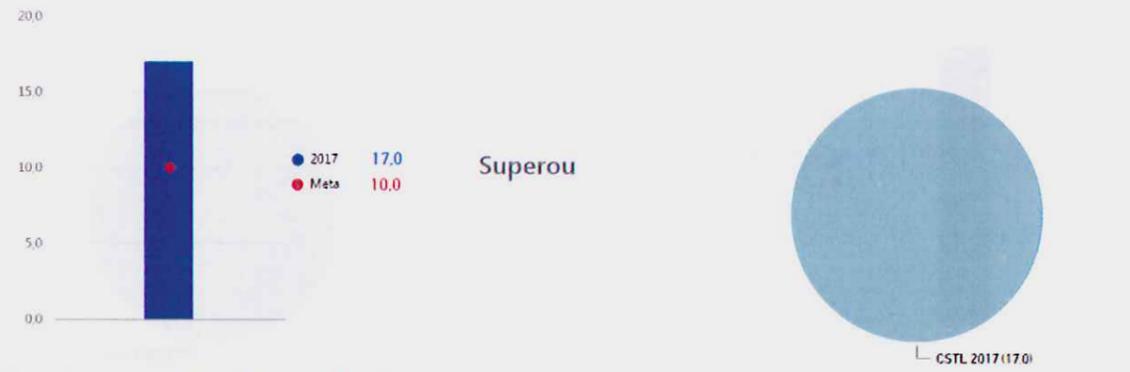
7.4.22 Monitorizar o número de pedidos de Válvulas Cardíacas



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.23 Monitorizar o número de pedidos de Pele

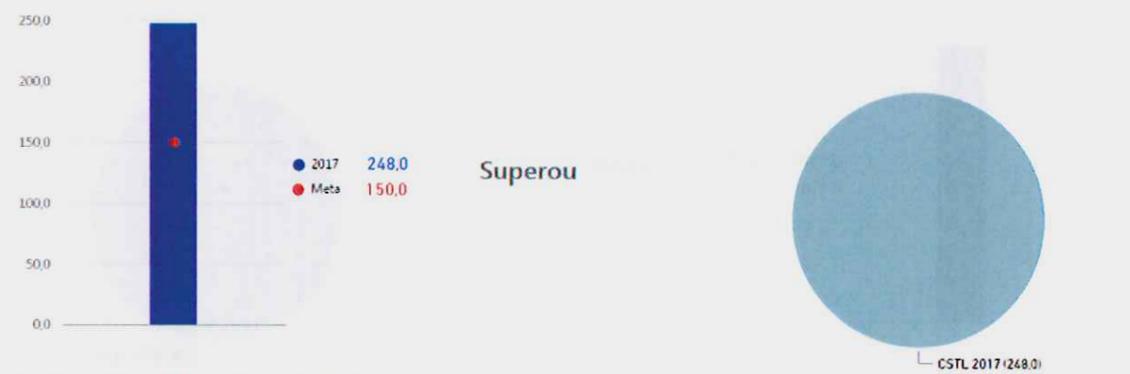
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot + Excel BT 2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
		17,00	10,00	2,00	15,00	135,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.24 Monitorizar o número de pedidos de Membrana Amniótica

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot 2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
		248,00	150,00	5,00	156,00	135,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.25 Monitorizar o número de pedidos de Córnea

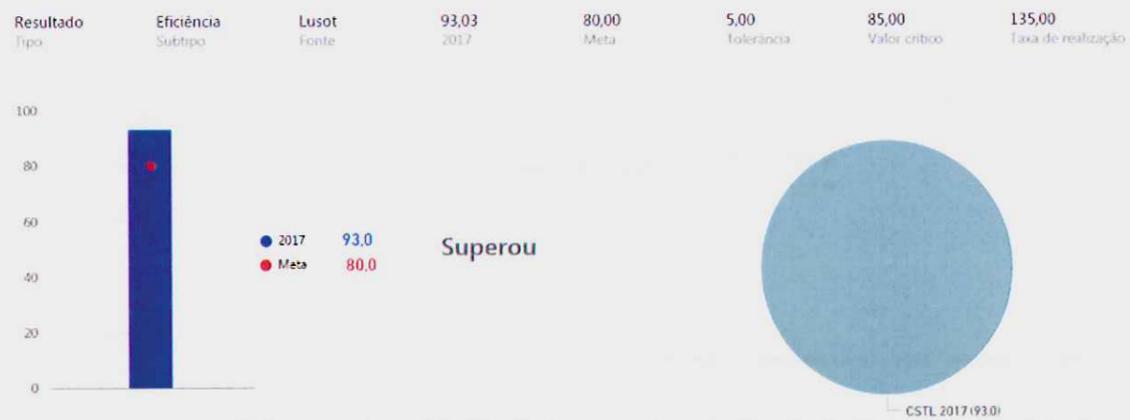
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot + Excel BT 2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização
		278,00	150,00	15,00	175,00	135,00



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.26 Manter a taxa de aproveitamento de peças de Tecido Músculo-esquelético (osso humano) processado

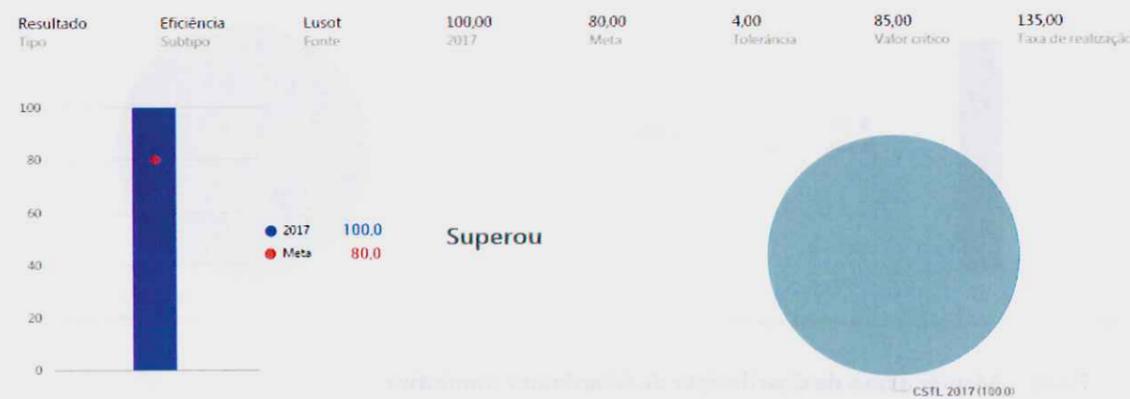
Indicador 3.1 - QUAR



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.27 Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada

Indicador 3.2 - QUAR



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

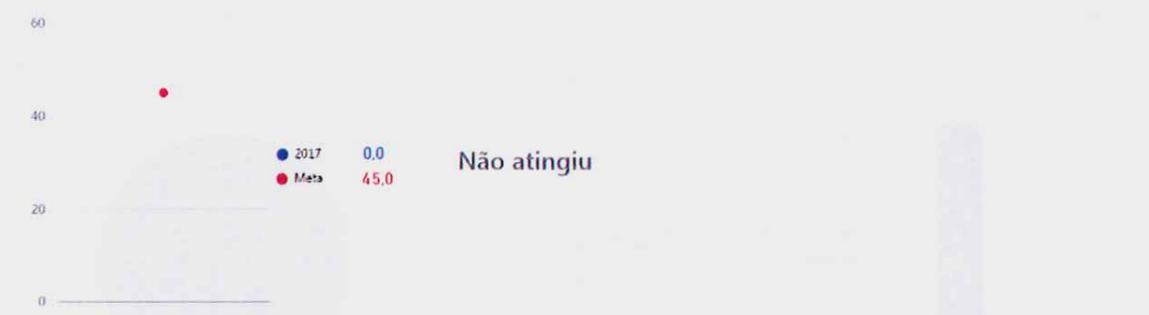
7.4.28 Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.29 Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada

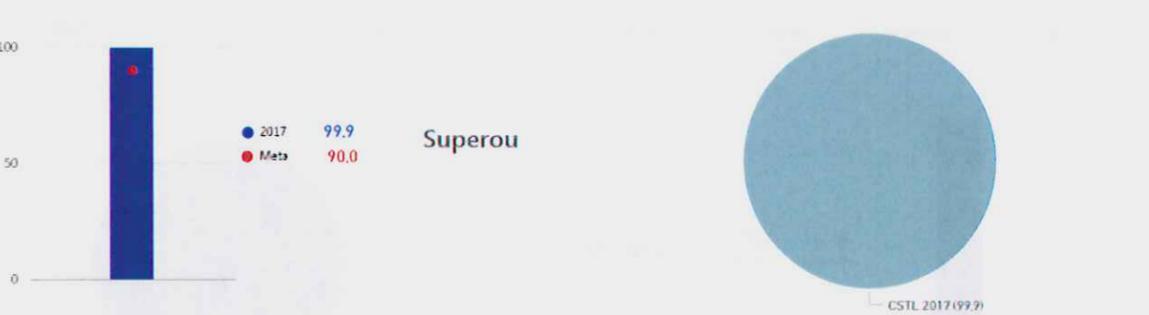
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	0 2017	45 Meta	5 Tolerância	50 Valor crítico	0,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	-------------	--------	---------	--------------	------------------	-------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.30 Manter a taxa de distribuição de peças de Tecido Músculo-esquelético

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	99,87 2017	90,00 Meta	5,00 Tolerância	96,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	-------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.31 Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica

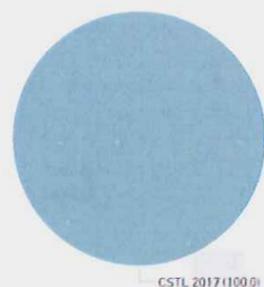
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	100,00 2017	95,00 Meta	2,00 Tolerância	97,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	-------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.32 Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	100,00 2017	90,00 Meta	5,00 Tolerância	96,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	-------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.33 Manter a taxa de distribuição de Pele

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot + Excel BT Fonte	100,00 2017	90,00 Meta	5,00 Tolerância	96,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	------------------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.34 Manter a taxa de distribuição de Córnea importada

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Excel BT Fonte	99,79 2017	90,00 Meta	5,00 Tolerância	96,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	----------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------

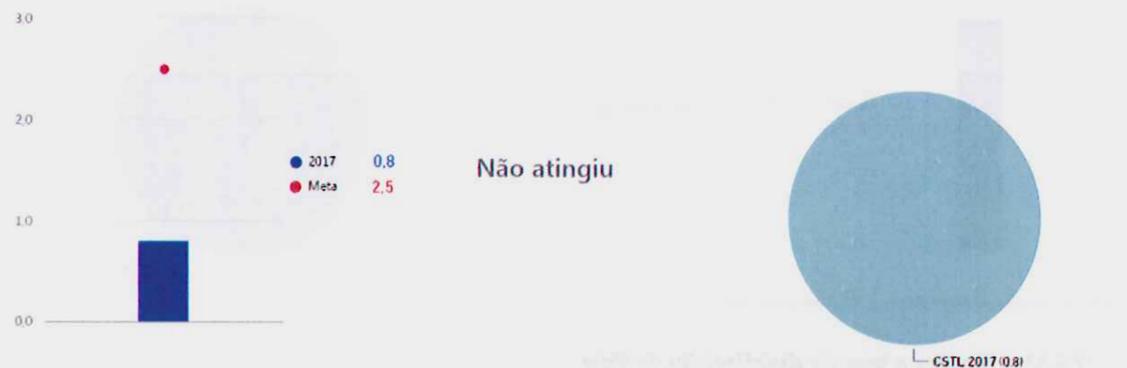


Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.35 Manter a reserva estratégica de Membrana Amniótica

Indicador 3.3 – QUAR

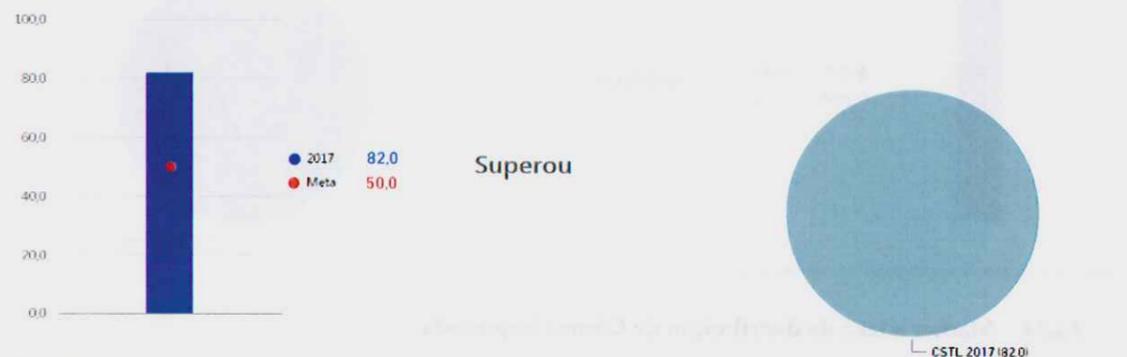
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	0,80 2017	2,50 Meta	0,30 Tolerância	2,80 Valor Crítico	36,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.36 Manter a existência de peças de Tecido Músculo-esquelético

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	82,00 2017	50,00 Meta	5,00 Tolerância	55,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

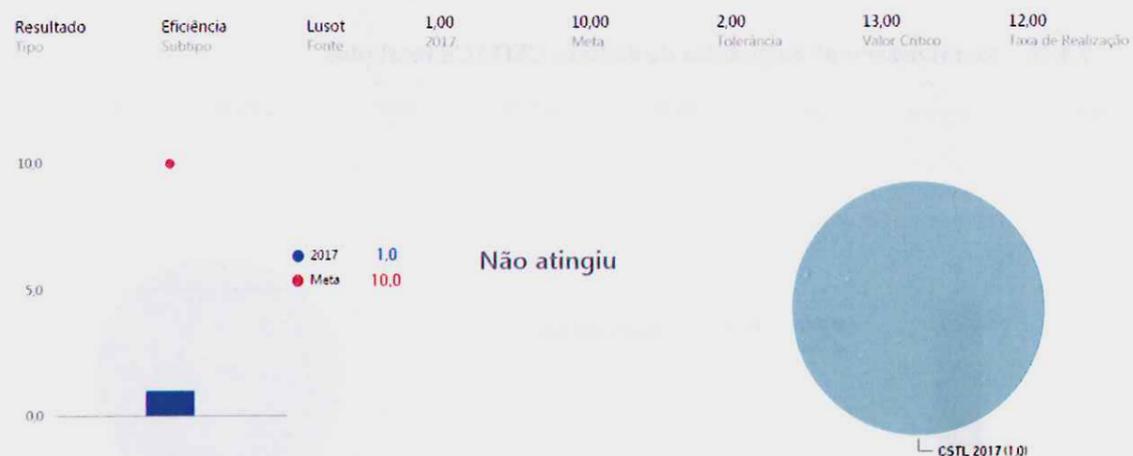
7.4.37 Manter a existência de Válvulas Cardíacas (aórticas)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Lusot Fonte	14,00 2017	10,00 Meta	2,00 Tolerância	13,00 Valor Crítico	133,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	-------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



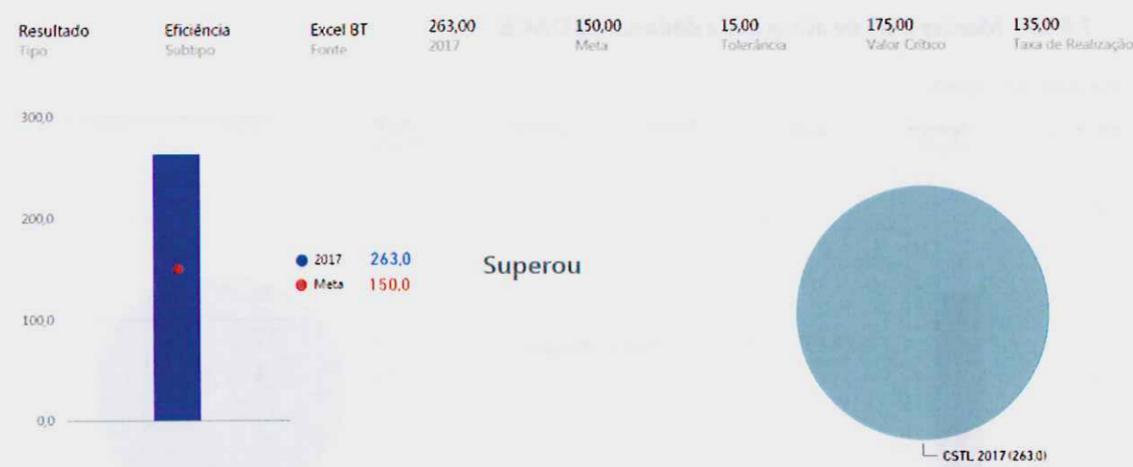
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.38 Manter a existência de Válvulas Cardíacas (pulmonares)



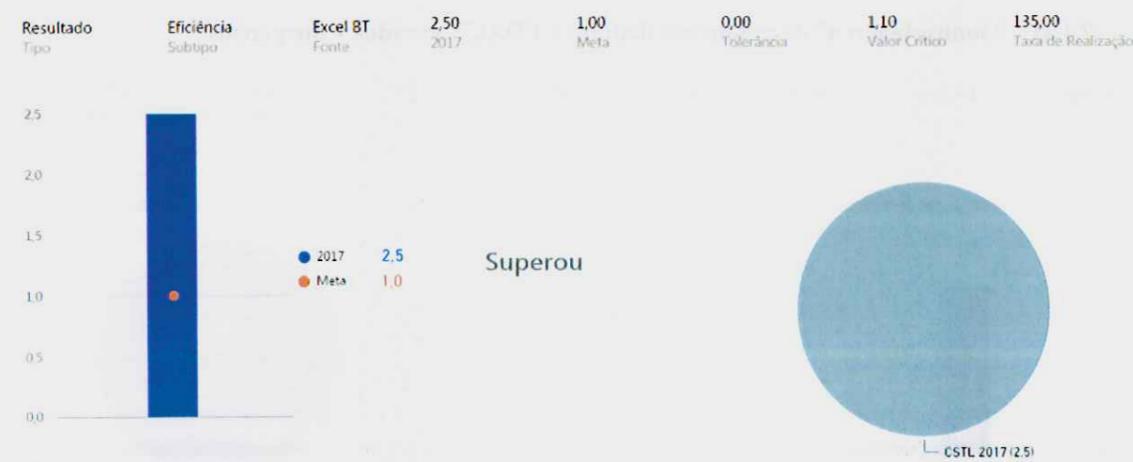
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.39 Manter a resposta a pedidos de Córnea



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

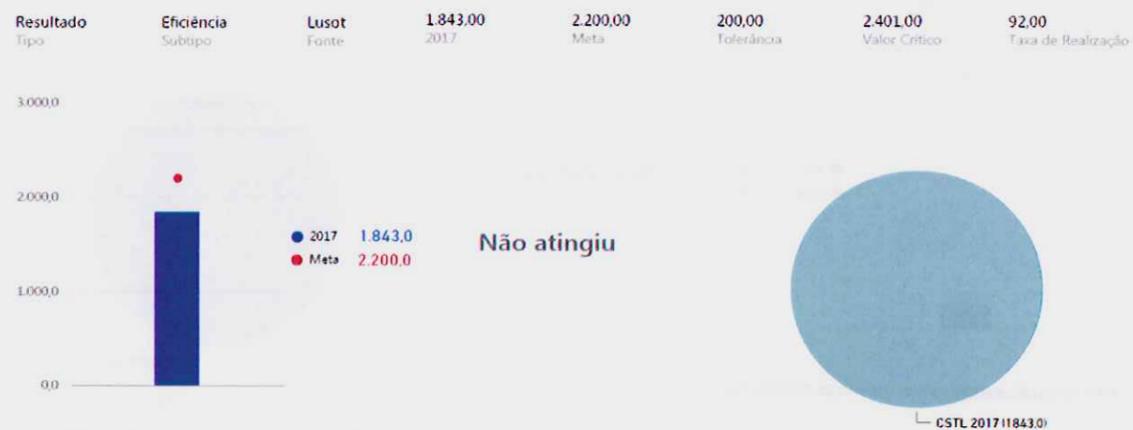
7.4.40 Manter a resposta a pedidos de Pele (m²)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

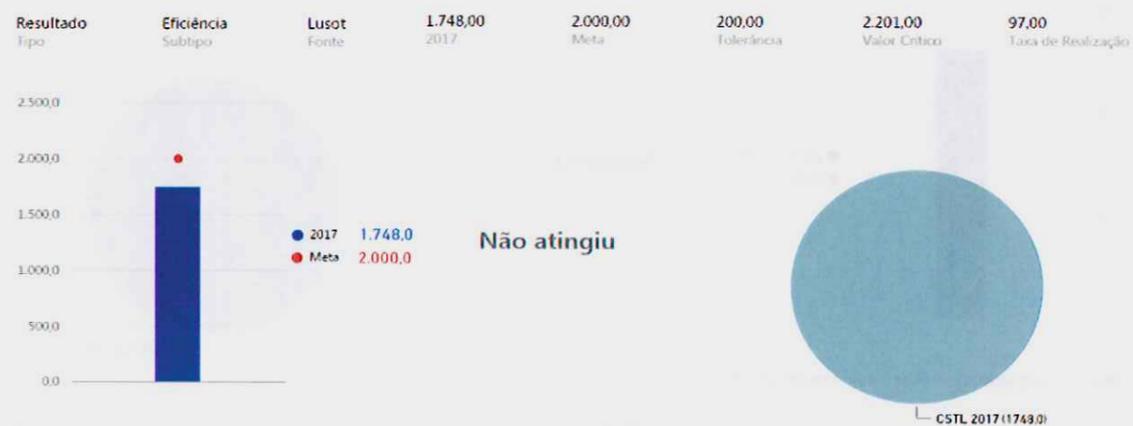
CEDACE

7.4.41 Monitorizar o nº de pedidos de dadores CEDACE recebidos

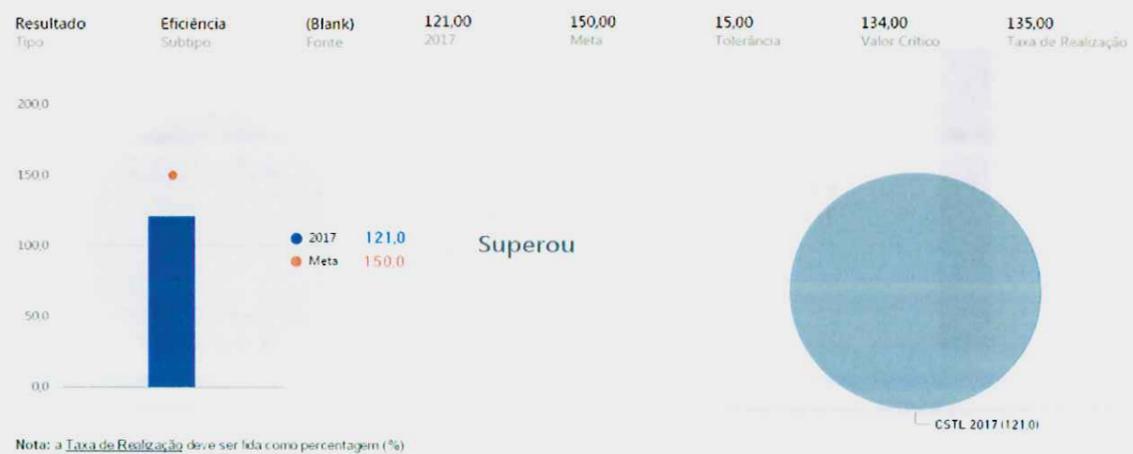


7.4.42 Manter o nº de ativações a dadores CEDACE

Indicador 4.2 - QUAR

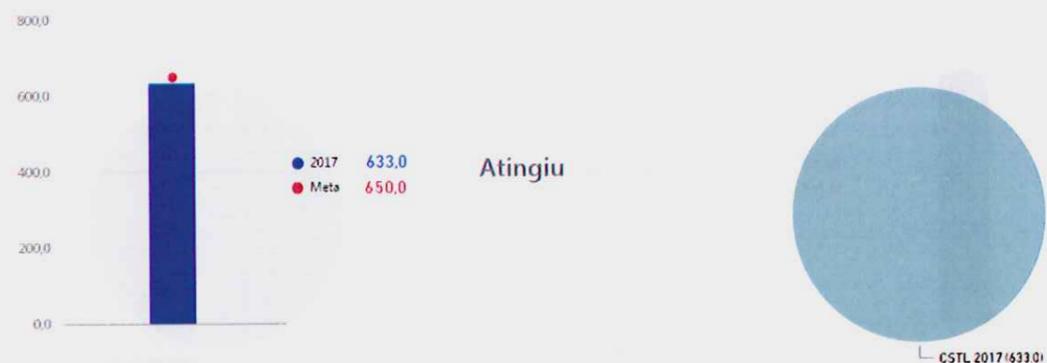


7.4.43 Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - Suspensos



7.4.44 Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - eliminados

Resultado	Eficiência	(Blank)	633,00	650,00	50,00	599,00	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.45 Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE

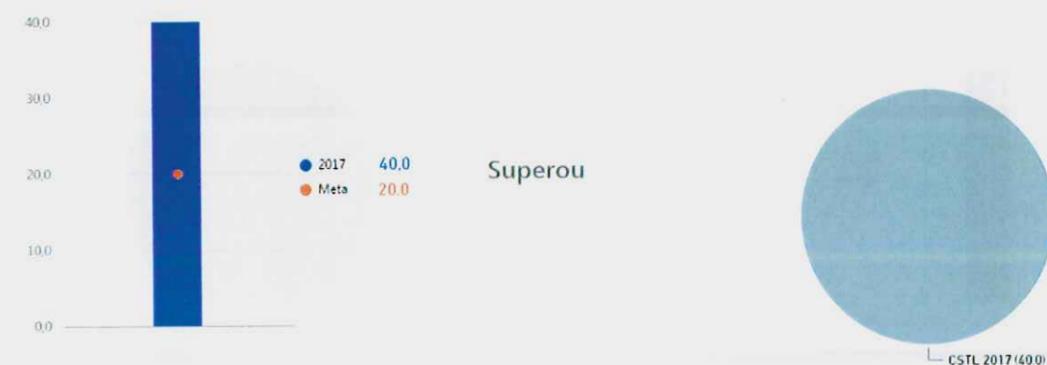
Resultado	Eficácia	(Blank)	89,00	70,00	10,00	81,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.46 Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE nacionais

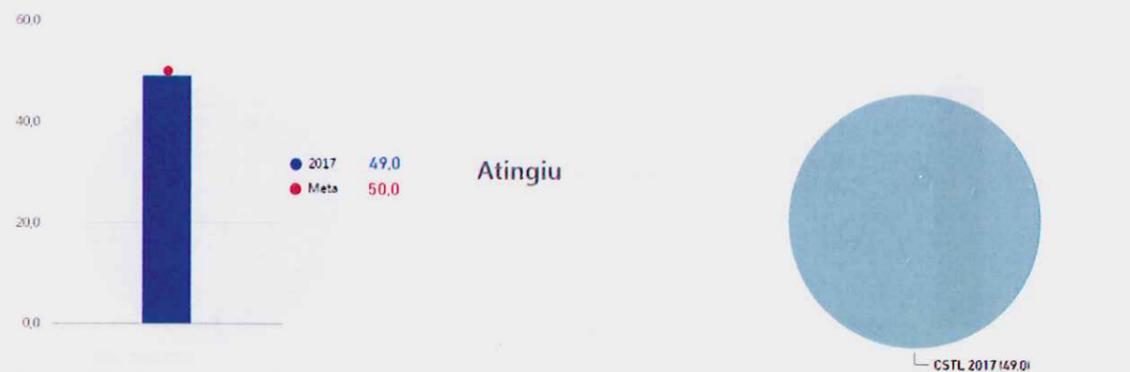
Resultado	Eficácia	(Blank)	40,00	20,00	4,00	25,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.47 Manter o nº de colheitas efetivas a dados CEDACE internacionais

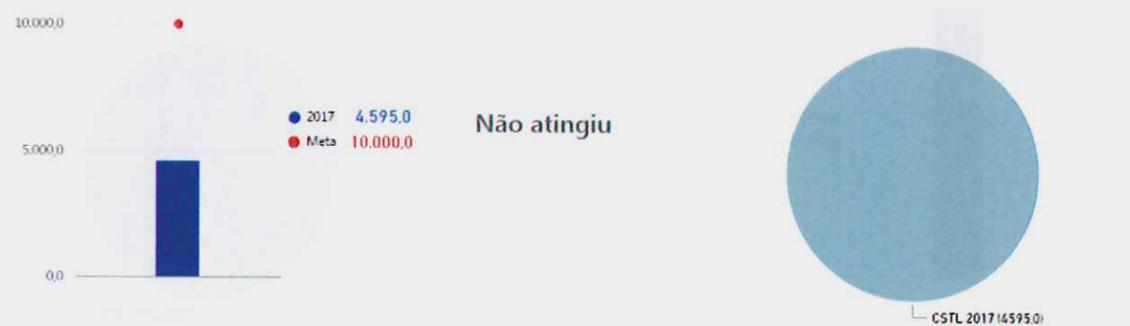
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	49,00 2017	50,00 Meta	7,00 Tolerância	58,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.48 Manter o nº Total de candidatos a dador na base dados Cedace

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	4.595,00 2017	10.000,00 Meta	1.000,00 Tolerância	11.001,00 Valor Crítico	51,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	---------------	---------------	----------------	---------------------	-------------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.49 Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - Dia Seguinte

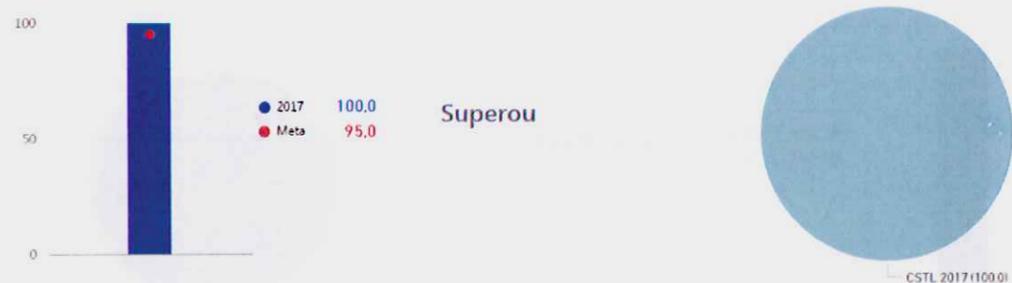
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	99,92 2017	95,00 Meta	3,00 Tolerância	99,00 Valor crítico	130,73 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.50 Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês

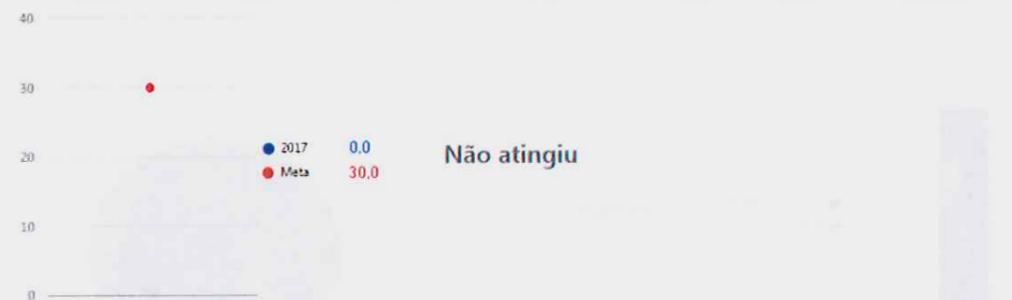
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	100,00 2017	95,00 Meta	2,00 Tolerância	98,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.51 Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano

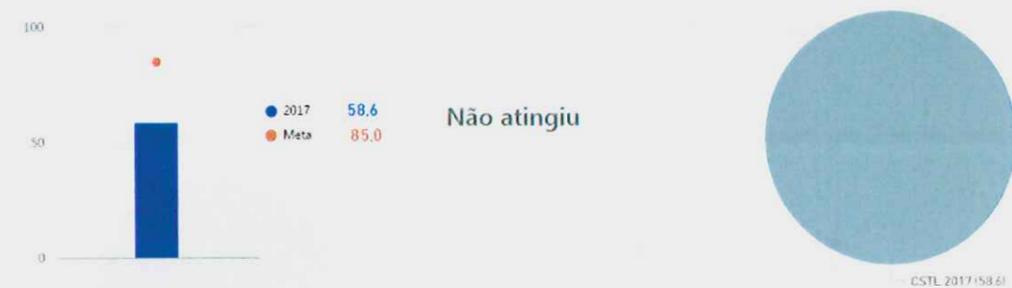
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	30,00 Meta	4,00 Tolerância	35,00 Valor crítico	0,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	-------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

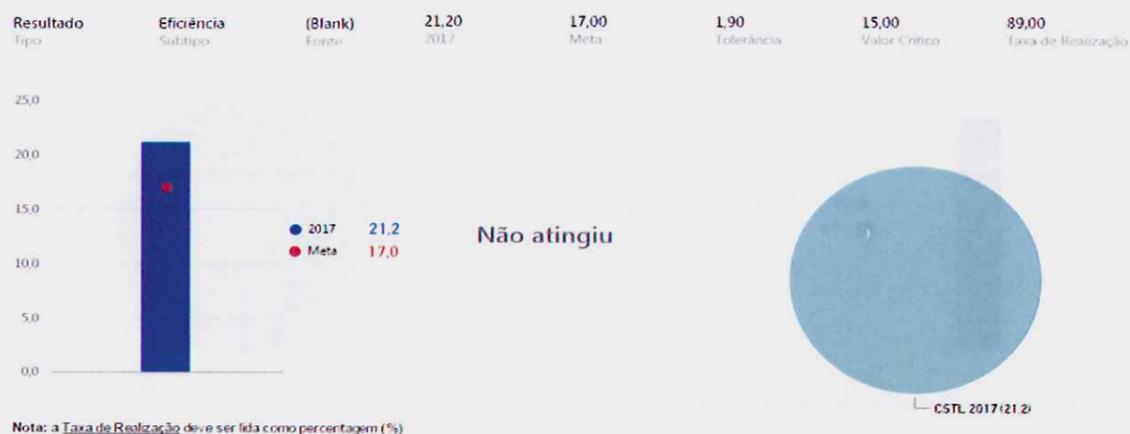
7.4.52 Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	58,58 2017	85,00 Meta	4,00 Tolerância	90,00 Valor crítico	72,33 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	--------------------------

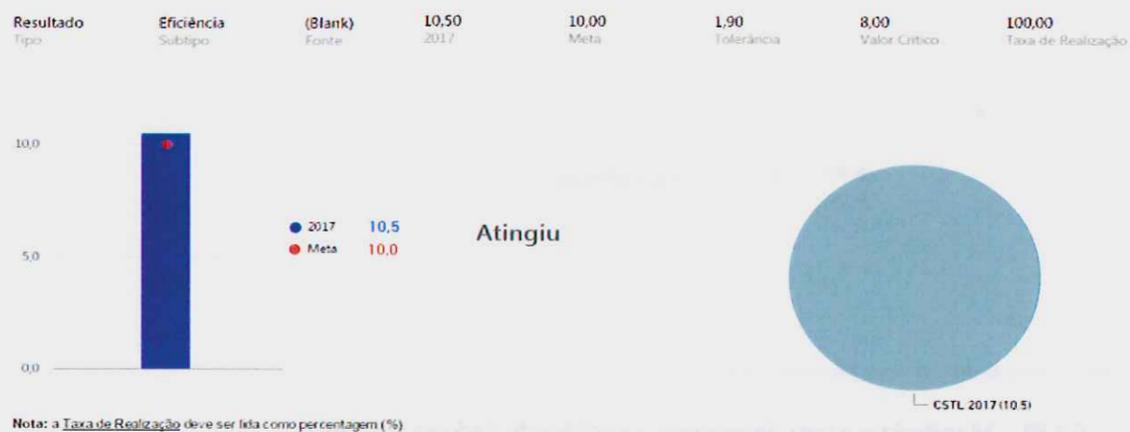


Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.53 Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial

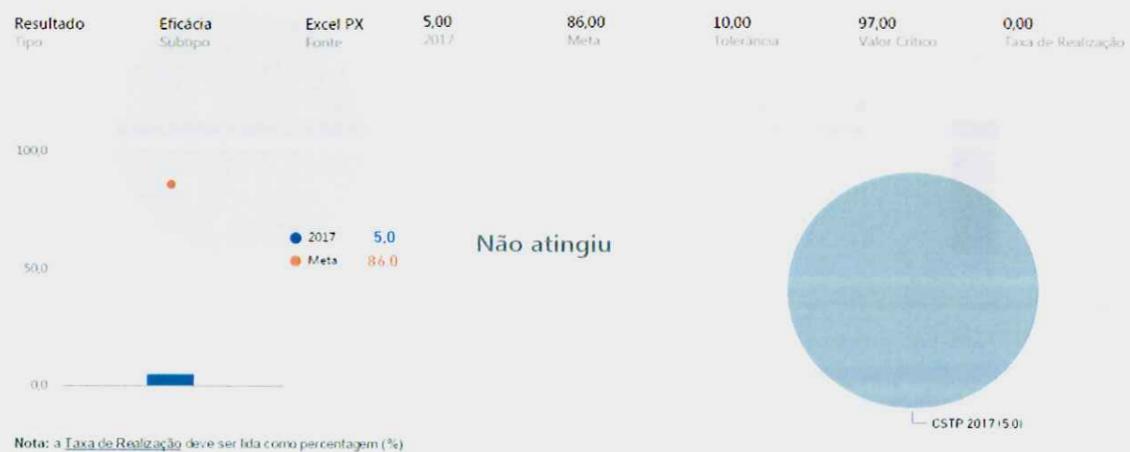


7.4.54 Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até entrada no laboratório

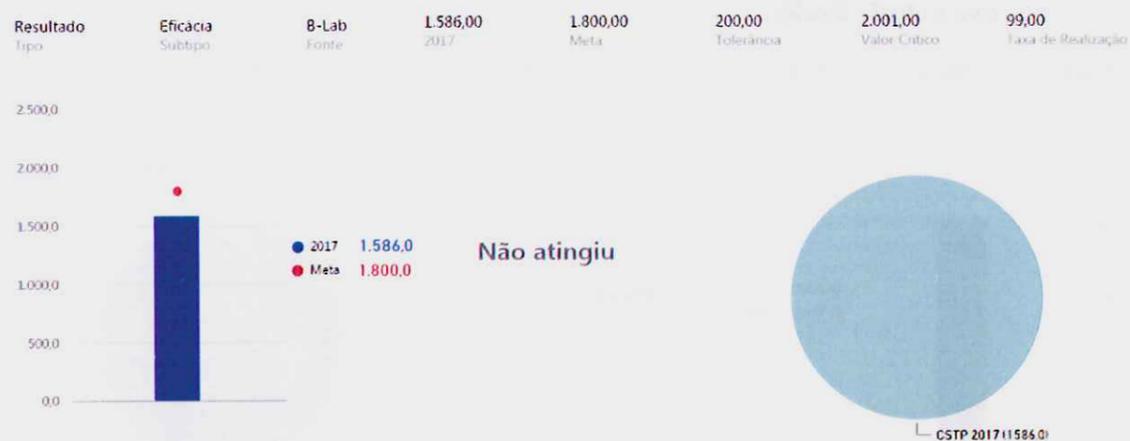


BPCCU

7.4.55 Manter o nº de unidades de SCU armazenadas e aptas para uso terapêutico

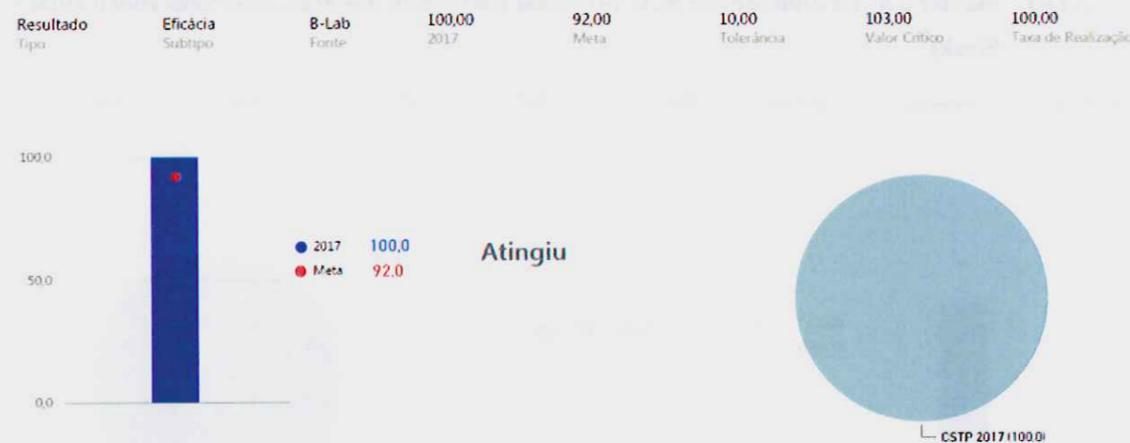


7.4.56 Manter o nº de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

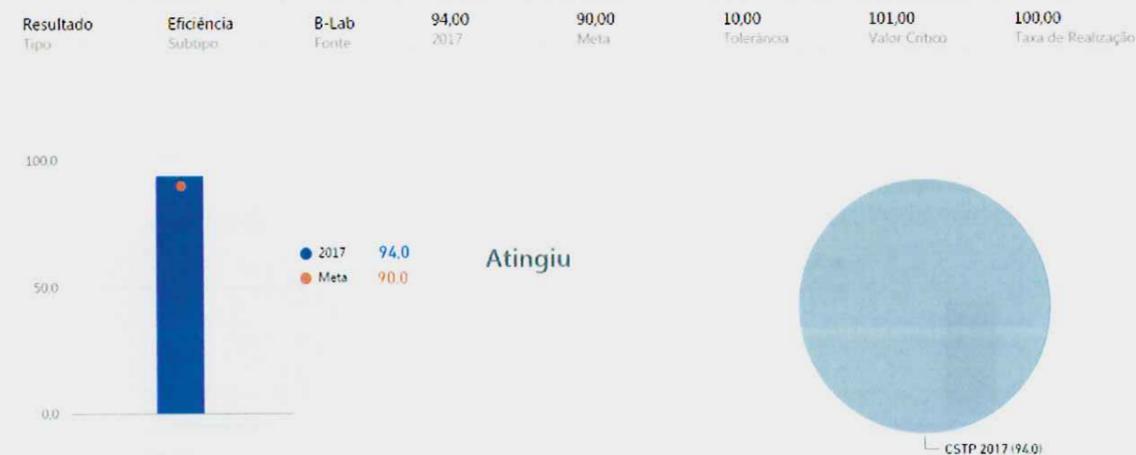
7.4.57 Monitorizar o nº de unidades de SCU aceites para processamento



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

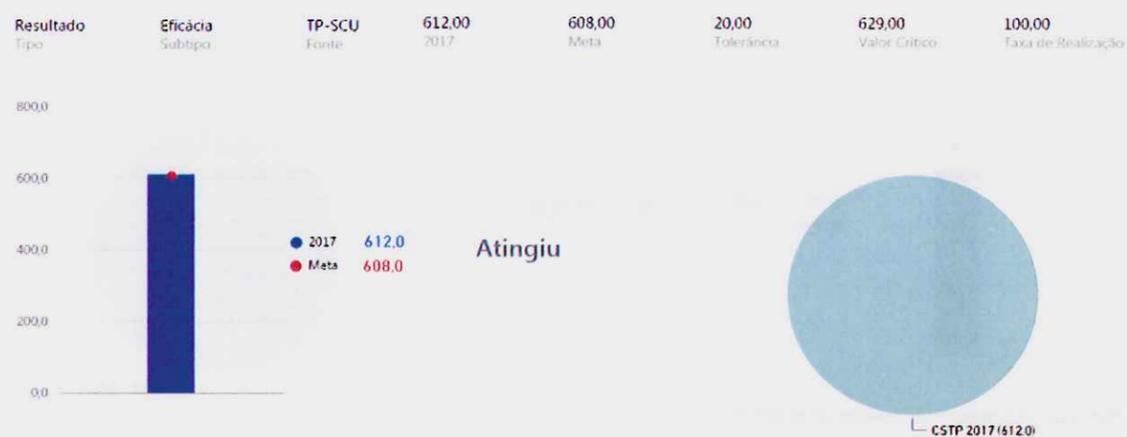
7.4.58 Manter o nº de unidades de SCU criopreservadas

Indicador 8.2 - QUAR

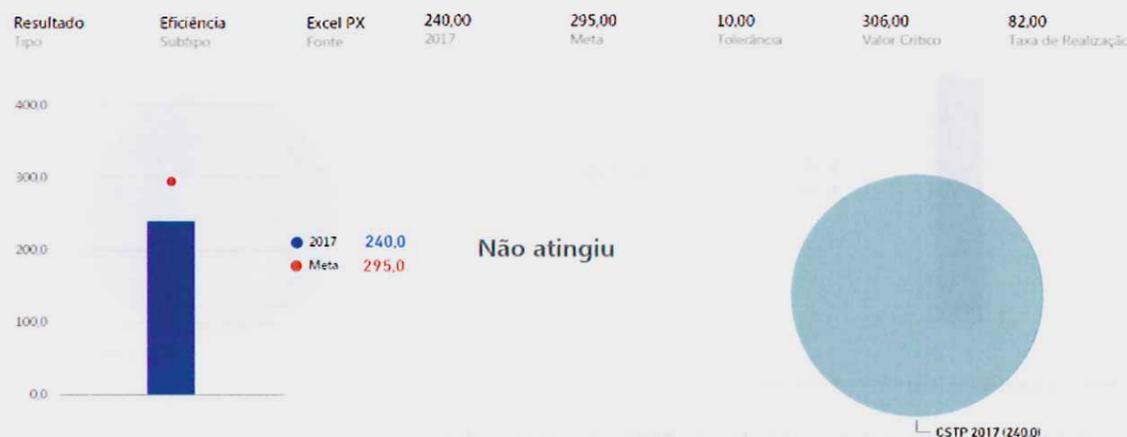


Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

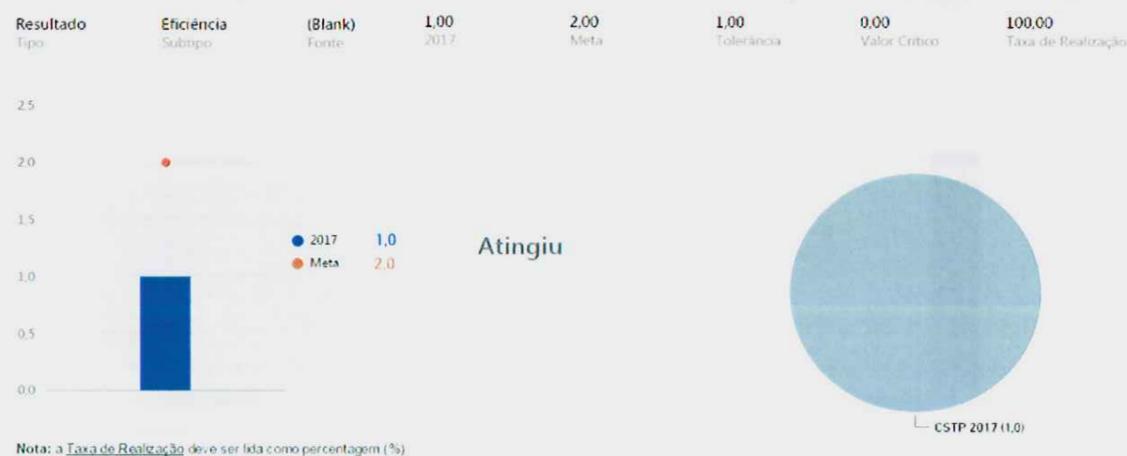
7.4.59 Manter o nº de unidades de SCU criopreservadas total (somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)



7.4.60 Manter o nº de unidades de SCU validadas (somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)



7.4.61 Diminuir o nº de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento



7.4.62 Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento

Indicador 8.1 - QUAR

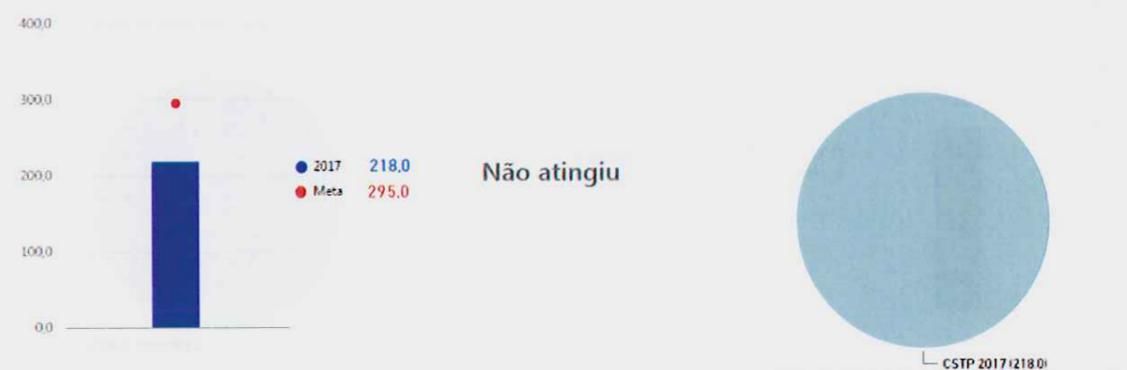
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,42 2017	2,20 Meta	0,50 Tolerância	1,70 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.63 Monitorizar o nº de unidades com registo no CEDACE

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	218,00 2017	295,00 Meta	10,00 Tolerância	306,00 Valor Crítico	76,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	---------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	--------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.64 Monitorizar o nº de unidades inutilizadas após criopreservação (HP+I/V)

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Excel PX Fonte	3,00 2017	20,00 Meta	2,00 Tolerância	17,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	----------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.65 Diminuir a % de unidades inutilizadas após criopreservação

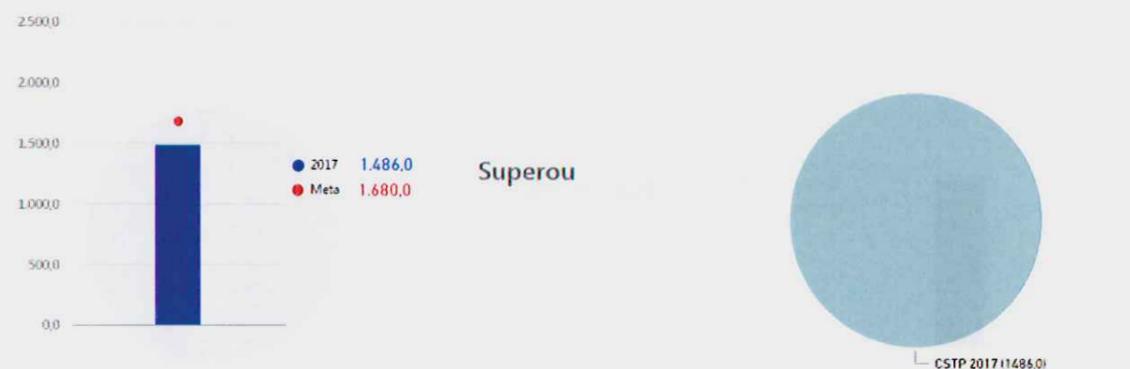
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	6,71 2017	22,20 Meta	0,50 Tolerância	21,70 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.4.1 Monitorizar o nº total de unidades de SCU inutilizadas na receção

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	rdfc Fonte	1,486,00 2017	1,680,00 Meta	50,00 Tolerância	1,629,00 Valor crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	------------	---------------	---------------	------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.4.2 Monitorizar a % de unidades de SCU inutilizadas na receção

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	93,70 2017	93,00 Meta	3,00 Tolerância	89,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

Conclusões: O resultado da generalidade dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Área da transplantação	Atingiu	Não atingiu	Superou	Total
Banco de Tecidos	2	6	16	24
BPCCU	5	4	4	13
CEDACE	3	6	5	14
Transplantação	2	4	10	16
Total	12	20	35	67

7.5 Unidades Orgânicas

7.5.1 Objetivos do Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

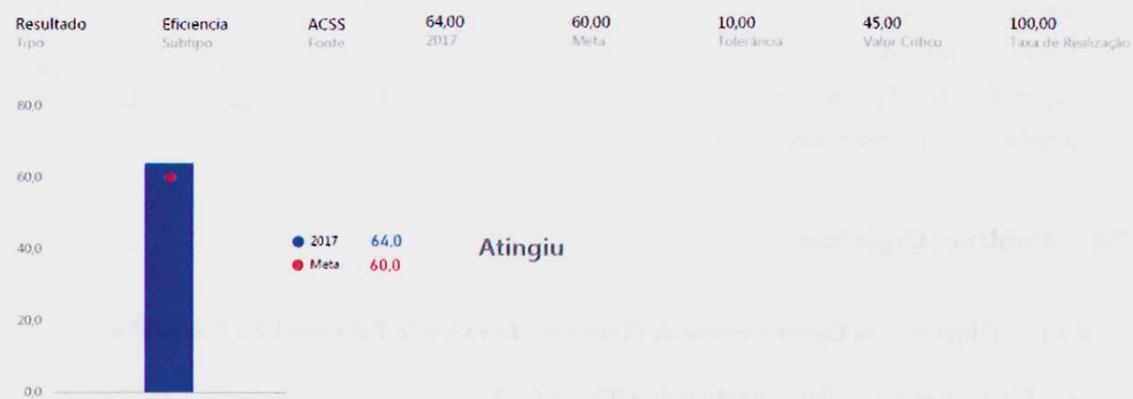
- Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos de compra simplificados
- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP
- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP
- Monitorizar o número de injunções impostas a privados
- Reduzir o valor das quebras registadas em balanço em comparação com o ano anterior
- Aumentar a eficiência energética
- Promover os registos dos imóveis no SIIE

Não foi possível obter dados para o indicador eficiência energética dada a indisponibilidade de documentos em tempo útil.

O indicador "Promover os registos dos imóveis no SIIE" reflete a % de campos obrigatórios que o IPST, IP consegue preencher. O registo completo no SIIE implica o preenchimento de 38 campos na ficha do imóvel. O IPST, IP não é titular dos terrenos onde estão implantados os seus imóveis o que impossibilita o seu registo predial, inviabilizando o preenchimento de 9 dos 38 campos necessários para completar cada registo no SIIE. Assim considerou-se zero o nº de registos completos em 2017.

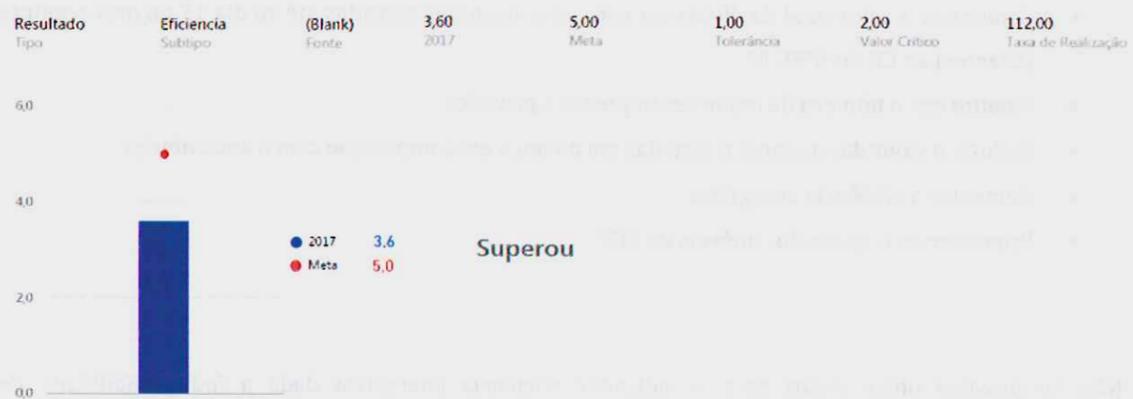
7.5.1.1 Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores

Indicador 5.1 - QUAR



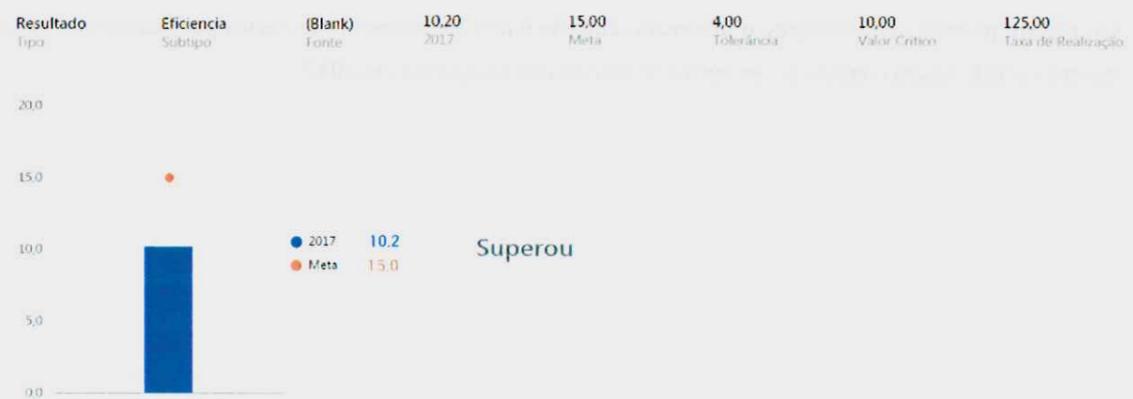
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.1.2 Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos de compra simplificados



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

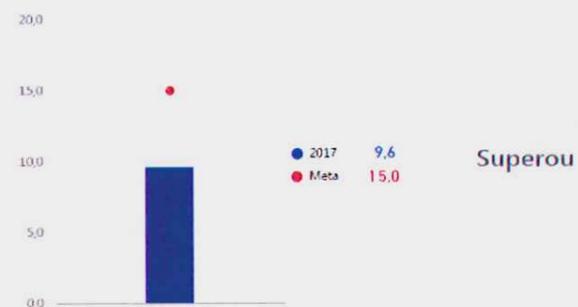
7.5.1.3 Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.1.4 Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST, IP

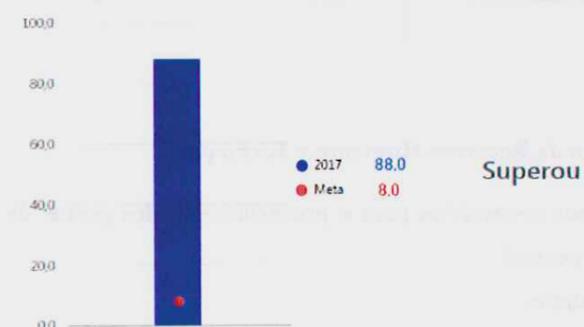
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	9,60 2017	15,00 Meta	4,00 Tolerância	10,00 Valor Crítico	126,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.1.5 Monitorizar o número de injunções impostas a privados

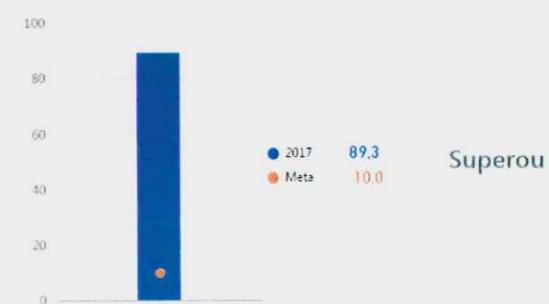
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	Jurista Fonte	88,00 2017	8,00 Meta	3,00 Tolerância	12,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	---------------	------------	-----------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.1.6 Reduzir o valor das quebras registadas em balanço em comparação com o ano anterior

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	89,30 2017	10,00 Meta	5,00 Tolerância	16,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.1.7 Promover o registo dos imóveis no SIIE

Resultado Tipo	Eficiencia Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	98,00 Meta	1,00 Tolerância	100,00 Valor crítico	0,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	----------------------	-------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

Conclusões: O resultado da generalidade dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Atingiu	1
Não atingiu	1
Superou	5

7.5.2 Objetivos do Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

- Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos
- Disponibilizar informações sobre temas de interesse coletivo na área dos Recursos Humanos e Formação
- Realizar formação na modalidade de e-learning na formação interna
- Manter a divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional no site do IPST, IP (%)

7.5.2.1 *Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal*

Realização	Eficiência	(Blank)	50,00	60,00	10,00	71,00	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.2.2 *Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos*

Impacto	Eficiência	(Blank)	4,00	10,00	1,00	8,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.2.3 *Disponibilizar informações sobre temas de interesse coletivo na área dos Recursos Humanos e Formação*

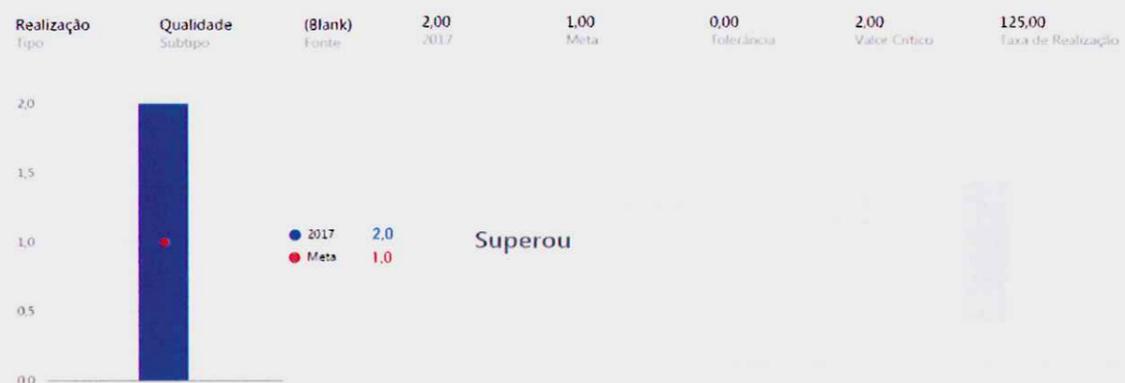
Realização	Qualidade	(Blank)	19,00	4,00	1,00	6,00	135,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

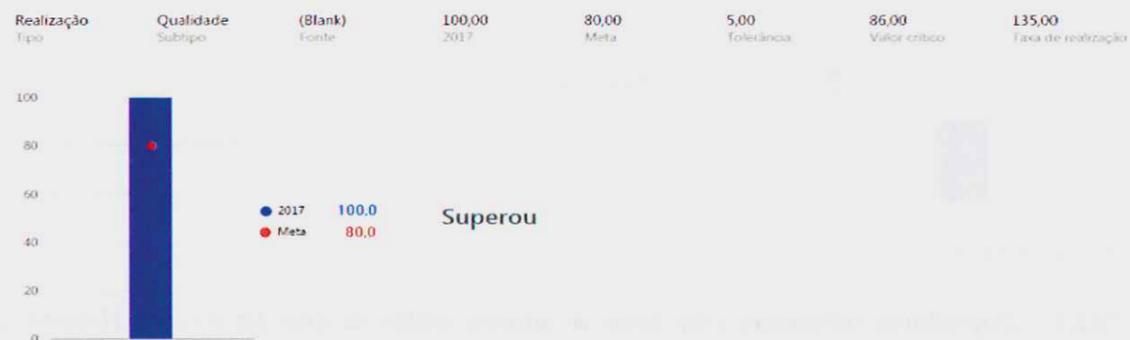
7.5.2.4 Realizar formação na modalidade de e-learning na formação interna

Indicador 10.1 - QUAR



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.2.5 Manter a divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional no site do IPST, IP (%)



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Atingiu	1
Superou	4

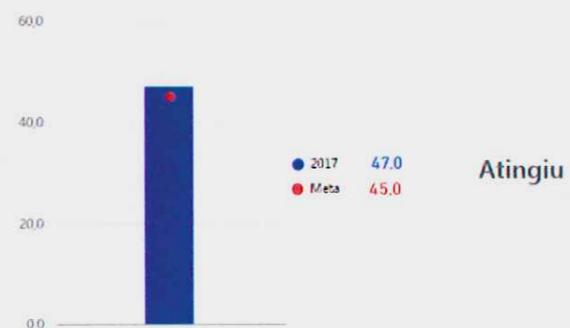
7.5.3 Objetivos da Coordenação Nacional da Transplantação

- Monitorizar o número de Transplantes Cardíacos
- Monitorizar o número de Transplantes Renais
- Monitorizar o número de Transplantes Hepáticos
- Monitorizar o número de Transplantes Pulmonares
- Monitorizar o número de Transplantes Pancreáticos

- Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Coração
- Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Rim
- Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Fígado
- Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Pâncreas
- Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Pulmão
- Aumentar o número de dadores por milhão de habitantes (pmh)
- Monitorizar o aumento da referenciação de potenciais dadores
- Monitorizar a % de implementação do projeto-piloto do RPT
 - % de resposta a pedidos de parecer
 - Divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional

7.5.3.1 Monitorizar o número de Transplantes Cardíacos

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	47,00 2017	45,00 Meta	5,00 Tolerância	55,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

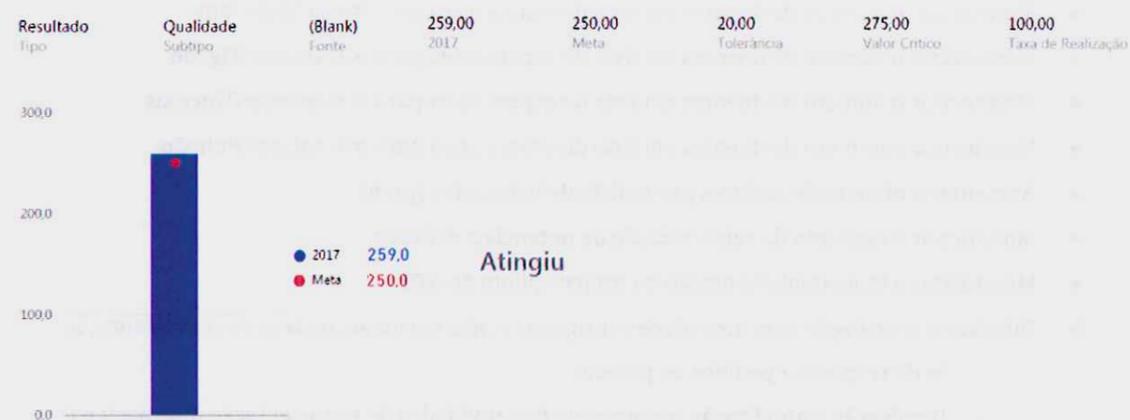
7.5.3.2 Monitorizar o número de Transplantes Renais

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	527,00 2017	480,00 Meta	30,00 Tolerância	515,00 Valor Crítico	134,00 Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	-------------	-------------	------------------	----------------------	---------------------------



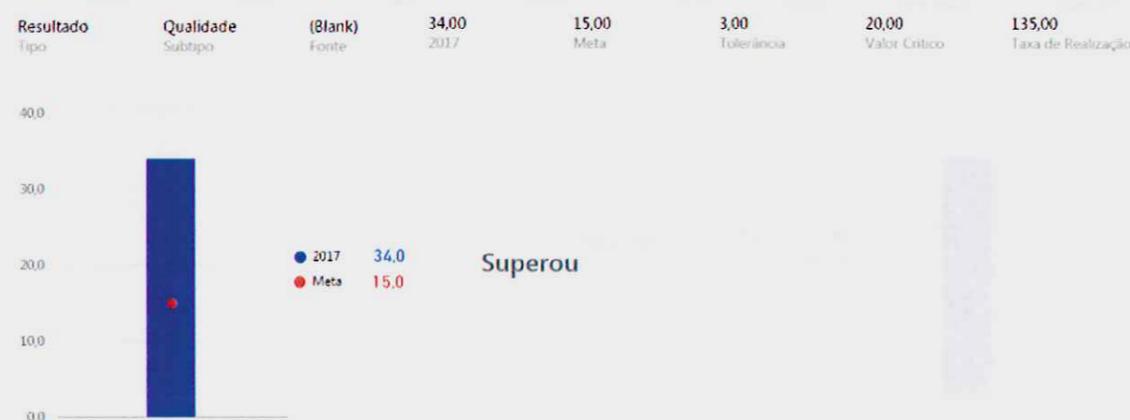
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.3 Monitorizar o número de Transplantes Hepáticos



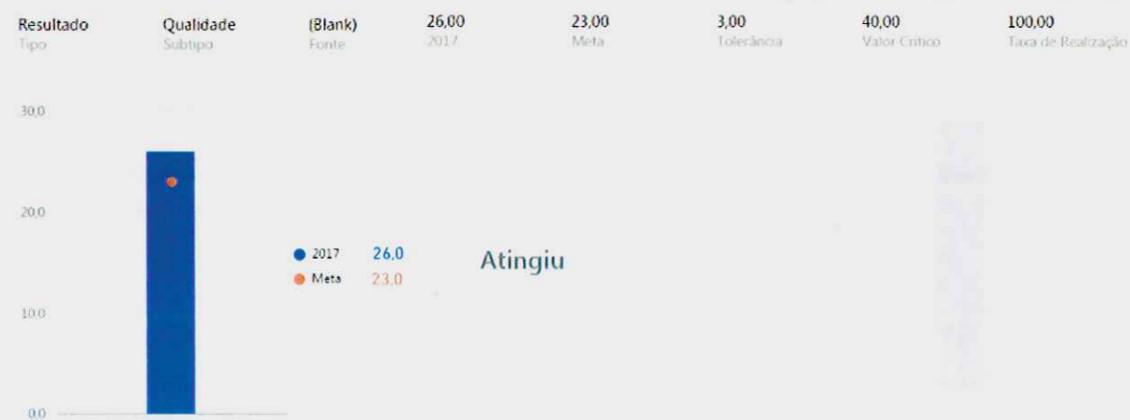
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.4 Monitorizar o número de Transplantes Pulmonares



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

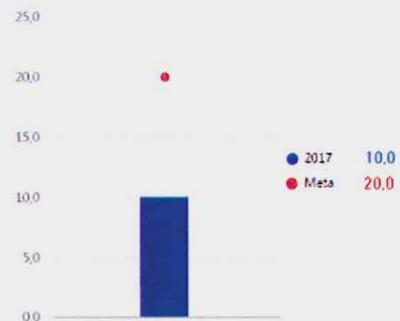
7.5.3.5 Monitorizar o número de Transplantes Pancreáticos



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.6 Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Coração

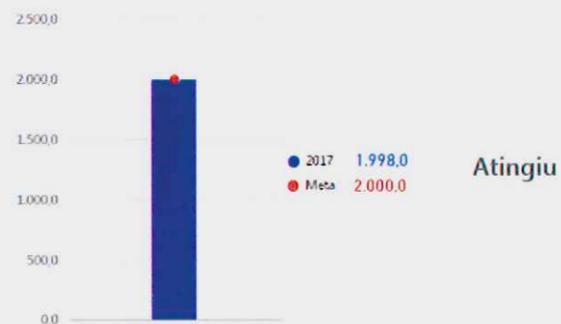
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	10,00 2017	20,00 Meta	3,00 Tolerância	16,00 Valor Crítico	(Blank) Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.7 Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Rim

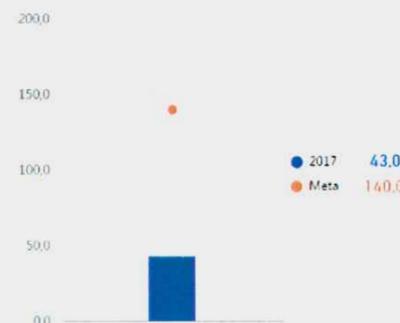
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	1.998,00 2017	2.000,00 Meta	100,00 Tolerância	1.850,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	---------------	---------------	-------------------	------------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.8 Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Fígado

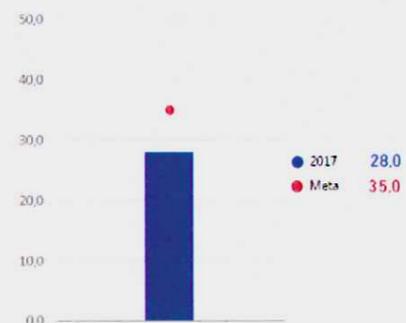
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	43,00 2017	140,00 Meta	10,00 Tolerância	120,00 Valor Crítico	(Blank) Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	------------	-------------	------------------	----------------------	----------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.9 Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Pâncreas

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	28,00 2017	35,00 Meta	5,00 Tolerância	25,00 Valor Crítico	(Blank) Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.10 Monitorizar o número de doentes em lista de espera ativa para transplante Pulmão

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	(Blank) 2017	40,00 Meta	5,00 Tolerância	30,00 Valor Crítico	(Blank) Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	--------------	------------	-----------------	---------------------	----------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.11 Aumentar o número de dadores por milhão de habitantes (pmh)

Impacto Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	43,00 2017	30,00 Meta	1,00 Tolerância	35,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
--------------	-------------------	---------------	------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.3.12 Monitorizar o aumento da referenciação de potenciais dadores

Indicador 12.1 - QUAR

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	4,40 2017	5,00 Meta	1,00 Tolerância	10,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.3.13 Monitorizar a % de implementação do projeto-piloto do RPT

Indicador 6.1 - QUAR

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	5,00 2017	5,00 Meta	5,00 Tolerância	10,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.3.14 Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação

- % de resposta a pedidos de parecer

Indicador 7.1 - QUAR

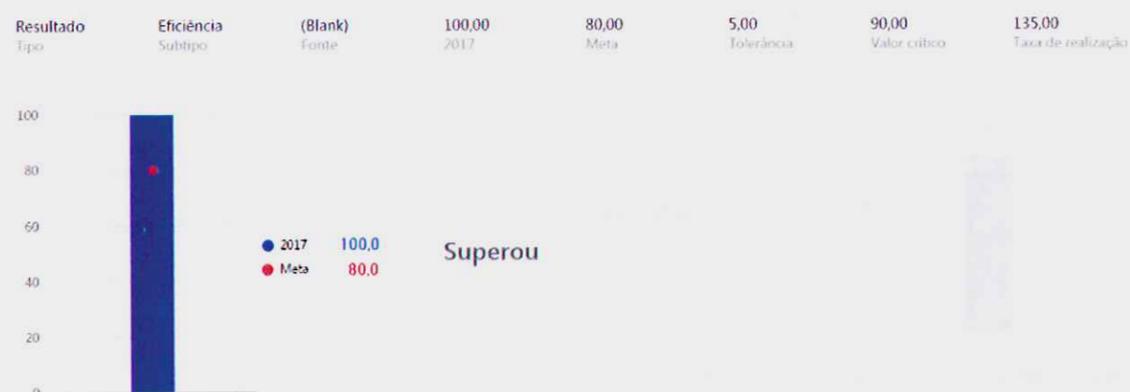
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	100,00 2017	90,00 Meta	5,00 Tolerância	95,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

- *Divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional*

Indicador 7.2 - QUAR



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento, no entanto, e relativamente aos indicadores 7.5.3.6, 7.5.3.8, 7.5.3.9 e 7.5.3.10 não existem à data, dados definitivos, pelo que não é ainda possível avaliar a taxa de realização.

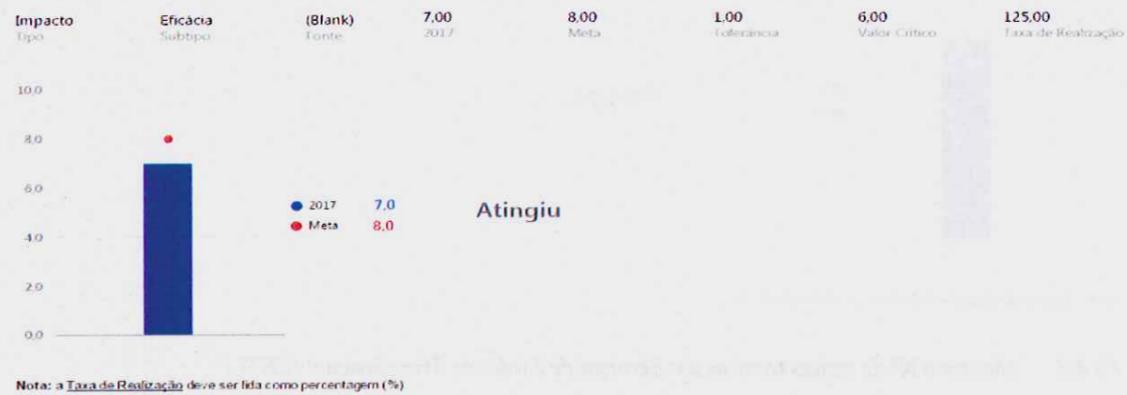
Atingiu	6
Superou	5

7.5.4 Objetivos da Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

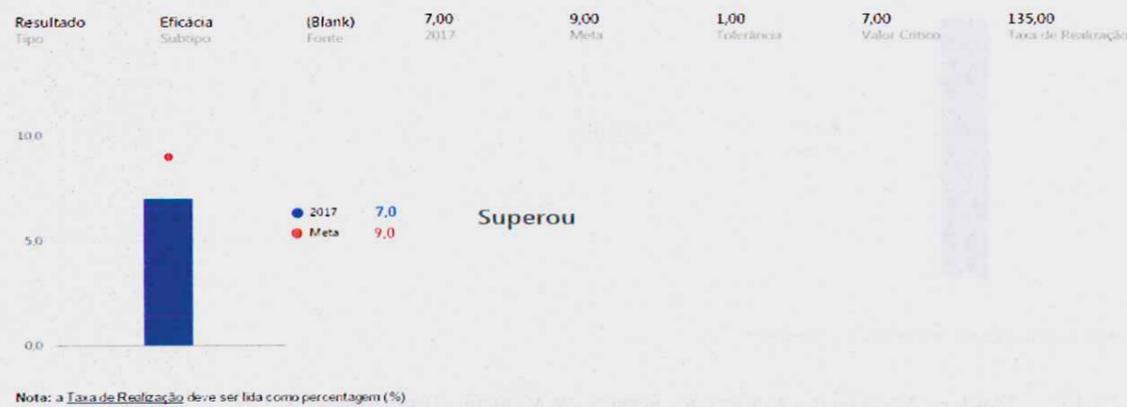
- Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior;
- Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e corretivas;
- Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST, IP)
- Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTC)
- Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL)
- Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina (CSTP)
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos
- Manter a Validação das Notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional

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

7.5.4.1 Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior (meses)

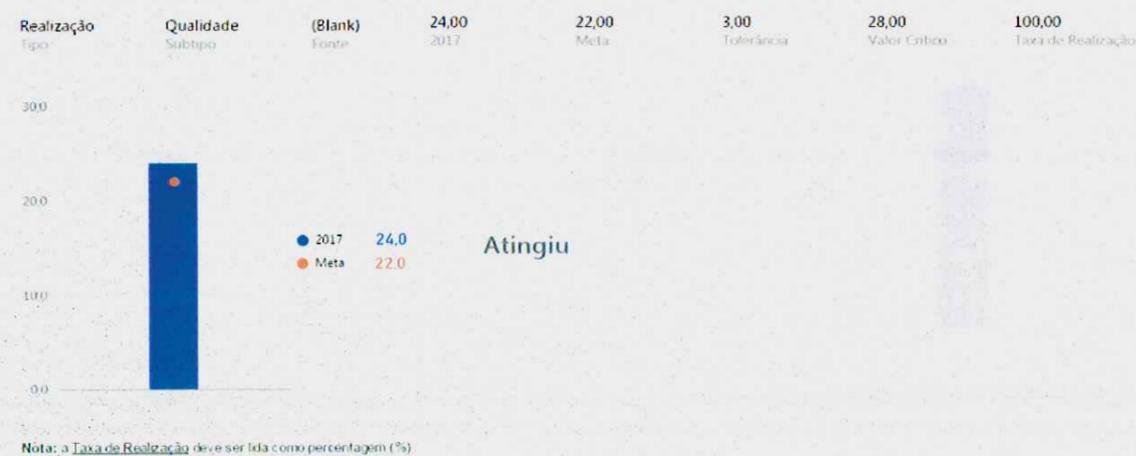


7.5.4.2 Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e corretivas (meses)

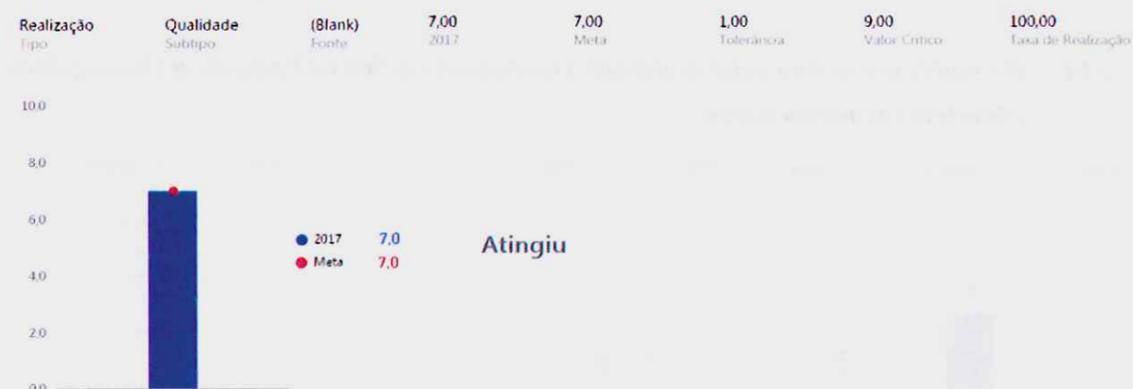


7.5.4.3 Manter o N^o de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST, IP)

Indicador 11.2 - QUAR

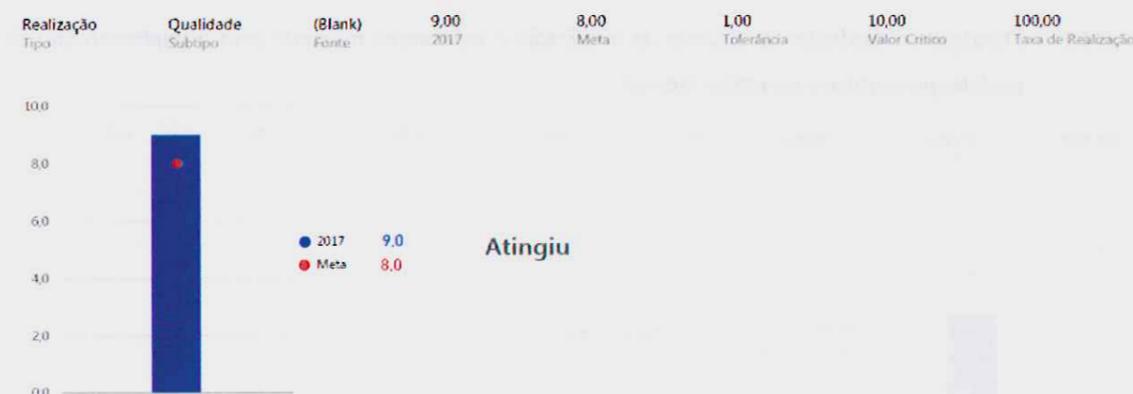


7.5.4.4 Manter o N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTC)



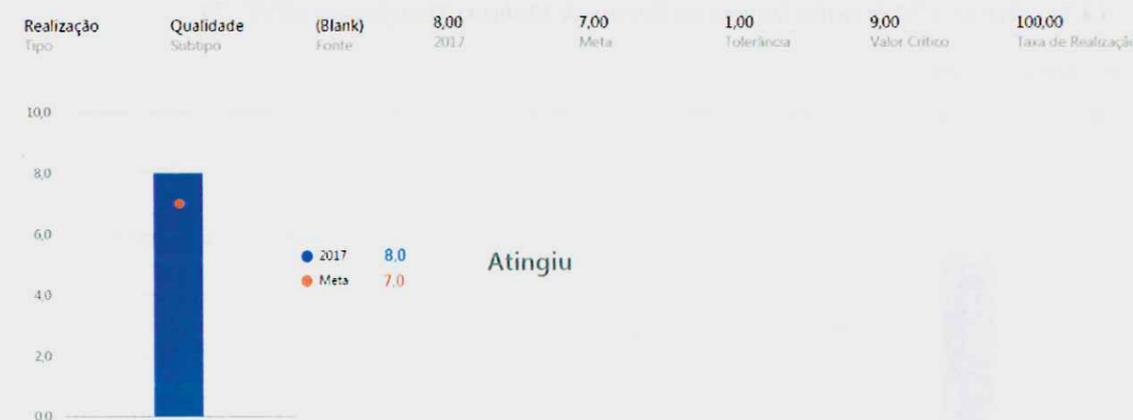
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.4.5 Manter o N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

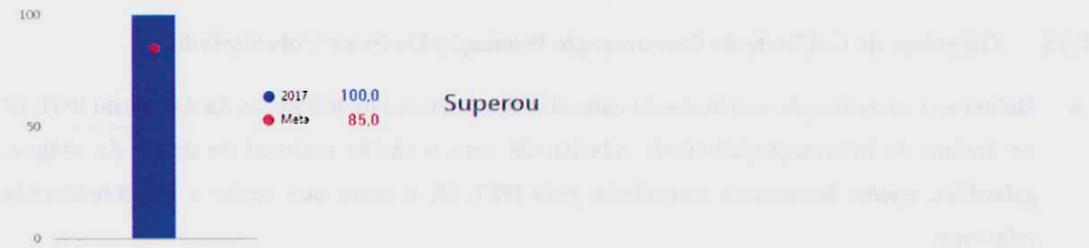
7.5.4.6 Manter o N° de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTP)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.4.7 Manter o prazo médio de resposta aos pedidos

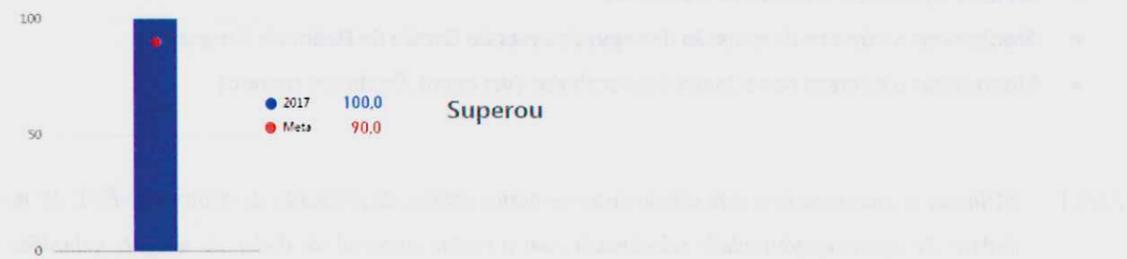
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	100,00 2017	85,00 Meta	10,00 Tolerância	96,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	------------------	---------------	-------------	------------	------------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.4.8 Manter a Validação das Notificações de incidentes e reações adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	100,00 2017	90,00 Meta	2,00 Tolerância	93,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.4.9 Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)

Indicador 1.1 - QUAR

Realização Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	13,30 2017	9,00 Meta	1,00 Tolerância	11,00 Valor Crítico	135,00 Taxa de Realização
-----------------	-------------------	---------------	------------	-----------	-----------------	---------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

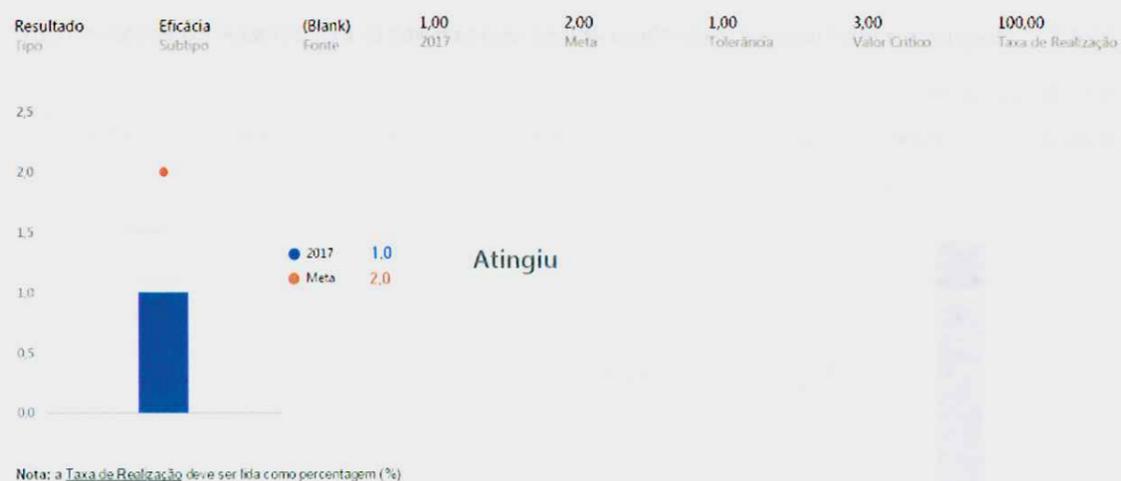
Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Atingiu	5
Superou	4

7.5.5 Objetivos do Gabinete de Comunicação Promoção Dádiva e Voluntariado

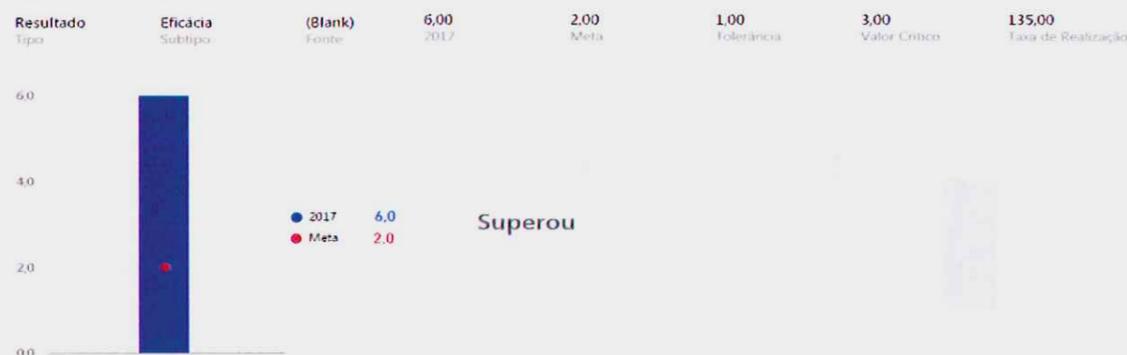
- Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, IP no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST, IP, e outra que venha a ser considerada relevante
- Nº de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais
- Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST, IP às entidades privadas sem fins lucrativos
- Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio
- Diminuir o prazo de processamento e emissão do cartão de Dador
- Reduzir o prazo de emissão de Galardões
- Monitorizar o número de emissão de segundas vias do Cartão de Dador de Sangue
- Monitorizar o número de reclamações recebidas (via email, facebook, correio)

7.5.5.1 Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, IP no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST, IP, e outra que venha a ser considerada relevante



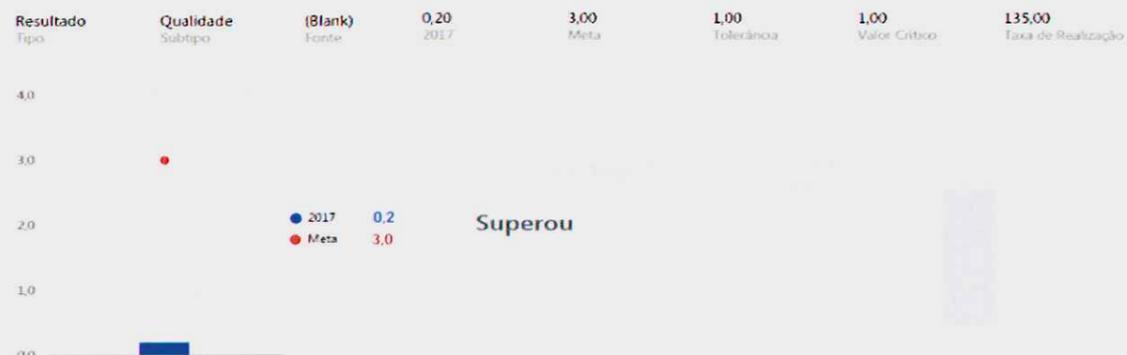
7.5.5.2 *Nº de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais*

Indicador 10.2 - QUAR



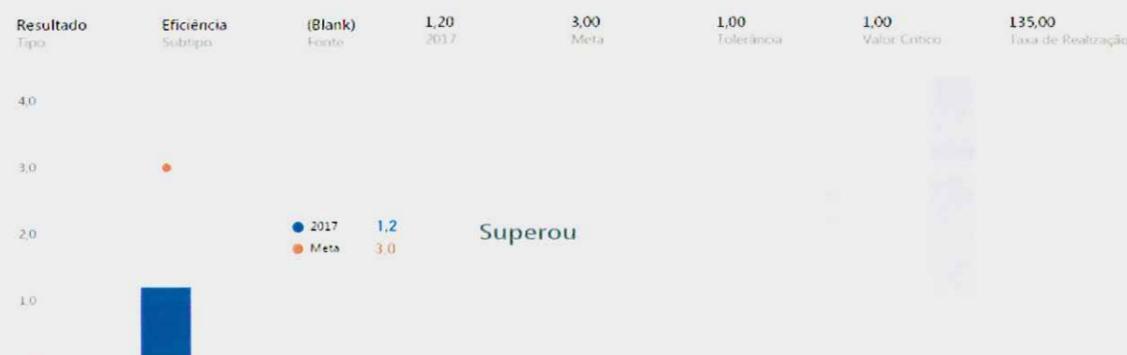
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.5.3 *Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST, IP às entidades privadas sem fins lucrativos*



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

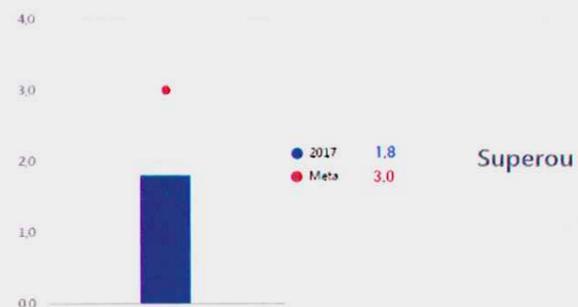
7.5.5.4 *Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio*



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.5.5 Diminuir o prazo de processamento e emissão do cartão de Dador

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	1,80 2017	3,00 Meta	1,00 Tolerância	2,00 Valor Crítico	129,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.5.6 Reduzir o prazo de emissão de Galdões

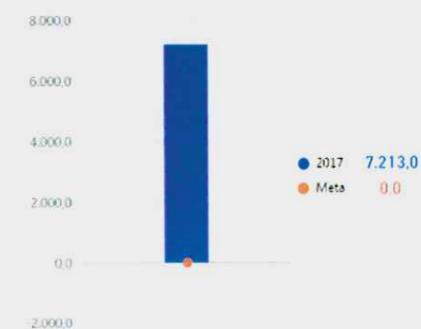
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	1,80 2017	3,00 Meta	1,00 Tolerância	2,00 Valor Crítico	131,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

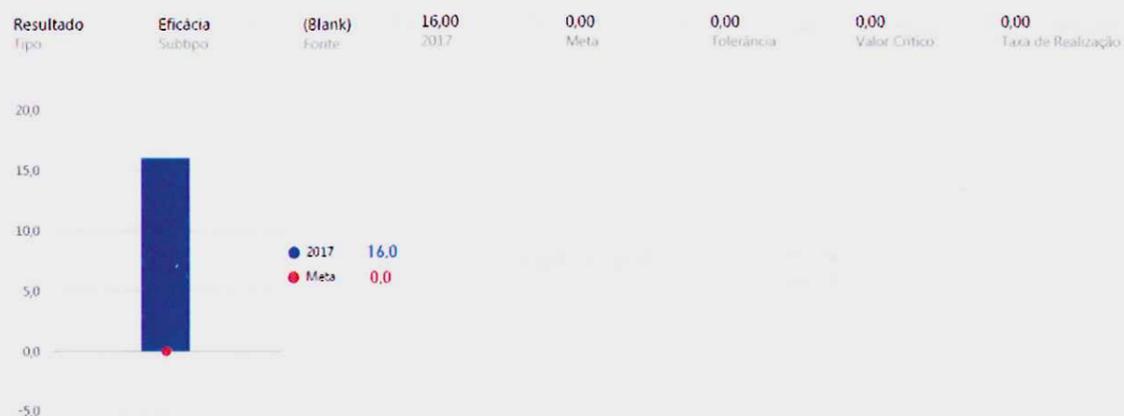
7.5.5.7 Monitorizar o número de emissão de segundas vias do Cartão de Dador de Sangue

Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	7.213,00 2017	0,00 Meta	0,00 Tolerância	0,00 Valor Crítico	0,00 Taxa de Realização
----------------	------------------	---------------	---------------	-----------	-----------------	--------------------	-------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.5.8 Monitorizar o número de reclamações recebidas (via email, facebook, correio)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

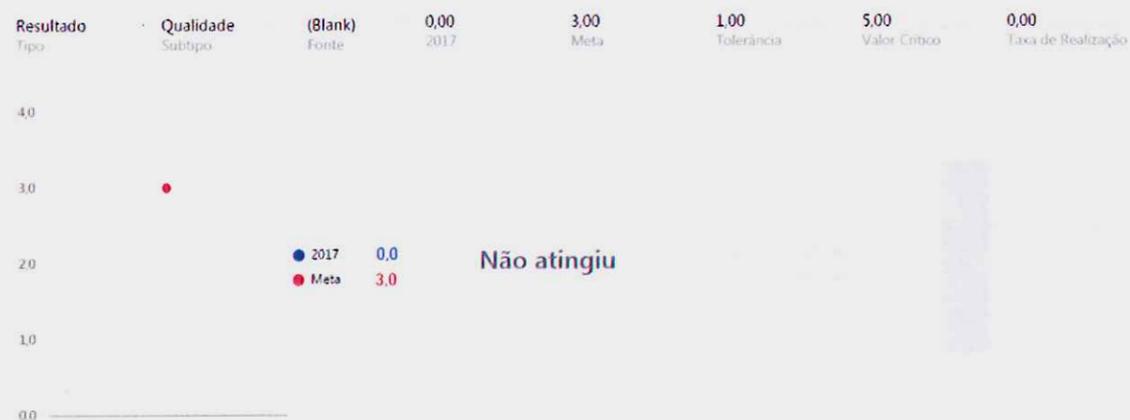
Os indicadores 7.5.5.7 e 7.5.5.8 foram acompanhados pela primeira vez, pelo que não foram estabelecidas meta, tolerância ou valor crítico, razão pela qual não foi calculada a taxa de realização

Atingiu	1
Superou	5

7.5.6 Objetivos do Gabinete de Gestão da Qualidade

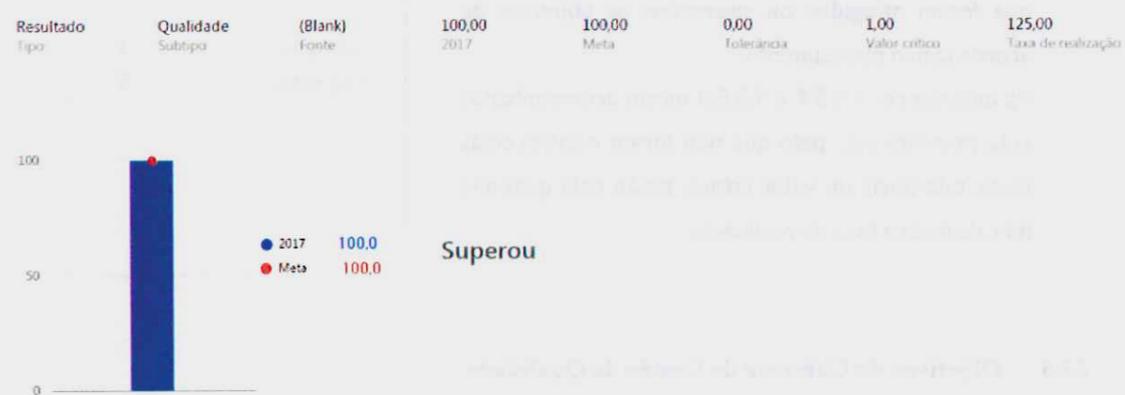
- Atualizar abordagem ISO 9001:2008 para ISO 9001:2015;
- Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos;
- Aumentar % testes metrológicos efetuados;
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos;
- Aumentar % de ações corretivas fechadas;
- Aumentar % de ações preventivas fechadas;
- Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal;
- Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade produzidas no CSTL;
- Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade produzidas no CSTC;
- Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade;
- Manter a % de unidades submetidas a screening microbiológico com resultado falso positivo
- Manter a % de relatórios entregue a cliente dentro do prazo
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) –LCP;
- Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) --LCP / Srenning microbiológico.

7.5.6.1 Atualizar abordagem ISO 9001:2008 para ISO 9001:2015



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

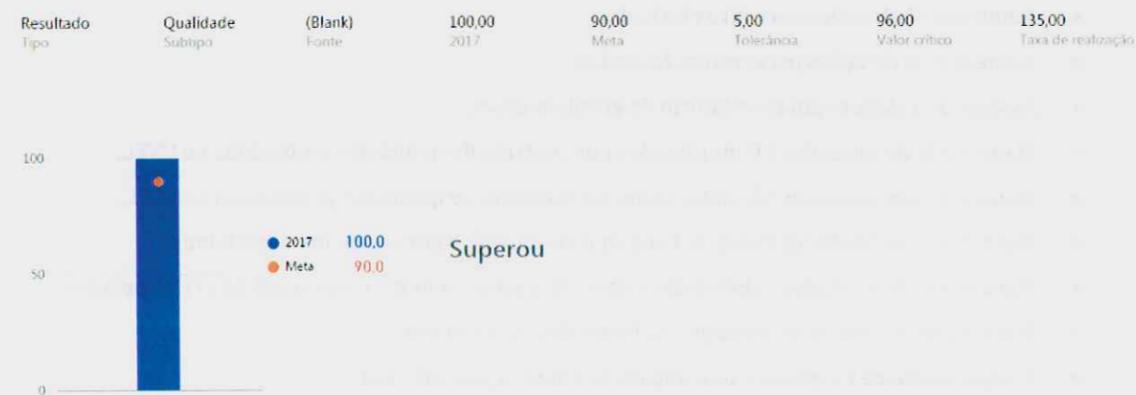
7.5.6.2 Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos;



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.3 Aumentar % testes metrológicos efetuados;

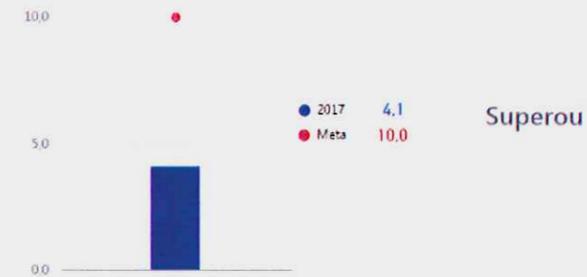
Indicador 11.1 - QUAR



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.4 Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos;

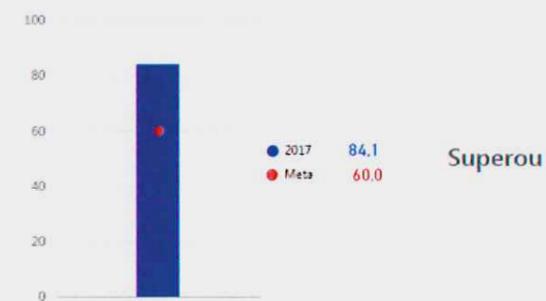
Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	4,10 2017	10,00 Meta	4,00 Tolerância	5,00 Valor crítico	130,00 Taxa de Realização
----------------	-------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.6.5 Aumentar % de ações corretivas fechadas;

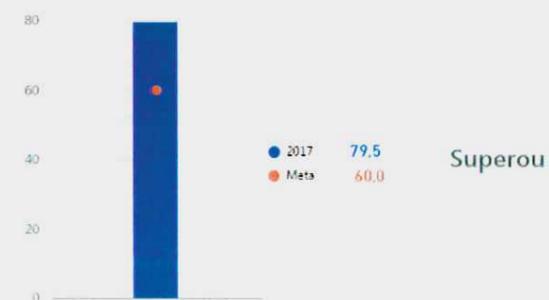
Resultado Tipo	Eficácia Subtipo	(Blank) Fonte	84,10 2017	60,00 Meta	10,00 Tolerância	71,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	------------------	---------------	------------	------------	------------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.6 Aumentar % de ações preventivas fechadas;

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	79,50 2017	60,00 Meta	10,00 Tolerância	71,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	-------------------	---------------	------------	------------	------------------	---------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.7 *Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal;*

Resultado Tipo	Qualidade Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	80,00 Meta	10,00 Tolerância	91,00 Valor crítico	0,00 Taxa de realização
----------------	-------------------	---------------	-----------	------------	------------------	---------------------	-------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.8 *Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade produzidas no CSTL*

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,04 2017	0,45 Meta	0,24 Tolerância	0,20 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.9 *Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade produzidas no CSTC;*

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,02 2017	0,45 Meta	0,24 Tolerância	0,20 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.10 Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade;

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,08 2017	0,13 Meta	0,05 Tolerância	0,07 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.11 Manter a % de unidades submetidas a screening microbiológico com resultado falso positivo

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,06 2017	1,00 Meta	0,29 Tolerância	0,70 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

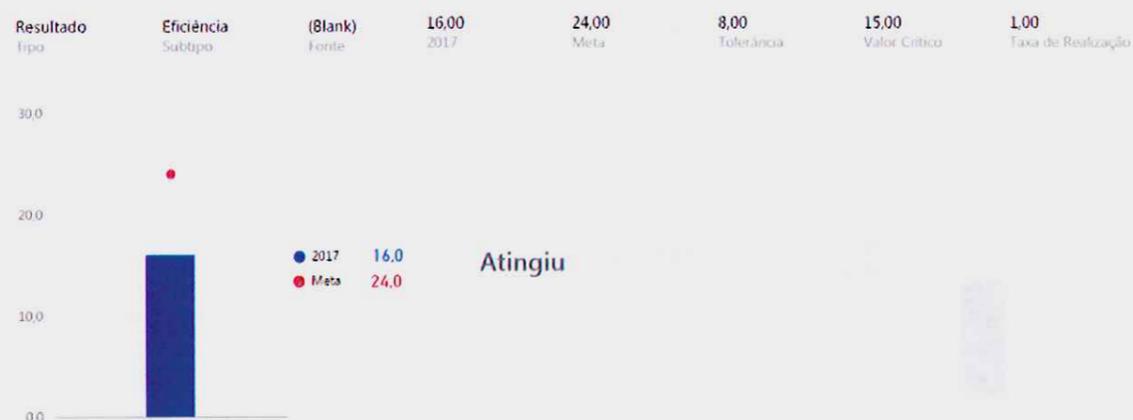
7.5.6.12 Manter a % de relatórios entregue a cliente dentro do prazo

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	75,00 Meta	9,00 Tolerância	85,00 Valor crítico	0,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	---------------------	-------------------------

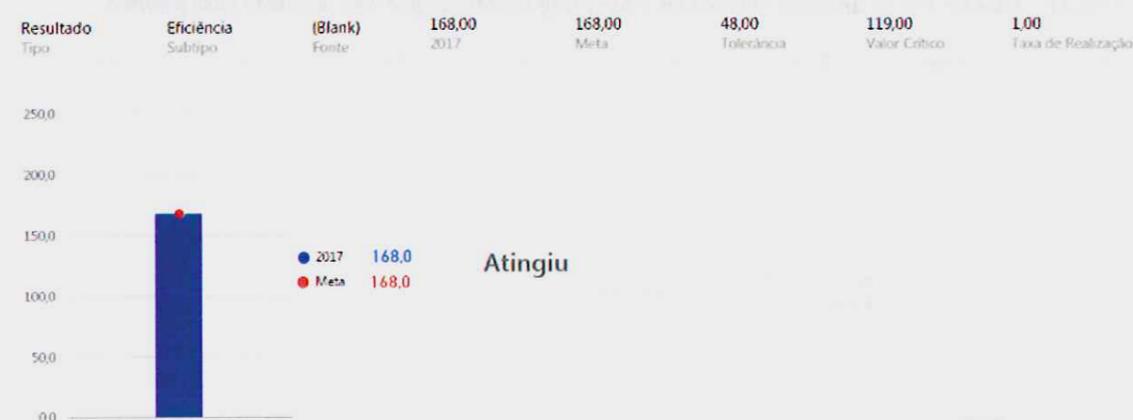


Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.6.13 *Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) –LCP;*



7.5.6.14 *Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) --LCP / Screnning microbiológico.*



Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que, na generalidade, foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Atingiu	3
Não atingiu	3
Superou	8

7.5.7 **Objetivos do Gabinete de Tecnologias Informação e Comunicação**

- Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação;
- Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue
- Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação;
- Instalar uma rede estruturada no CTSP do Porto - área da transplantação;
- Completar a reestruturação dos domínios IPST, IP.pt, darsangue.pt e dador.pt.

- Finalizar a Instalação do ASIS gráfico nos CST;
- Finalizar instalação do ASIS gráfico em todos serviços de sangue e medicina transfusional;
- Remodelar para ambiente gráfico o sistema de informação de faturação IPST, IP - área do sangue;
- Renovar a solução de virtualização do IPST, IP;
- Desencadear o desenvolvimento, instalação e arranque do "site" intranet do IPST, IP;
- Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST, IP;
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos;
- Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis;
- Automatizar o sistema de monitorização da gestão;
- Monitorizar o Índice de disponibilização para a dádiva (30 dias seguintes) dos doadores contactados pelo centro de contactos da PT;
- Monitorizar o Índice de dádiva efetuada (60 dias seguintes) dos doadores contactados pelo centro de contactos da PT.

7.5.7.1 Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação;

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	80,00 2017	90,00 Meta	10,00 Tolerância	100,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	------------------	----------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.7.2 Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	95,00 2017	95,00 Meta	5,00 Tolerância	100,00 Valor crítico	100,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	----------------------	---------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.7.3 Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação;

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	80,00 2017	95,00 Meta	5,00 Tolerância	100,00 Valor crítico	89,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	------------	------------	-----------------	----------------------	--------------------------



Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.7.4 Instalar uma rede estruturada no CTSP do Porto - área da transplantação;

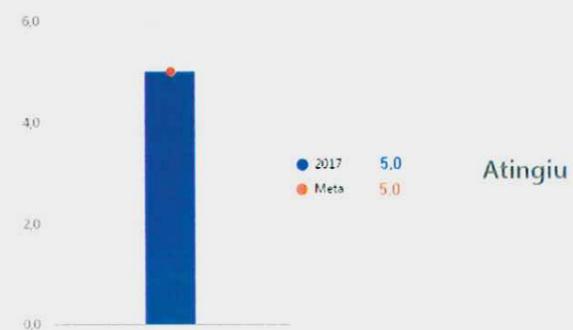
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	9,00 Meta	1,00 Tolerância	7,00 Valor Crítico	0,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	-------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

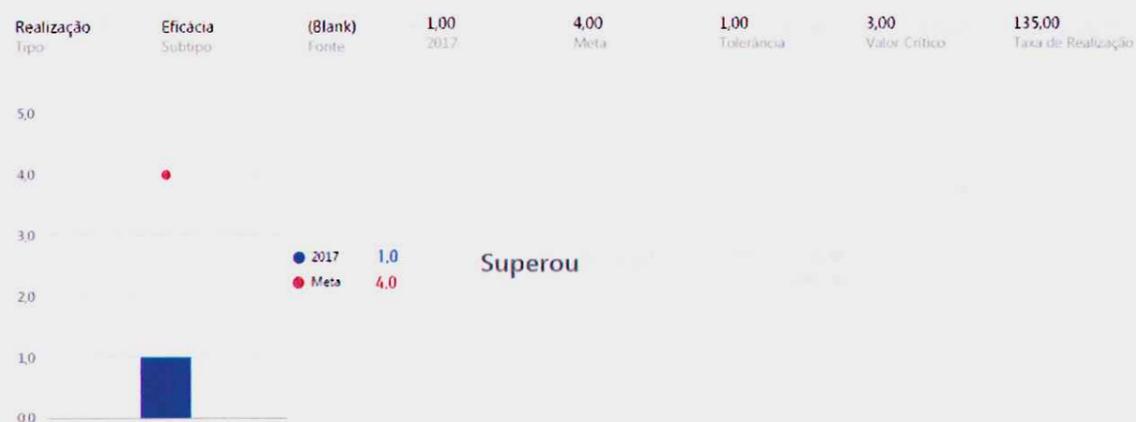
7.5.7.5 Completar a reestruturação dos domínios IPST, IP.pt, darsangue.pt e dador.pt.

Realização Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	5,00 2017	5,00 Meta	1,00 Tolerância	4,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
-----------------	--------------------	---------------	-----------	-----------	-----------------	--------------------	---------------------------



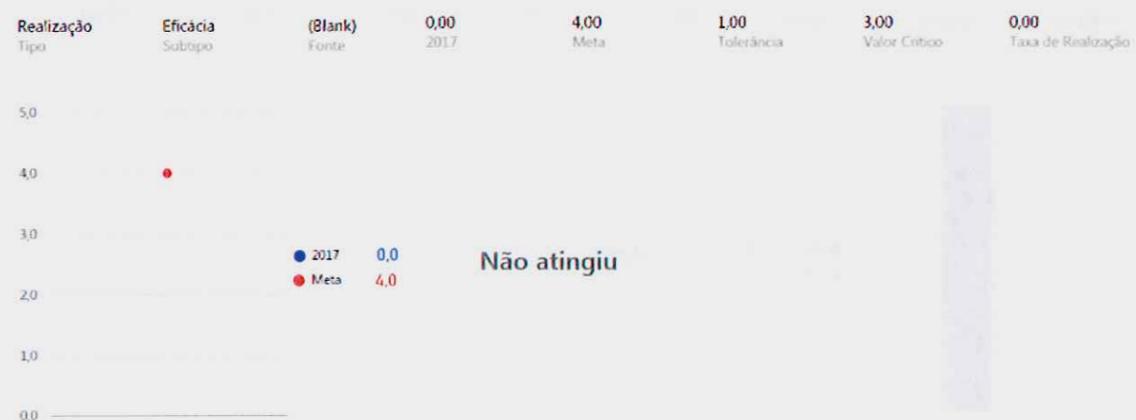
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.6 Finalizar a Instalação do ASIS gráfico nos CST;



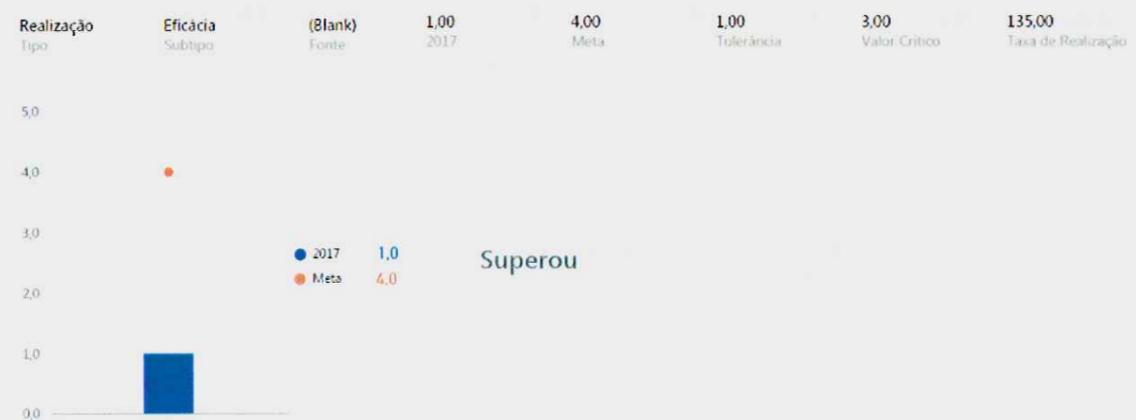
Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.7 Finalizar instalação do ASIS gráfico em todos serviços de sangue e medicina transfusional;



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.8 Remodelar para ambiente gráfico o sistema de informação de faturação IPST, IP - área do sangue;



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.9 Renovar a solução de virtualização do IPST, IP;

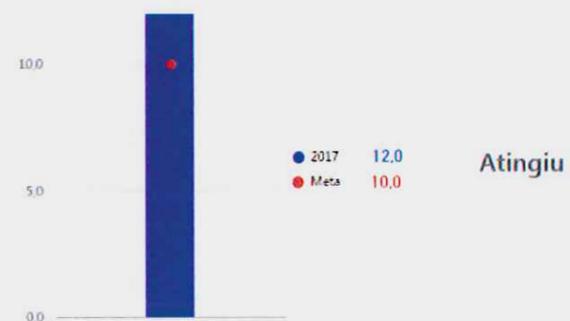
Realização	Eficácia	(Blank)	0,00	9,00	2,00	6,00	0,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.10 Desencadear o desenvolvimento, instalação e arranque do "site" intranet do IPST, IP;

Realização	Eficácia	(Blank)	12,00	10,00	2,00	7,00	100,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.11 Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST, IP;

Resultado	Eficácia	(Blank)	0,00	12,00	1,00	10,00	0,00
Tipo	Subtipo	Fonte	2017	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Taxa de Realização



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.12 Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos;

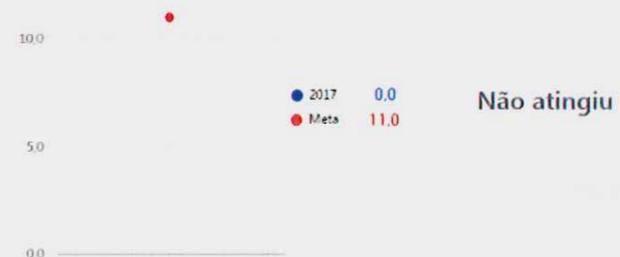
Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	6,50 2017	10,00 Meta	5,00 Tolerância	4,00 Valor Crítico	100,00 Taxa de Realização
----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	--------------------	---------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

7.5.7.13 Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis;

Realização Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	0,00 2017	11,00 Meta	1,00 Tolerância	9,00 Valor Crítico	0,00 Taxa de Realização
-----------------	--------------------	---------------	-----------	------------	-----------------	--------------------	-------------------------



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

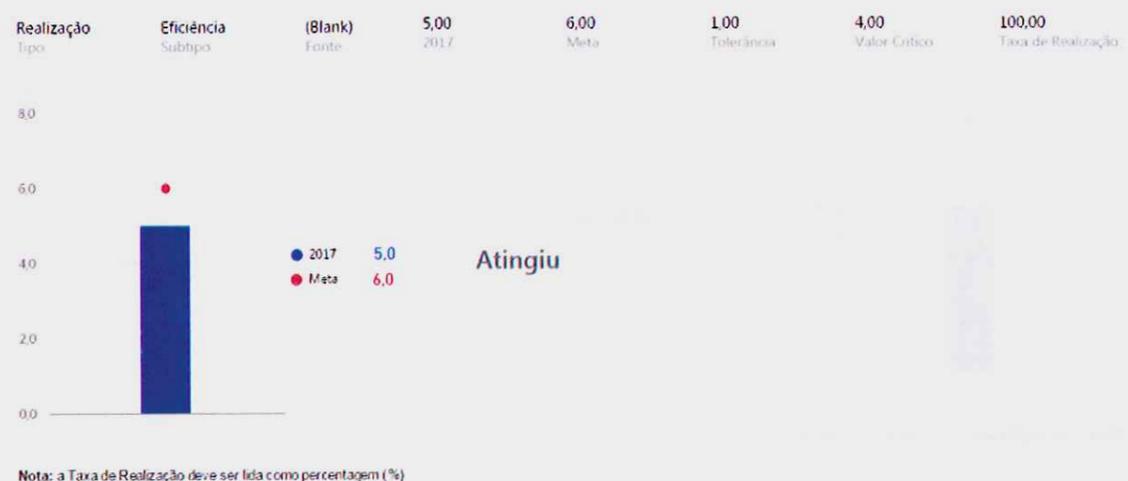
7.5.7.14 Automatizar o sistema de monitorização da gestão;

Resultado Tipo	Eficiência Subtipo	(Blank) Fonte	100,00 2017	50,00 Meta	5,00 Tolerância	60,00 Valor crítico	135,00 Taxa de realização
----------------	--------------------	---------------	-------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------------

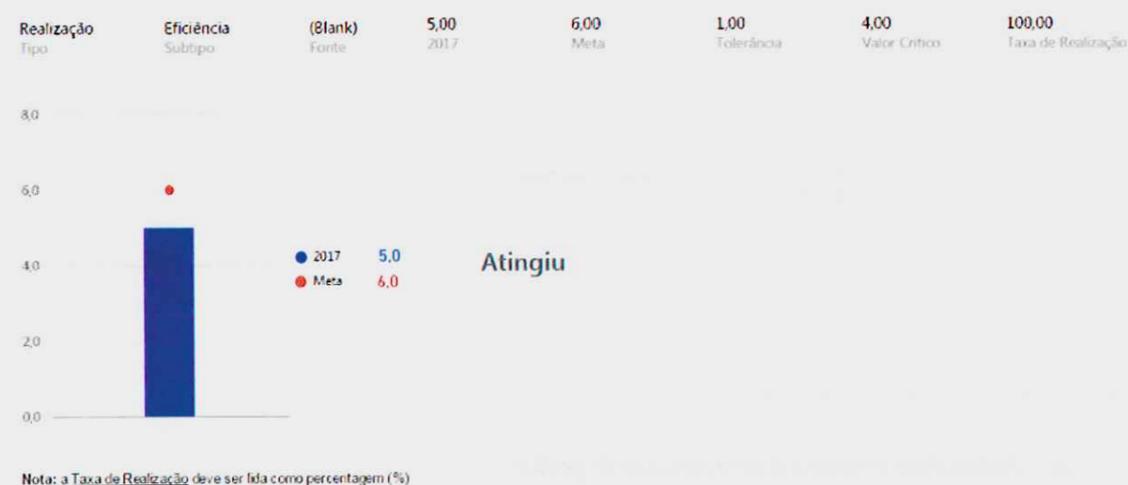


Nota: Os valores apresentados devem ser lidos como percentagem (%)

7.5.7.15 Monitorizar o Índice de disponibilização para a dívida (30 dias seguintes) dos dadores contactados pelo centro de contatos da PT;



7.5.7.16 Monitorizar o Índice de dívida efetuada (60 dias seguintes) dos dadores contactados pelo centro de contatos da PT.



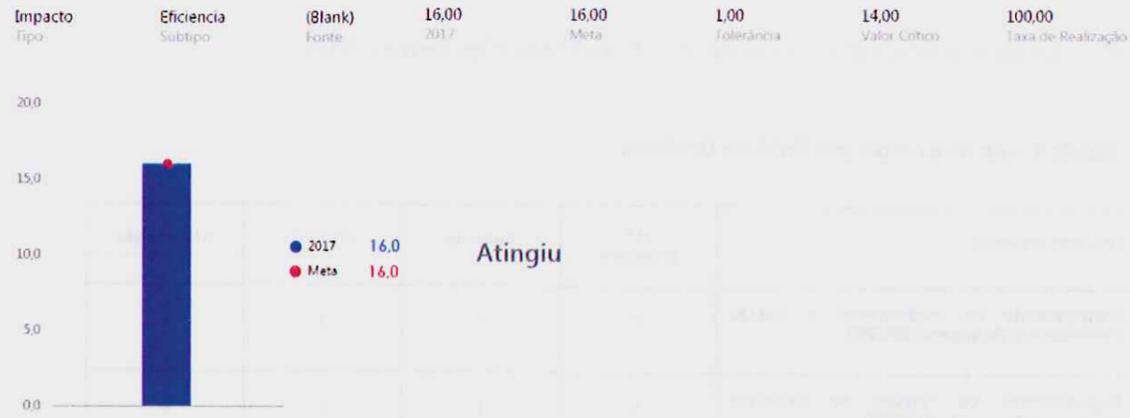
Conclusões: O resultado dos indicadores sustenta que, na generalidade, foram atingidos ou superados os objetivos de acordo com o planeamento.

Atingiu	7
Não atingiu	6
Superou	4

7.5.8 Objetivos do Gabinete Jurídico

- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)

7.5.8.1 Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)



Nota: a Taxa de Realização deve ser lida como percentagem (%)

Conclusões: O resultado do indicador sustenta que foi atingido o objetivo de acordo com o planeamento.

Atingiu 1

8 Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2017

Tabela 4 – Análise Global por Unidade Orgânica

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)	7	5	1	1
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF)	5	4	1	0
Coordenação Nacional Da Transplantação (CNT)	11	5	6	0
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)	9	4	5	0
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	6	5	1	0
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	14	8	3	3
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	17	4	7	6
Gabinete Jurídico (GJ)	1	0	1	0
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)	127	61	41	25
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CSTC)	80	46	24	10
Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)	90	20	32	38
Total de objetivos e tipo do cumprimento de para o Ano de 2017 (absoluto)	367	162	122	83
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2017	100%	44%	33%	23%
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2016	100%	51%	38%	11%

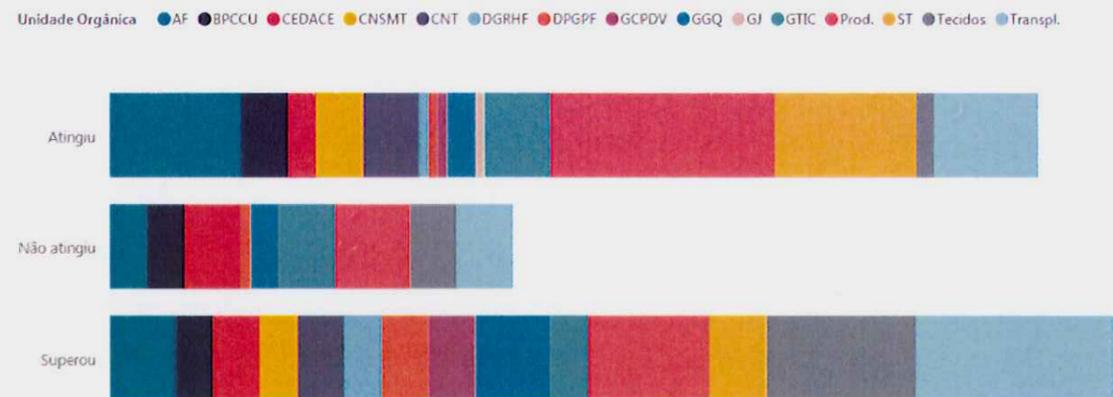
Da análise dos principais indicadores das unidades orgânicas conclui-se que:

367 objetivos operacionais concorrem para a execução dos objetivos estratégicos do QUAR 2017;

Dos 367 indicadores, 162 foram superados, 122 atingidos e 83 não foram atingidos.

Relativamente aos objetivos não atingidos as principais causas de incumprimento foram analisadas, identificadas as causas e implementadas ações corretivas.

Gráfico 25 - Classificação por Unidade Orgânica



Fonte: IPST, IP

9 Audição aos dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação

A avaliação das instituições por parte dos elementos que a constituem, é fundamental para a compreensão da saúde organizacional. Neste propósito foi aplicado um questionário “online” para avaliação de um conjunto de temáticas relativas ao modo como o trabalhador percebe a organização de modo a aferir o grau de satisfação e de motivação dos trabalhadores do IPST, IP durante o ano 2017.

Os principais objetivos centraram-se em:

1 – Aferir o nível de satisfação dos trabalhadores do IPST, IP,IP com:

- a) A organização
- b) A gestão e sistemas de gestão
- c) As condições de trabalho
- d) O desenvolvimento da carreira
- e) O estilo de liderança do gestor de topo
- f) O estilo de liderança do gestor de nível intermédio
- g) As condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços

2 - Aferir os níveis de motivação dos trabalhadores do IPST, IP para:

- a) Aprender novos métodos de trabalho
- b) Desenvolver trabalho em equipa
- c) Participar em ações de formação
- d) Participar em projetos de mudança na organização
- e) Sugerir melhorias

3 - Efetuar a auto avaliação do serviço com a audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores, de acordo com o determinado na alínea f) do n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro.

A metodologia assentou na seleção e adaptação do questionário seguindo o exemplo da CAF “Common_Assessment_Framework” (Estrutura Comum de Avaliação), modelo europeu comum de gestão da qualidade para o setor Público, aplicado no IPST, IP desde 2014.

O questionário foi enviado, através de correio eletrónico, a todos os trabalhadores do IPST, IP,IP, no qual dava acesso ao questionário de resposta “online” confidencial e anónima. O questionário esteve disponível para preenchimento de 2 de fevereiro a 22 de fevereiro de 2018. O tratamento do questionário foi

⁷ Avaliação da Satisfação dos Trabalhadores do IPST, IP,IP

efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o anonimato foi respeitado.

O conteúdo do questionário está organizado em 7 grandes áreas/grupos, num total de 50 questões para determinar:

1. A satisfação global dos trabalhadores com a organização
2. A satisfação com a gestão e sistemas de gestão
3. A satisfação com as condições de trabalho
4. A satisfação com o desenvolvimento da carreira
5. Os níveis de motivação
6. A satisfação com o estilo de liderança do gestor de topo e gestor de nível intermédio
7. A satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços.

As questões foram pontuadas pelos trabalhadores numa escala de 1 a 5 em que um correspondia a “muito insatisfeito”; 2 a “insatisfeito”; 3 a “pouco satisfeito”, 4 a “satisfeito” e 5 a “muito satisfeito”, tanto ao nível de satisfação como ao nível da motivação.

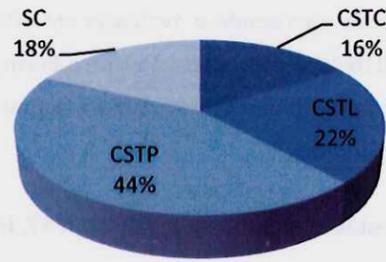
Os resultados apurados para os quais responderam 105 trabalhadores do IPST, IP, que corresponde a uma taxa de resposta de 23,1% (29,6% em 2016, 17,3% em 2015 e 24,0% em 2014) de um total de trabalhadores 455 trabalhadores do mapa do IPST, IP, IP em Dezembro de 2017. Os resultados globais dos questionários, designadamente as médias aritméticas e frequências relativas das pontuações atribuídas pelos trabalhadores são apresentados a seguir, seguindo a organização do questionário e utilizando as seguintes fórmulas para interpretação de dados:

$$SatisfaçãoGlobalMédia = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (MuitoSatisfeito_i + Satisfeito_i)}{n}$$

$$InsatisfaçãoGlobalMédia = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (MuitoInsatisfeito_i + insatisfeito_i)}{n}$$

Do total de respostas observamos no gráfico seguinte, a distribuição das percentagens de resposta por unidade orgânica, da qual nos deparamos com uma maior representatividade por parte do CSTP e menor representatividade do CSTC.

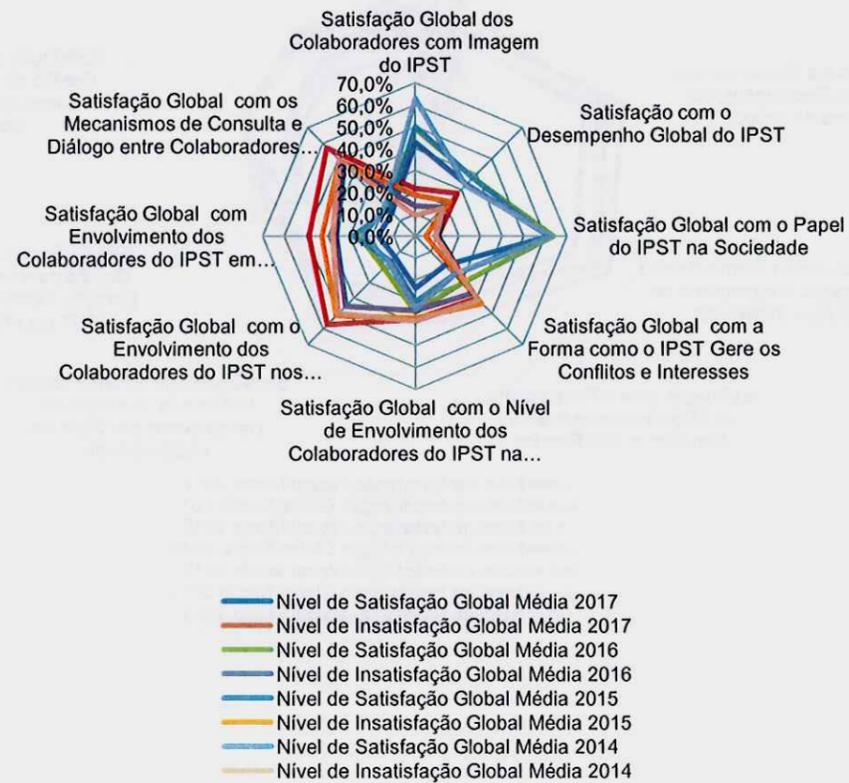
Gráfico 26 - Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica



Fonte: IPST, IP

Quando analisamos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP verificamos que o nível de **satisfação global dos colaboradores** do IPST, IP,IP varia de parâmetro para parâmetro sendo a avaliação em 2017 inferior em todos os parâmetros relativamente aos anos anteriores, como se verifica no gráfico seguinte:

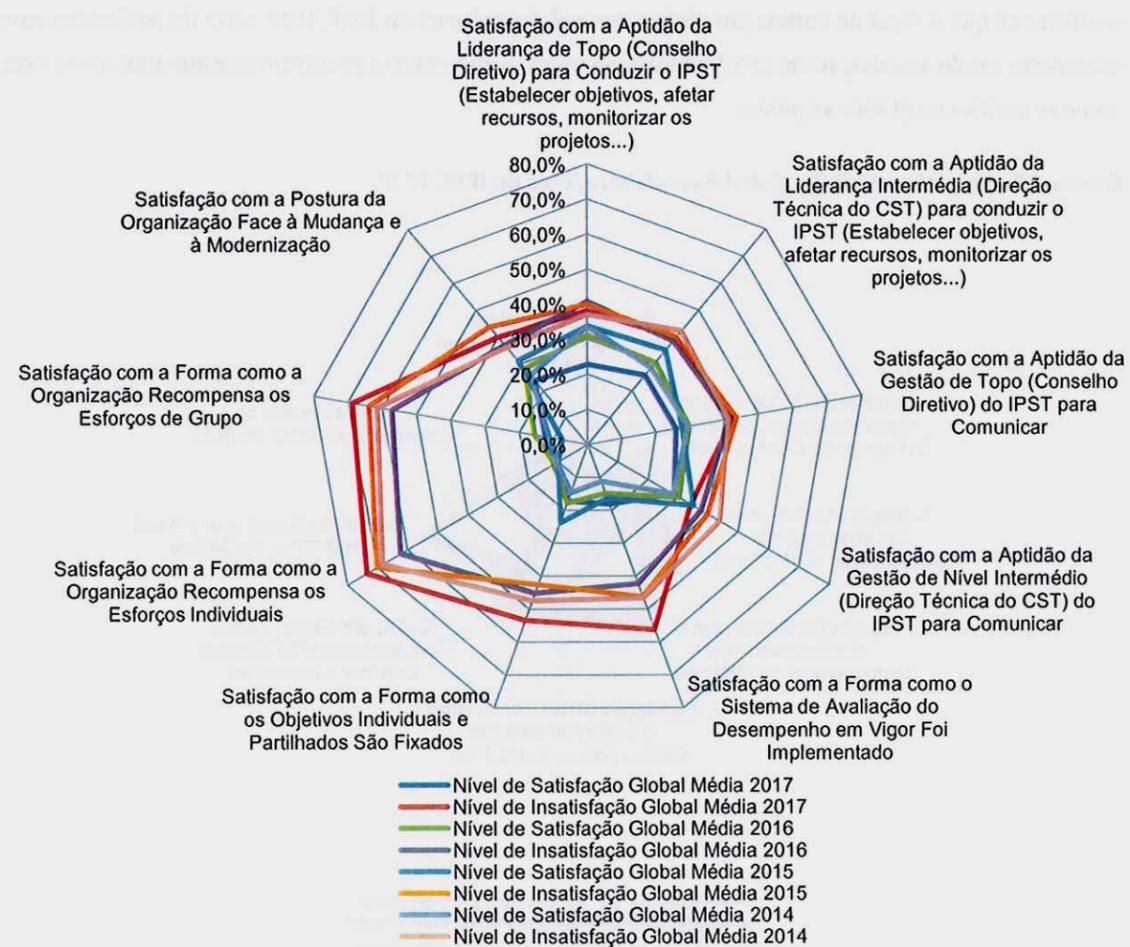
Gráfico 27 - Nível de satisfação global dos colaboradores do IPST, IP,IP



Fonte: IPST, IP

Podemos fazer a mesma leitura ao analisamos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP, verificamos que o nível de **satisfação com a gestão e sistemas de gestão** do IPST, IP,IP varia de parâmetro para parâmetro sendo a avaliação em 2017 inferior em quase todos os parâmetros relativamente ao ano de 2016 (excepto Satisfação com a Forma como o Sistema de Avaliação do Desempenho em Vigor Foi Implementado e com a Forma como a Organização Recompensa os Esforços Individuais), como se verifica no gráfico seguinte:

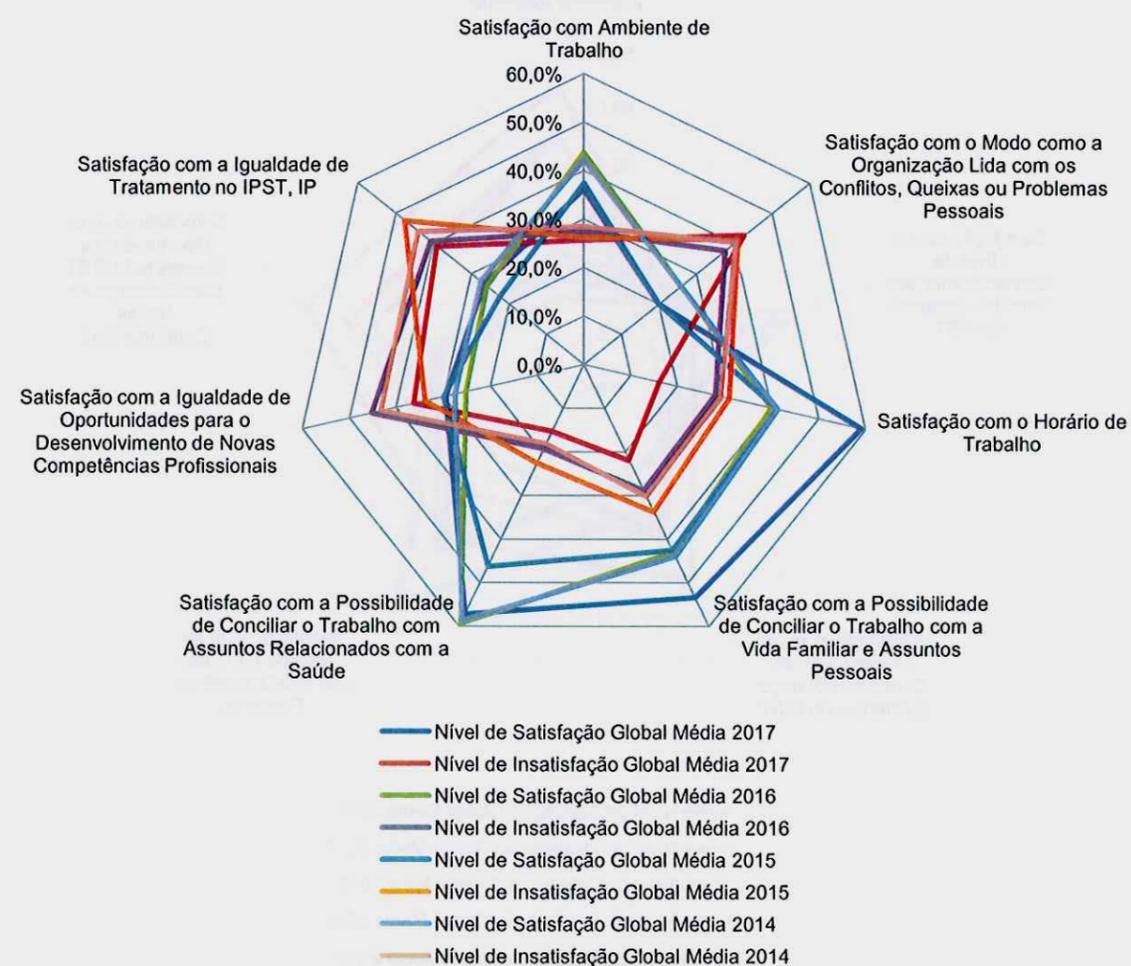
Gráfico 28 - Nível de satisfação com a gestão e sistemas de gestão do IPST, IP



Fonte: IPST, IP

Quando analisamos as respostas no grupo de questões sobre as **condições de trabalho**, verificamos uma maior satisfação global média em relação ao ano anterior relativamente à Satisfação com o Horário de Trabalho Satisfação com a Possibilidade de Conciliar o Trabalho com a Vida Familiar e Assuntos Pessoais, Satisfação com a Igualdade de Oportunidades para o Desenvolvimento de Novas Competências Profissionais, Satisfação com a Igualdade de Tratamento no IPST, IP).

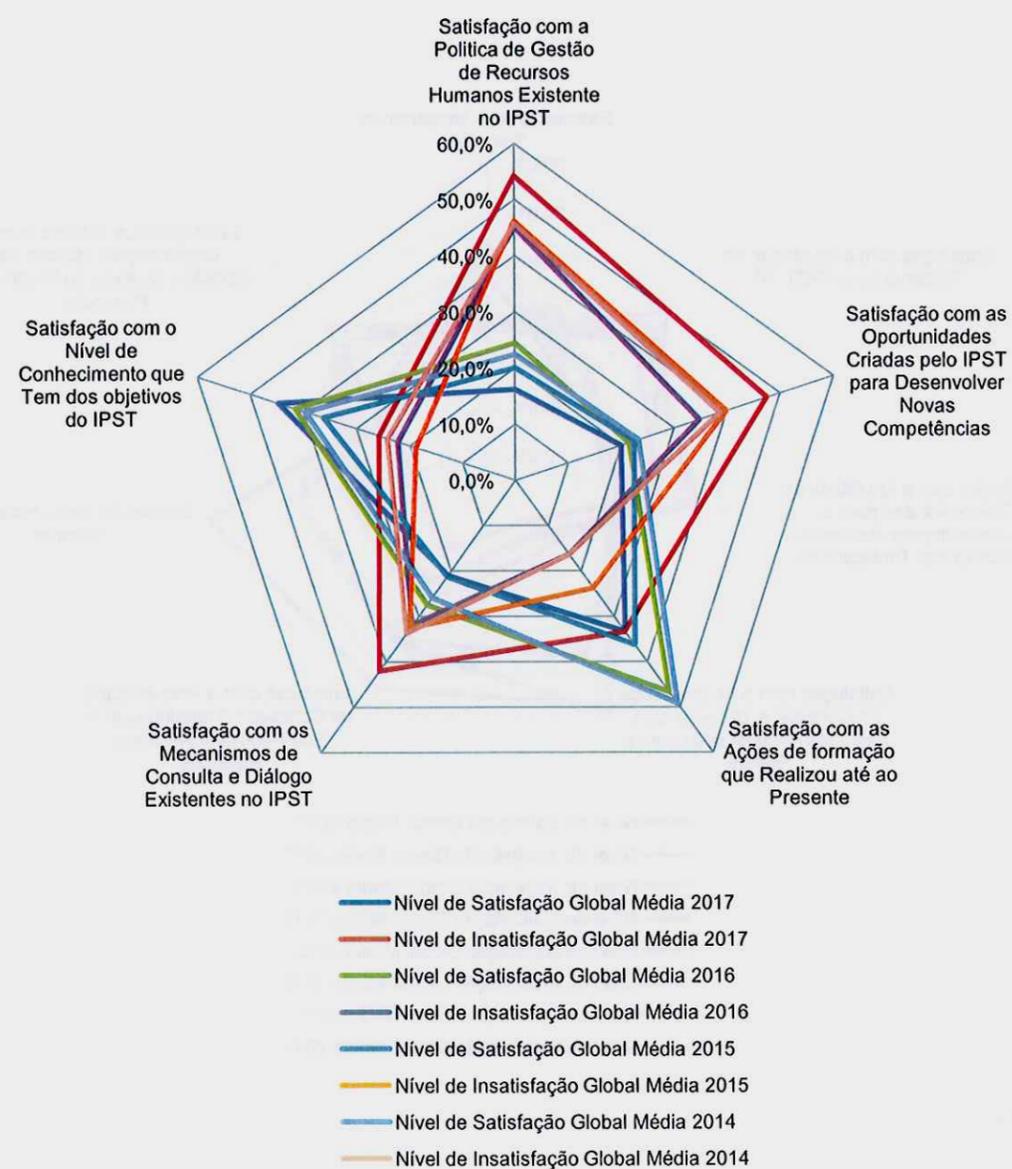
Gráfico 29 - Nível de satisfação com as condições de trabalho



Fonte: IPST, IP

No gráfico seguinte podemos analisar o nível de satisfação com o **desenvolvimento da carreira** no IPST, IP,IP e verificamos que o nível de satisfação varia de parâmetro para parâmetro sendo a avaliação em 2017 inferior em quase todos os parâmetros relativamente ao ano de 2016 excepto relativamente à Satisfação com o Nível de Conhecimento que Tem dos objetivos do IPST, IP

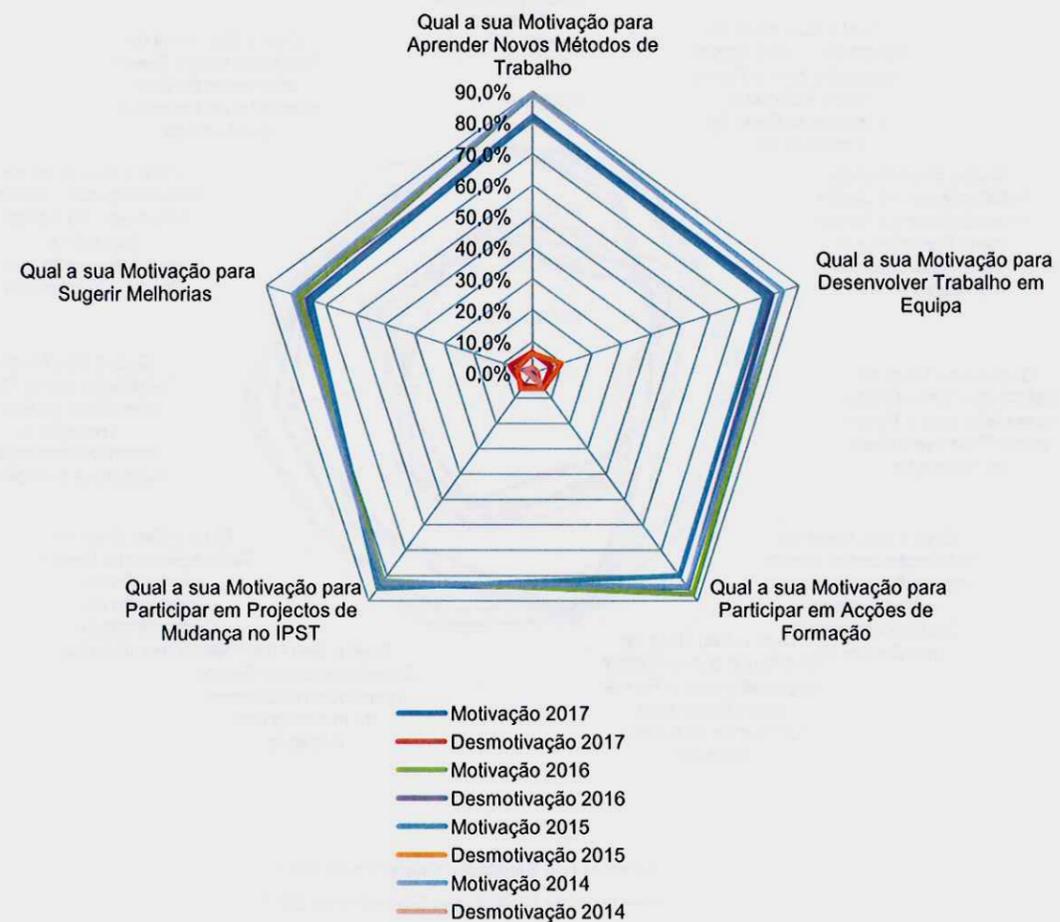
Gráfico 30 - Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST, IP,IP



Fonte: IPST, IP

Quando analisamos os **níveis de motivação**, podemos constatar um elevado nível de motivação em 2017, superior a 80% em todos parâmetros, apesar de se apresentarem inferiores a 2016 excepto na Motivação para Participar em Projectos de Mudança no IPST, IP.

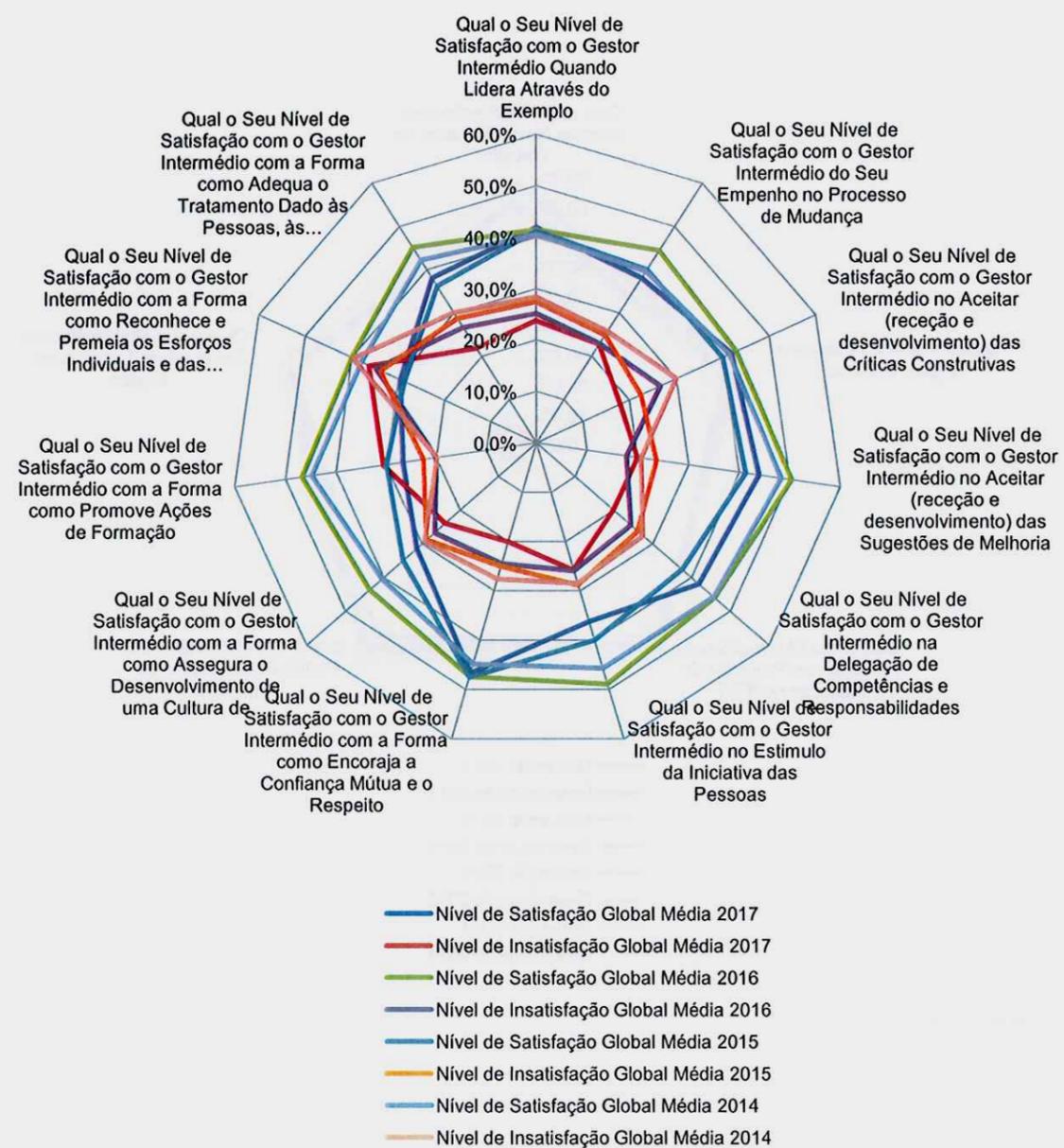
Gráfico 31 - Níveis de motivação



Fonte: IPST, IP

No gráfico seguinte podemos constatar o nível de satisfação global com o estilo de liderança que apresenta uma variação parâmetro a parâmetro sendo a avaliação em 2017 inferior em quase todos os parâmetros relativamente ao ano de 2016.

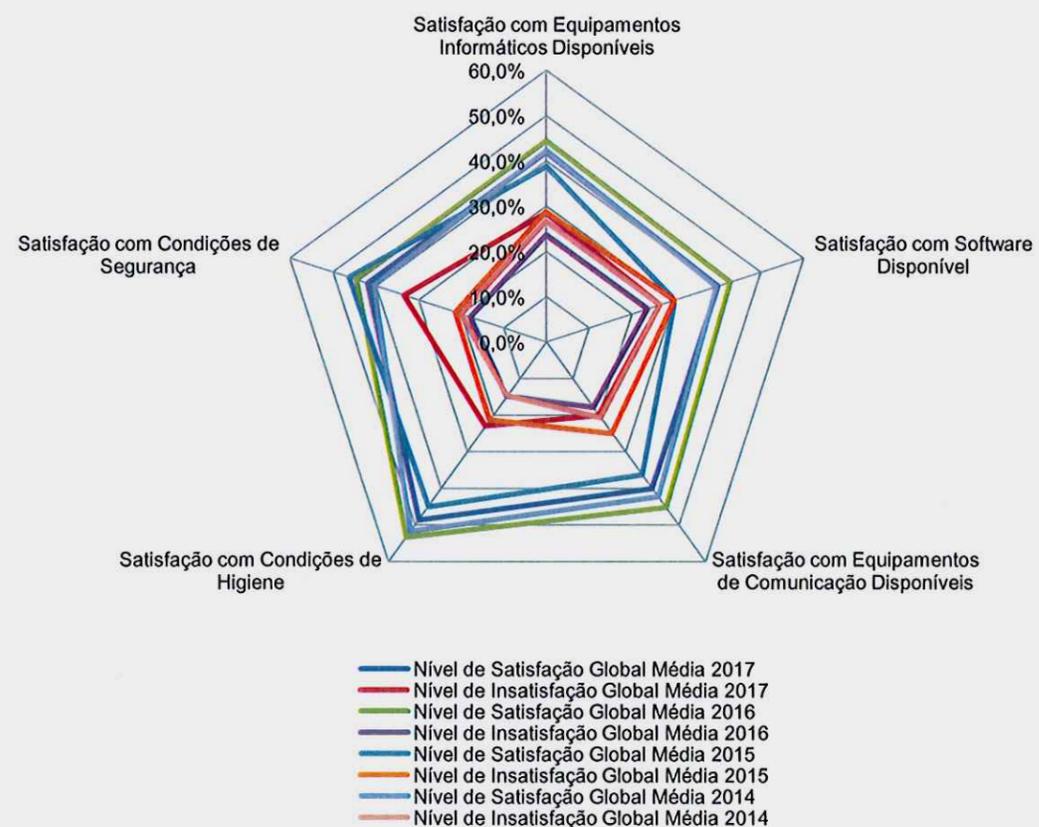
Gráfico 32 - Nível de satisfação global com o estilo de liderança



Fonte: IPST, IP

Por último, ao analisarmos o nível de satisfação com as **condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços**, podemos ver no gráfico seguinte um nível de satisfação global média inferior à obtida nos anos anteriores como se pode verificar nos seguintes parâmetros:

Gráfico 33 - Nível de satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços



Fonte: IPST, IP

10 Apreciação dos Serviços Utilizadores

10.1 Retorno da informação do cliente e partes interessadas

No ano de 2017, 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.

10.2 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 2017 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).

O número total de dadores estudados foi de 1579 dadores com uma distribuição equitativa pelos 3 CST (CSTC 505, CSTL 524, CSTEP 576). Na distribuição por sexo temos 837 mulheres e 742 homens que responderam ao questionário. A média de idades dos inquiridos foi de 38,7 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 aos 27,3 anos (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 é de 8,6 anos (9,6 anos em 2016; 8,7 em 2015; 8,2 em 2014), sendo 53,0 % do sexo feminino e 47,0% do sexo masculino com uma média de 11,7 dádivas de sangue por dador.

Em relação à escolaridade dos inquiridos, 5,4% (7,6% em 2016; 7,6% em 2015; 8,8% em 2014) tem o ensino primário, 18,3% (20,0% em 2016; 18,6% em 2015; 21,1% em 2014) o 9.º ano de escolaridade, 31,9% (30,4% em 2016; 29,9% em 2015; 27,9% em 2014) o 12.º ano de escolaridade, 10,4% (13,8% em 2016; 13,4% em 2015; 13,1% em 2014) têm um curso profissional, 21,3% (18,9% em 2016; 25,9 em 2015; 25,0% em 2014) tem licenciatura ou bacharelato e 6,4 % têm outras habilitações.

Gráfico 34 - Situação profissional dos dadores de sangue



Fonte: IPST, IP

No que diz respeito a situação profissional, 5,0% estão desempregados, 11,5% são estudantes, 2,6% domésticos, 76,7% estão empregados, 2,0% reformados e 2,2% outros.

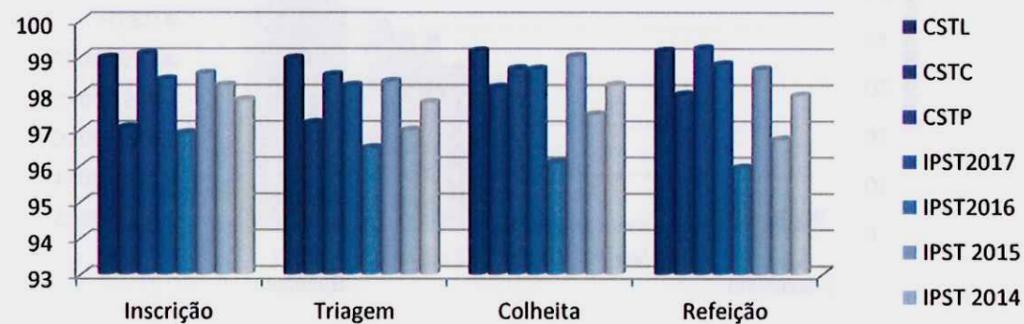
Os índices de satisfação são globalmente elevados. A observação da média censurada a 5% permite concluí-lo afastando casos que se desviaram da média e que terão de ser avaliados nas tabelas de frequências de apreciação dos serviços do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. A diferença entre esta e a média não censurada permite avaliar oportunidades de melhorias nos nossos serviços.

A satisfação global média dos dadores de sangue foi calculada através do modelo de cálculo:

$$Satisfação\ Global\ Média = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (Muito\ Satisfeito, + Satisfeito,)}{n}$$

Podemos constatar no gráfico seguinte 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 elevado sendo superior a 98%, varia entre os 98,2% e os 98,8% (96,0% e os 96,9% em 2016; 98,3% e os 99,0% em 2015; 96,7% e os 98,% em 2014) em todas as áreas da sessão de colheita, sendo superior ao ano anterior (2016), com 98,5% de satisfação global média.

Gráfico 35 - Nível de satisfação global dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição)

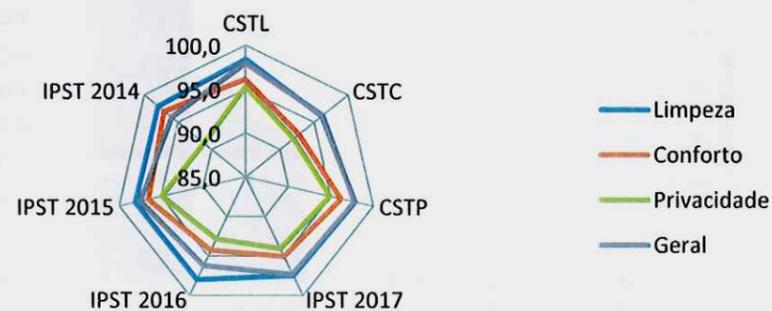


Fonte: IPST, IP

Ao mesmo tempo, constatamos que temos aproximadamente 0,89 por cento de dadores e candidatos a dadores de medula óssea insatisfeitos ou muito insatisfeitos sendo isto transversal a todas estas áreas da sessão de colheita do IPST, IP,IP e em todos os CST.

Na avaliação das instalações dos locais de colheita, os índices são globalmente satisfatórios como se observa no gráfico seguinte.

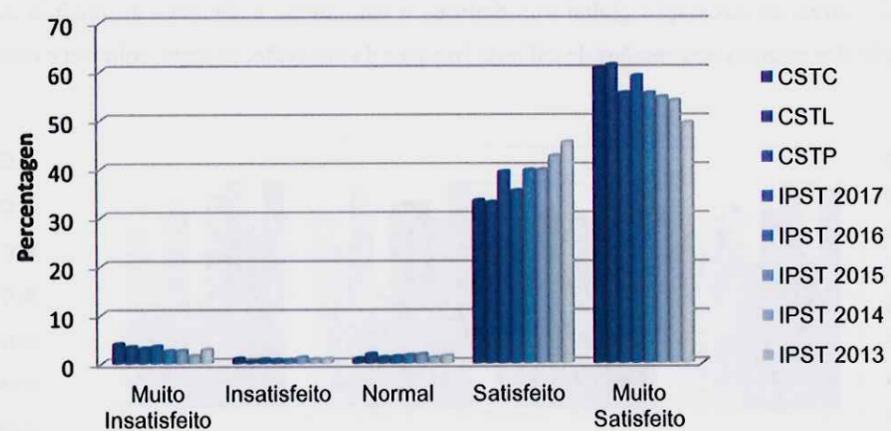
Gráfico 36 - Satisfação global média dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea nas questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral)



Fonte: IPST, IP

Os dados do gráfico anterior mostram-nos um aumento na satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea em todas as questões relacionadas com as instalações (limpeza, conforto, privacidade e no geral) em relação ao ano anterior (2016).

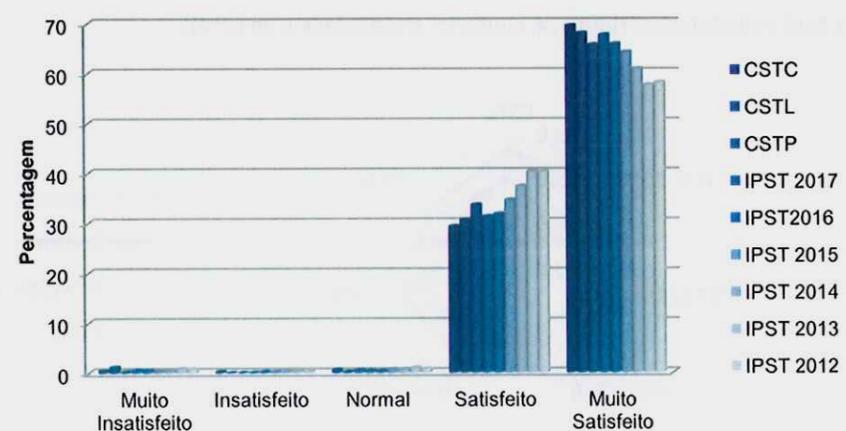
Gráfico 37 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita



Fonte: IPST, IP

Em relação ao horário de funcionamento das sessões de colheita, quando analisamos ao gráfico anterior, podemos constatar que a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea é superior 94,3% apresentando um valor ligeiramente inferior aos dos anos anteriores (2016 - 95,0%; 2015 - 94,2%; 2014 - 96,4%).

Gráfico 38 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP

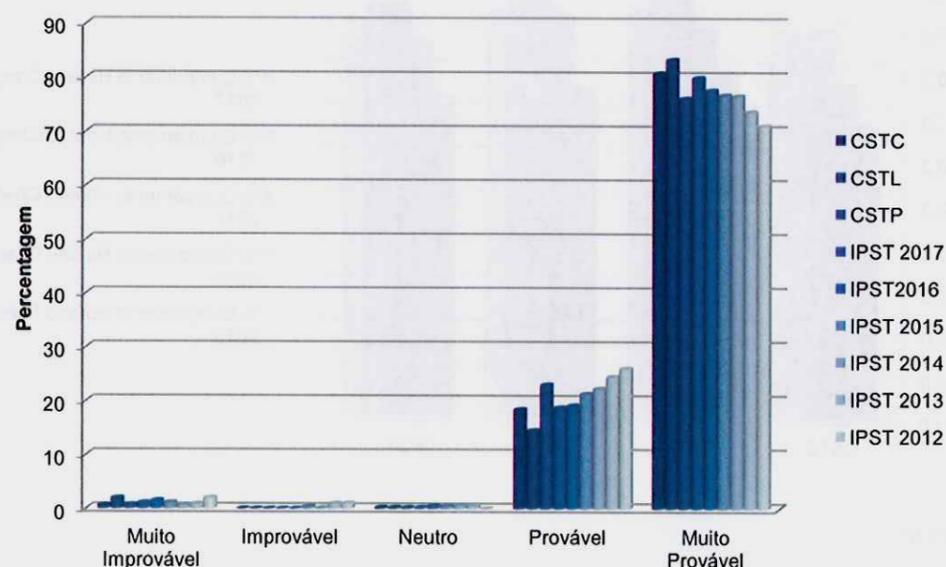


Fonte: IPST, IP

Como se pode verificar no gráfico anterior, a análise dos dados de satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP é superior a 98,9% observando-se uma subida relativamente aos anos anteriores (97,6% em 2016, 98,8 em 2015 e 98,2% em 2014).

Ao analisarmos o gráfico seguinte, com as respostas dos inquiridos sobre a probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP a outras pessoas enquanto Centro de Colheita, verificamos que é provável que 98,7% dos dadores recomendem o IPST, IP para efetuar a dádiva dos quais 79,9% (77,6% em 2016, 76,7% em 2015, 76,6% em 2014) afirmam ser muito provável efetuar essa recomendação. Valores de 2017 superiores em relação ao ano 2016 com 96,8% ($\Delta=1.9\%$).

Gráfico 39 - Probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP



Fonte: IPST, IP

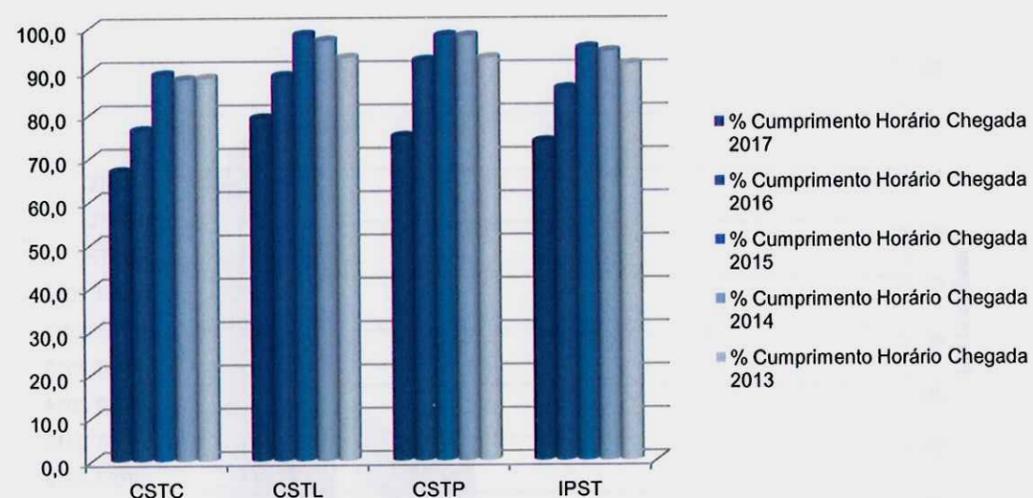
10.3 Avaliação Da Satisfação Dos Promotores Da Sessão De Colheita

No ano de 2017 manteve-se a metodologia que teve início em 2013, única nos três Centros de Sangue e Transplantação para avaliar a satisfação dos promotores de sessões móveis de colheita de sangue. Esta metodologia é comum à área do sangue e transplantação uma vez que as sessões de colheita de sangue total e amostra de sangue para registo de candidatos a dadores de medula óssea são conjuntas e realizadas pela área do sangue.

A metodologia definida para aferir a apreciação dos promotores de sessão de colheita assentou na entrega de um questionário (avaliação por questionário: IMP.82.11) em todas as sessões de colheita ao longo do ano. De referir o carácter voluntário e facultativo deste preenchimento sendo que o mesmo foi facultado em suporte de papel ou mesmo enviado via correio eletrónico quando adequado/solicitado.

Foram analisados 1401 questionários respondidos havendo uma taxa de resposta de 24,6% de um total de 4255 (5073 em 2016) sessões móveis de colheita de sangue e registo de candidatos a dador de medula óssea.

Gráfico 40 - % Cumprimento horário de chegada



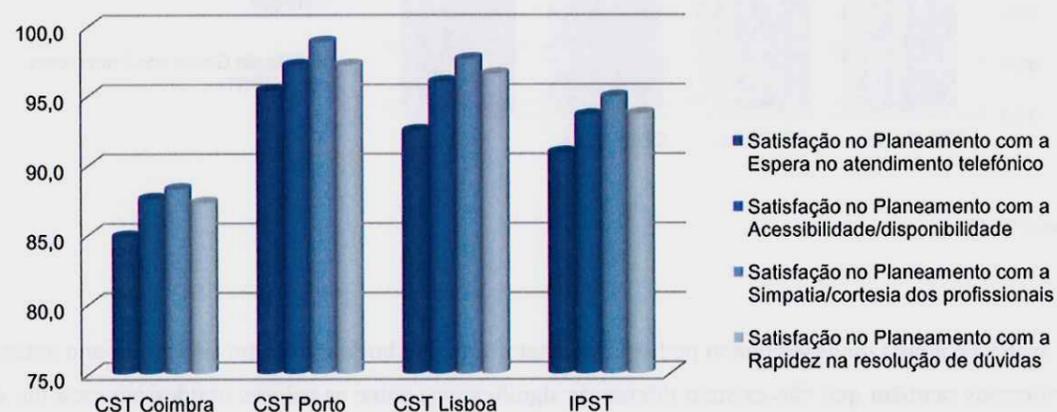
Fonte: IPST, IP

Na avaliação das respostas aos questionários efetuados pelos promotores de sessão de colheita, como se observa no gráfico anterior, quanto ao cumprimento de horários, o IPST, IP apresenta uma média de 73,7% (85,9% em 2016; 95,2% em 2015) em que cumpre os horários previstos de chegada aos locais das sessões móveis de colheita de sangue, sendo que cerca de chegaram depois da hora prevista de chegada 26,3 % (14,1% em 2016 e 4,8% em 2015).

Quanto ao nível de satisfação apurada em relação ao planeamento das sessões móveis de colheita, os índices de satisfação dos promotores são globalmente elevados. A observação da média permite concluir que mais de 85% estão satisfeitos ou muito satisfeitos em todos em todos os parâmetros em avaliação para o CST, o IPST, IP apresenta uma satisfação global de 94% (mantido em relação a 2016) como se pode verificar no gráfico seguinte.

A análise individual de cada índice em avaliação mostra-nos que o índice que foi menos conseguido embora elevado para os 3 centros reporta-se ao atendimento telefónico 91% (89% em 2016 e 90,5% em 2015) como se pode verificar no gráfico seguinte. Assistimos a uma diminuição na satisfação global média em relação com a acessibilidade e disponibilidades dos profissionais na área do planeamento das SC com 94% (97,5% em 2016 e 96,4% em 2015). Assim como da satisfação em relação com a Simpatia/Cortesia com 95% (98,1% em 2016 97,1% em 2015) e com a rapidez na resolução de dúvidas com 94% (96,6% em 2016 e 96,2% em 2015).

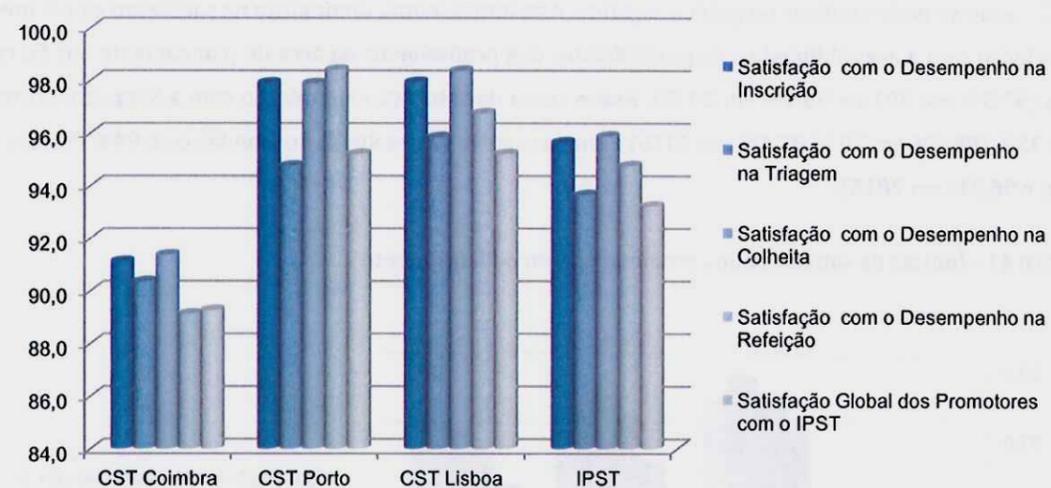
Gráfico 41 - Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento



Fonte: IPST, IP

Da análise da avaliação da satisfação com o desempenho dos profissionais do IPST, IP verificamos uma satisfação globalmente elevada, se comparamos os três Centros de Sangue e Transplantação entre si em relação ao nível de satisfação quanto ao desempenho dos profissionais nas sessões de colheita, os índices de satisfação são globalmente elevados, 95% em todos os itens em avaliação (96% em 2016 e 95% em 2015).

Gráfico 42 - Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST, IP



Fonte: IPST, IP

Na avaliação global do desempenho podemos constatar uma melhoria global em relação ao ano anterior, verificamos também que não existem diferenças significativas entre os valores obtidos em cada um dos CST com uma avaliação em todos os itens superior 94,6% (94,8% em 2016 e 93,4% em 2015), como se pode verificar no gráfico anterior.

Quando analisamos o desempenho de cada um dos itens verificamos uma ligeira diminuição: a satisfação com o desempenho na inscrição apresenta-se com 95,7% (97,8% em 2016 e 98,5% em 2015), a avaliação satisfação com a triagem foi de 93,7% (95,7% em 2016 e 96,2% em 2015), a satisfação com o desempenho na área da colheita foi de 95,9% (97,8% em 2016 e 97,8% em 2015) e na refeição de 94,8% (97,0% em 2016 e 97,0% em 2015), como se pode ver no gráfico anterior. De acordo com os comentários/sugestões dadas podemos concluir que este desempenho foi afetado principalmente pelos tempos de espera e pela qualidade da alimentação.

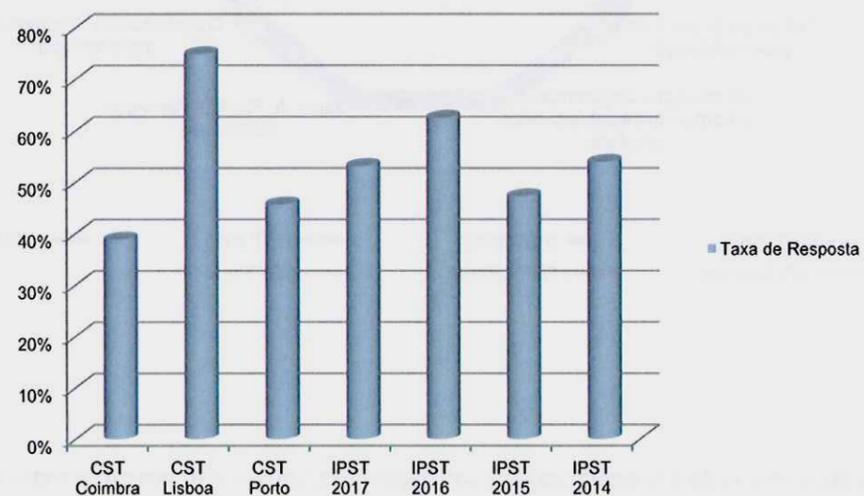
10.4 Satisfação Clientes externos (Não Dadores)

Em 2017 foi mantida a mesma metodologia, comum à área do sangue e transplantação, na avaliação da satisfação de clientes externos iniciada em 2012, com envio de um questionário "online".

10.4.1 Satisfação Clientes externos (Não Dadores) na Área do Sangue

Avaliação da satisfação de clientes externos de componentes sanguíneos e relatórios de resultados de análises. Foram enviados 117 questionários em janeiro de 2018, obtendo-se uma taxa de resposta de 53% (63% em 2016 e 47% em 2015).

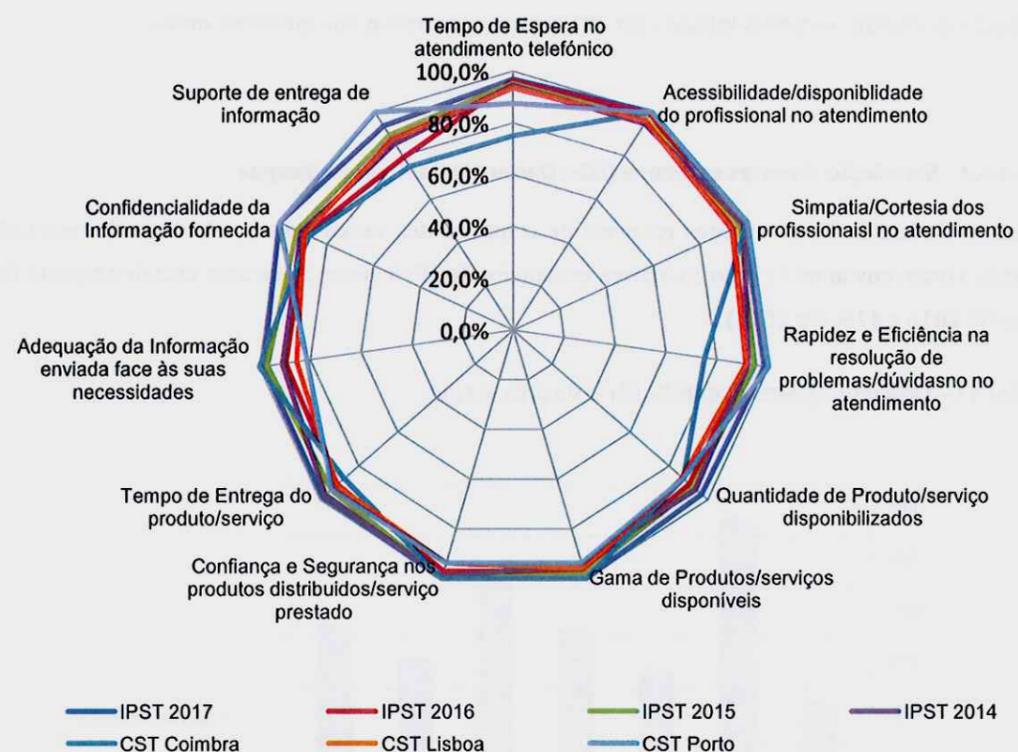
Gráfico 43 - Taxa de resposta ao questionário da área sangue



Fonte: IPST, IP

Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos como se verifica no gráfico seguinte, verificamos que esta é globalmente elevada com 98,3% (92,2% em 2016 e 95,2% em 2015) como se pode verificar no gráfico seguinte, em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 44 - Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue



Fonte: IPST, IP

Podemos verificar uma melhoria significativa da satisfação dos clientes relativamente a todos os pontos:

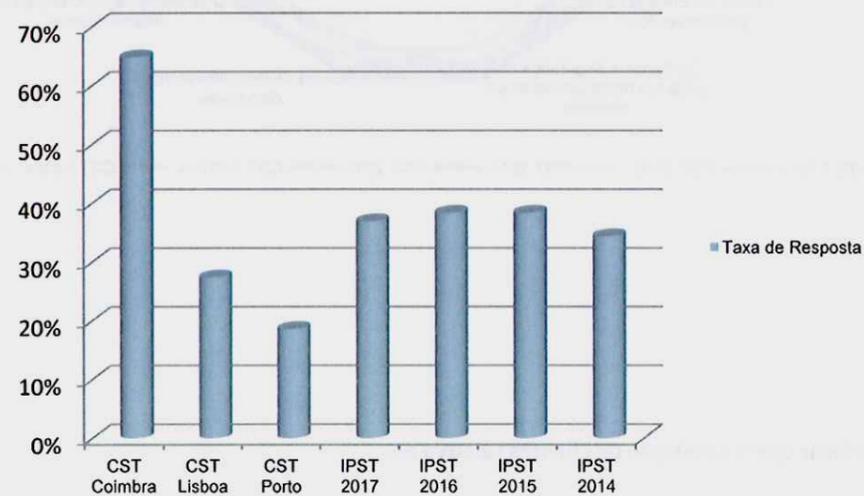
- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 96,8% (96,2% em 2016 e 95,4% em 2015);
- À acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 100% (99,4% em 2016 e 96,7% em 2015);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 98,5% (94,3% em 2016 e 96,7% em 2015);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 98,4% (91,9% em 2016 e 94,7% em 2015);
- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 96,7% (90,7% em 2016 e 92,7% em 2015)
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 100% (97,0% em 2016 e 98,0% em 2015);
- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 100% (96,8% em 2016 e 100% em 2015);

- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 98% (90,1% em 2016 e 94,1% em 2015)
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 98,3% (89,3% em 2016 e 96,7% em 2015);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 100% (88,7% em 2016 e 92,7% em 2015);
- No suporte de entrega de informação foi de 93,8% (79,3% em 2016 e 89,4% em 2015).

10.4.2 Satisfação Clientes Externos (Não Dadores) na Área da Transplantação

Avaliação da satisfação de clientes externos na área da transplantação: de relatórios de resultados analíticos, de centros de hemodiálise, de clínicos, de serviço/unidade de aplicação de tecidos, de unidades de CEPH e gabinetes de coordenação de colheita. Foram enviados 153 questionários em janeiro de 2018 obtendo-se uma taxa de resposta de 37% (38,4% em 2016 e 44,5% em 2015).

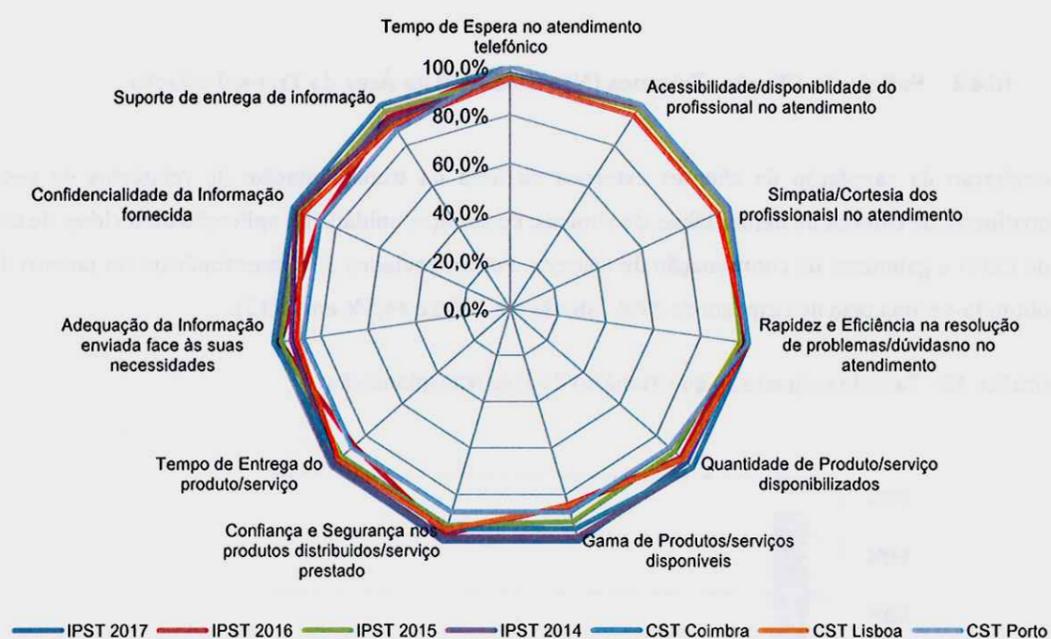
Gráfico 45 - Taxa de resposta ao questionário da área transplantação



Fonte: IPST, IP

Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos, podemos verificar no gráfico seguinte que esta é globalmente elevada e de 98,3% (94,3% em 2016 e 95,2% em 2015), em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 46 - Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação



Fonte: IPST, IP

Podemos verificar que a satisfação de clientes relativo ao:

- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 96,8% (100% em 2016 e 96,4% em 2015);
- À acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 100% (100% em 2016 e 98,1% em 2015);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 98,5% (100% em 2016 e 98,1% em 2015);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 98,4% (97,0% em 2016 e 96,7% em 2015);
- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 96,7% (93,9% em 2016 e 90,0% em 2015);
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 100% (84,5% em 2016 e 91,6% em 2015);

- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 100% (97,0% em 2016 e 93,3% em 2015);
- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 98,4 % (86,1% em 2016 e 93,3% em 2015);
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 98,3% (97,0% em 2016 e 96,7% em 2015);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 100% (87,5% em 2016 e 96,7% em 2015);
- No suporte de entrega de informação foi de 93,8% (93,9% em 2016 e 96,7% em 2015).

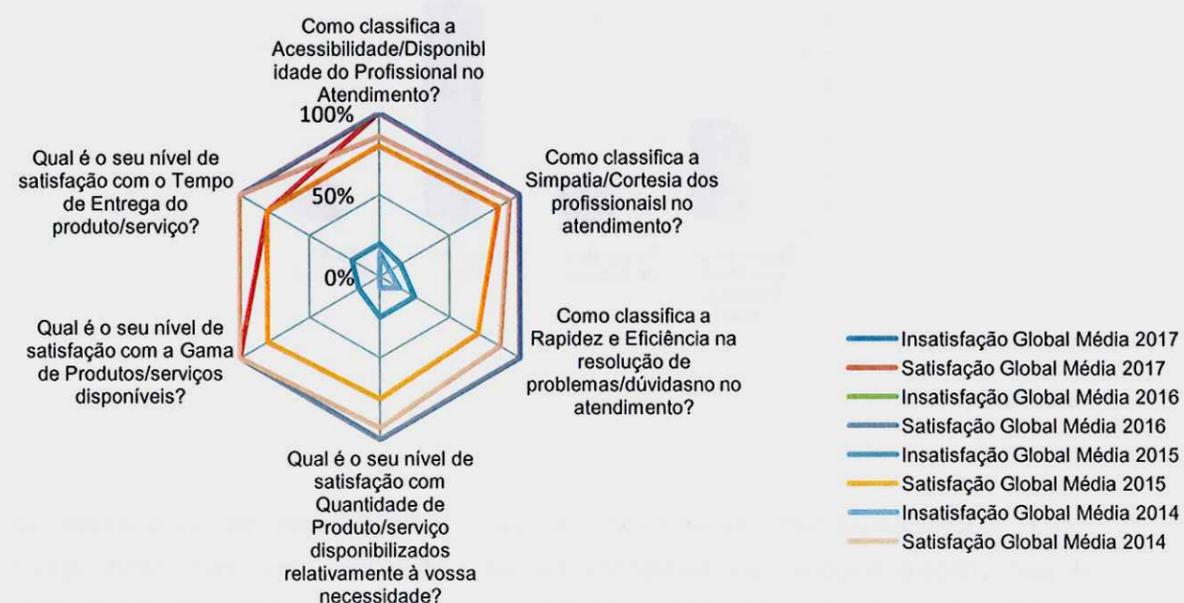
Dos itens menos valorizados pelo cliente prendem-se especialmente com gama de produtos/serviços disponíveis, com o suporte de entrega de informação, quantidade de produto/serviço disponibilizados e tempo de espera no atendimento telefónico sendo, no entanto, o nível de satisfação superior a 93%.

10.4.3 Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE

Também para os clientes internacionais do CEDACE foi mantida a metodologia de avaliação da satisfação iniciada em 2014, com envio de um questionário “online” em língua inglesa, com as adaptações necessárias. O questionário foi enviado em janeiro de 2018, via correio eletrónico para os 39 clientes internacionais que estabeleceram contacto com o CEDACE dos quais responderam 10, perfazendo uma taxa de resposta ao questionário de 25,6% (20% em 2016 e 40% em 2015).

Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes internacionais verifica-se que esta é globalmente elevada, sendo a média dos parâmetros 97%.

Gráfico 47 - Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE



Fonte: IPST, IP

Podemos verificar que a satisfação de clientes internacionais relativo à:

- Acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento, é de 100% (100% em 2016 e 80,0% em 2015).
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 100% (100% em 2016 e 85,0% em 2015).
- Rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento é de 100% (100% em 2016 e 70,0% em 2015).
- Quantidade de produto/serviço disponibilizados relativamente à necessidade do cliente é de 100% (100% em 2016 e 100,0% em 2015).
- Gama de produtos/serviços disponíveis é de 100% (100% em 2016 e 100% em 2015).
- Ao tempo de entrega do produto/serviço é de 80% (100% em 2016 e 80% em 2015).

10.5 Reclamações

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 73 reclamações (56 em 2016, 48 em 2015) 12 reclamações por parte dos clientes externos (clientes de componentes sanguíneos) 61 reclamações por parte de dadores de sangue no gráfico seguinte podemos observar a classificação das reclamações por parte dos clientes de componentes sanguíneos.

Gráfico 48 - Classificação das reclamações I

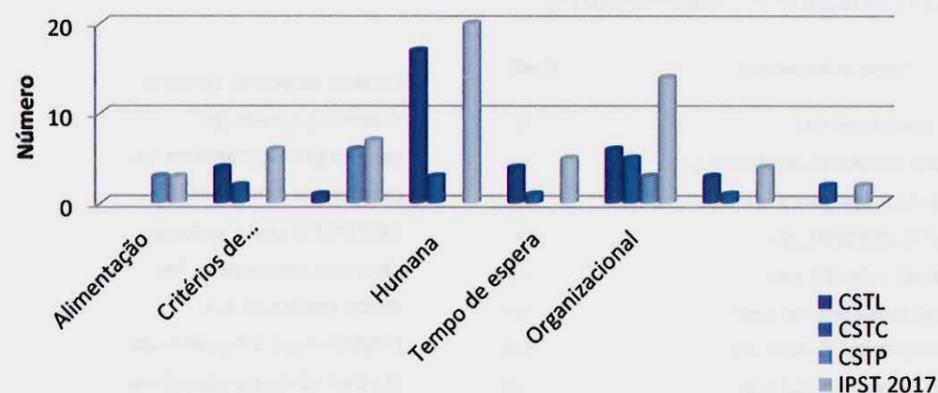


Fonte: IPST, IP

Das 12 reclamações por parte de clientes externos na área do sangue, verificamos que 6 são por suspeita de discrepância de fenótipo, 3 por discrepâncias com causa informática, 1 por erro de identificação, 1 por temperatura de transporte não conforme. Verifica-se que a causa com maior representatividade é o número de devoluções em 2017 por suspeita de discrepância de fenótipo. Todas as reclamações foram

objeto de análise de causas, correção e implementadas medidas corretivas, pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

Gráfico 49 - 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.

10.6 Avaliação / Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização

Objetivo para 2017: Fornecedor qualificado terá de ter um valor igual ou superior a 75%.

Discussão: Objetivo para 2017: Fornecedor qualificado terá de ter um valor igual ou superior a 75%.

Discussão: Em 2017 foi mantida metodologia de avaliação de fornecedores, a qualificação de fornecedores é efetuada através da aplicação de gestão das compras "Glintt", (prazo entrega, prazo validade, quantidade

e embalagem) todos os fornecedores de produtos e serviços obtiveram qualificação de acordo com o objetivo de 2017. Todos os parâmetros são avaliados equitativamente (25%). O fornecedor para ser qualificado apenas pode falhar um dos parâmetros.

Tabela 5 - Avaliação de fornecedores (2017)

Nome do Fornecedor	Qualif.		
		CAMARA MUNICIPAL COIMBRA	100
ABBOTT Laboratórios, Lda.	75	Cannon Hygiene Portugal	100
ADVANCED PRODUCTS PORTUGAL, Ld	100	CASA BASTÃO-ALFAIATARIA, Lda.	100
AEMITEQ-Associação para a Inov	100	CENTRAL DE BANDEIRAS, Lda.	100
AIR LIQUIDE MEDICINAL, SA	75	CERTIFILTRA-Manut. Ar Condicio	100
ALBINO DIAS ANDRADE, Lda.	100	CERTILAB-Serviços Assist. Téc.	100
ALFAGENE-Novas Tecn. das Cienc	100	CISION PORTUGAL, S.A.	100
ALTRONIX-SIST. ELECTRON. LDA	100	CITOMED-Equip. e Reagentes Lab	100
AMBIMED-Gestão Ambiental, Lda.	100	CLIMÁBITUS-Manutenção e Climat	100
ANTALIS Portugal, S.A.	100	Clinifar	100
ANTICIMEX-Soc. Desinfecção e D	100	COMERCIAL RAFER, S.L. (SUCURSA	75
ANTONIO TRINDADE-Engenheiro El	100	CONCESSUS-Soc. Apetrechamento	100
APCER	100	CONDEIXAGAS, LDA.	100
APDIS	100	COPIDATA, S.A.	100
APH, Artigos de Provisionament	100	COPYMONDEGO-Equipamento de Esc	100
APQ-Associação Portuguesa para	100	Cristiana Alexandra Ferreira M	100
ARS Plus-António Revez da Silv	100	CTEL	100
ARTUR JORGE LAGINHA PARAISO	100	D&D-Desentupimentos e Desinf.,	100
AUTO-SUECO, Lda.	100	DESMIWATER PORTUGAL-Soc. Trat.	100
B. BRAUN Medical, La	100	DIAGNOSTICA LONGWOOD, SL - Suc	100
B2S-Sistemas de Informação, Ld	100	DIAMANTINO RUI DA SILVA CABANA	100
BACELAR EQUIPAMENTOS MEDICOS	100	DOUBLET PORTUGAL, Lda.	100
BARRAQUEIRO TRANSPORTES, S.A.	100	EDEN SPRINGS PORTUGAL, S.A.	100
BASEDOIS INFORMATICA E TELEC	100	EDNI-Empresa Distribuidora Mat	100
Bastos Viegas, S.A.	100	EDP Comercial	100
BD - Becton Dickinson, S.A.	75	EIA-Eletrónica Industrial de A	100
BECKMAN COULTER PORTUGAL, Unip	100	ELECTRO-ALEGRE, Lda.	100
BELTRÃO COELHO-Sistemas de Esc	100	ELECTRO-REFRIGERAÇÃO VALENTIM,	100
BIOEXPRESS-Atividades Postais	100	EMBALCER-Equip. e Materiais de	100
Biognóstica	100	EMILIO DE AZEVEDO CAMPOS, S.A.	75
Biomérieux Portugal Ida	75	ENKROTT-Gestão e Tratamento de	100
BIOPORTUGAL-Quimico, Farmaceut	100	ENTRADA PRINCIPAL-Construções,	100
BIO-RAD LABORATORIES, Lda.	100	ENZIFARMA-Diagnóstica e Farmac	75
BIOTECNÓMICA, UNIPessoal, LDA	100	ESPECTRO, LDA.	100
BMVIV, Lda	100	EUREST (PORTUGAL)-Sociedade Eu	100
BURÓTICA-Soc. de Estudos e Equ	100	EUROTUX Informática, SA	100

APRECIÇÃO DOS SERVIÇOS UTILIZADORES

EXTINTEL-Segurança Contra Incê	100	KAISER + KRAFT	100
EZEQUIEL PANÃO JORGE, Lda.	100	KAMEDICAL, Lda.	100
F3M-Information Systems, S.A.	100	KONE PORTUGAL Elevadores, Lda.	100
FARCOL- Proteção industrial, L	100	KONICA MINOLTA PORTUGAL, Unipe	100
FCT-Fundação para a Ciência e	100	LABESFAL, Laboratórios Almiro,	100
Filipa Alexandra Martins Rodri	100	LABOCONTROLE-Equip. Cientif. e	100
FISHER SCIENTIFIC, Unipessoal,	100	LACTOGAL-PROD.ALIMENTARES	100
Florel - Instalações Eléctrica	100	LEASE PLAN PORTUGAL-Comércio e	100
FRESENIUS KABI PHARMA Portugal	100	LEICA MICROSISTEMAS-Inst. de P	100
FRILABO	100	LEMIS-SOC.IND.MOV.ESTR.LDA	100
FRILABO II, LDA.	100	Leonor Simões Henriques Gil	100
GALP POWER, S.A.	100	LEXMARK-INTERN.PORTUGAL,LDA	100
GALP-Petroleos de Portugal, S.	100	LIFE TECHNOLOGIES EUROPE B.V.	100
GARAL-Gabinete Técnico Comerci	100	LINDE SOGÁS, Lda.	100
Glintt HS Portugal	100	LUIS CARVALHO NEVES & ASSOCIAD	100
GLOBAL 2 - Segurança Total, Ld	100	LUSOPALEX, LDA	100
GLOBLEC-Com. Mat. Eléctricos,	100	Manuel Rui Azinhais Nabeiro (D	100
GRIFOLS PORTUGAL-Produtos Farm	100	MANUTAN, Unipessoal, Lda	100
GRUPO TAPER-Equip. de Precisão	100	MARIA OLIVIA MIRANDA DA FONSEC	100
GTInformática	100	MEDICALCONSULT, Sociedade Unip	100
GUNNEBO PORTUGAL, S.A.	100	MEDICINÁLIA-CORMÉDICA, Lda.	100
HANNA INSTRUMENTS (PORTUGAL),	100	MEO-SERVIÇOS DE COMUNICAÇÕES E	100
HEMOVISION, Lda	100	MERCEDES-BENZ PORTUGAL	100
HORIBA ABX SAS - SUCURSAL PORT	100	METEORO-Sociedade Técnica Meta	100
I.L.C.-Inst. de Laboratório e	100	MICROSEGUR - SIST.SEGURANCA,LD	100
IBERLAB & IMUNOREAGE-Soluções	100	Montisantos, Lda	100
IBEROBUS-Transp. Passag. Autoc	100	MUNDISAN-Papeis e Produtos de	100
IMMUCOR Portugal-Diagnósticos	75	N VENDING LDA	100
Imprensa Nacional Casa da Moed	100	NORMAX-Fab. Vidros Científicos	100
INFOCONTROL-Electrónica e Auto	100	OCTAPHARMA-Produtos Farmaceuti	100
INTERFACE-Equipamento e Técnic	100	OHMTÉCNICA-Representação de Ma	100
INTERLIMPE-Facility Services,	100	OLMAR-Artigos de Papelaria, Ld	100
IPQ-Instituto Português da Qua	100	ONITELECOM-Infocomunicações, S	100
IRMAOS MOTA & CA.,LDA	100	OVERPHARMA-Produtos Médicos e	100
ISQ - Instituto de Soldadura e	100	OXVITAL, Lda.	100
IVECO PORTUGAL	100	Paul Hartmann, Lda	75
Javali, Lda	100	PINTO & CRUZ-Elevadores e Inst	100
JET COOLER (FONTE VIVA), S.A.	100	PINTO & CRUZ-Instalações e Man	100
JOAQUIM A. COSTA & FILHOS, LDA	100	PINTO & CRUZ-Motores e Equipam	100
Johnson & Johnson, Ld ^a	75	POLIMONTA, Lda.	100
Jorge Soares Etiquetas	100	Prestibel	100
JORNAL A BOLA	100	PROCLINICA-Equip. e Produtos C	100
JORNAL PUBLICO-COMUN.SOCIAL	100	PT ACS-Associação de Cuidados	100
JOVEFIJAR-Sociedade de Jardina	100	QUADRICARD, Lda.	100

APRECIÇÃO DOS SERVIÇOS UTILIZADORES

Quidgest	100	VODAFONE PORTUGAL-Comunicações	100
QUILABAN-Química Laboratorial	75	VWR International-Material de	75
RANGEL EXPRESSO, S.A.	100	WERFEN PORTUGAL, Lda.	75
Reagente 5 - Química e Electrô	100	WORLD COURIER DE PORTUGAL, LDA	100
REINALDO FERNANDES HIGINO, Uni	100	WORTEN-EQUIPAMENTOS PARA O LAR	100
Relacre	100	ZM Way, Lda	100
RELVASOL-Construção e Manuteng	100		
RENAULT RETAIL GROUP PORTUGAL,	100		
REXEL-Distribuição Material EI	100		
RICO JARDIM, Unipessoal, Lda.	100		
ROCHE - Sistemas de Diagnóstic	100		
RODOVIÁRIA DA BEIRA LITORAL, S	100		
SAFEBOX - GESTÃO CUSTODIA ARQU	100		
SAFETY ÁGUEDA-Materiais de Inc	100		
SARAGOÇA DA MATTA & SILVEIRO D	100		
SARSTEDT-Tecnologia de Laborat	100		
SCHMITT-Elevadores, Lda.	100		
SCHNEIDER ELECTRIC PORTUGAL, L	100		
Seabra Service Unipessoal, Lda*	100		
SERVISAN-PROD.HIGIENE SARL	100		
SIEMENS HEALTHCARE DIAGNOSTICS	100		
SIGMA ALDRICH QUIMICA S.L. (SU	75		
SINASE-REC.HUM.EST.E DES.EMPR.	100		
SINTIMEX-Soc. Int. Import. e E	100		
SKYROS II - CONGRESSOS, Lda	100		
SLATEGREY-Instrumentos de Cont	100		
SOC. PORTUENSE DE DROGAS, S.A.	100		
SOVECO-SOC.VEICULOS COMERCIA	100		
STANLEY SECURITY PORTUGAL, Uni	100		
STEMCELL TECHNOLOGIES, SARL	100		
STERYL-SER, Unipessoal, Lda.	75		
STET-Sociedade Técnica de Equi	100		
SUCH-Serviço de Utilização Com	100		
SUPPLYLAB, LDA	100		
TERMOPOR-Indústrias Térmicas d	100		
TOYOTA CAETANO PORTUGAL, S.A.	100		
TRADELABOR-Importação e Export	100		
TRIAMBIENTE-Serviços Ambientai	100		
UCLA - Immunogenetics Center	100		
V. REIS, Lda.	100		
VACUETTE PORTUGAL, S.A.	75		
VELINDRE NHS TRUST GENERAL-VEL	100		
VEOLIA PORTUGAL, S.A.	100		
VIDROLAB 2-Equip., Mat. Lab. A	100		

Quadro resumo:

Retorno de informação de partes interessadas relevantes:

Partes interessadas	Retorno		
	Tipo	Avaliação	Satisfação da relação
Clientes*	Nível de satisfação	97,1 %	Sim
Direção-Geral da Saúde	Autorização para prestação de serviços e produtos nas áreas	Autorizado até 25/04/2018 e certificado até 28/05/2018	Sim
Ministério da Saúde	Revisão e aprovação do relatório de atividades e plano de atividades	Homologação do relatório em 11/08/2017 e do plano em 4/7/2017 (disponíveis on-line em http://IPST.IP.pt)	Sim
Ministério das Finanças	Orçamento	Execução autorizada	Sim
Fornecedores	Nível de satisfação	98,1 %	Sim
Fornecedor de certificação ISO 9001	Realização de auditoria anual	Sim	Sim
Fornecedor de acreditação EFI	Realização de auditoria anual presencial ou não presencial	Sim	Sim
Parceiros internacionais (European Blood Alliance, etc.)	Participação em projetos internacionais	Sim	Sim
Colaboradores do IPST, IP	Nível de satisfação	37,3 %	Sim
Estruturas internas do IPST, IP	Sucesso dos objetivos planeados	109,3 %	Sim

* Inclui entidades do SNS e entidades privadas com ação na área do sangue e medicina transfusional.

Fonte: IPST, IP

11 Avaliação do Sistema de Controlo Interno

O IPST, IP tem implementada uma abordagem por processos de acordo com a ISO 9001:2008 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.

11.1 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 MQ.1.1. “Manual da Qualidade”, estando os circuitos dos documentos definidos de forma a evitar redundâncias no MS.42.1. “Controlo Documental e de Registos”. O PO.51.2 - Plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas foi aprovado em Outubro de 2014, sendo executado e monitorizado.

O Conselho Diretivo definiu um conjunto de ações de melhoria a implementar:

- a) Aumentar o número de auditores internos no âmbito da ISO 9001 em 2017;
- b) O planeamento das atividades anuais resultar do desdobramento de resultados e a monitorização, da agregação de resultados. Tal pode ser verificado relatórios de gestão. O Conselho Diretivo conhece o

desempenho das Unidades Orgânicas com base no preenchimento dos ficheiros de acompanhamento, disponibilizados para o efeito;

- d) Dar continuidade ao sistema de monitorização através de “dashboards” e relatórios periódicos;
- e) A melhoria, nomeadamente, através da integração das TIC e da implementação de um Sistema de Apoio à Decisão para facilitar a adaptação das decisões em função dos desvios verificados;
- f) Incrementar o programa de “benchmarking”;
- g) Utilização de um ciclo de gestão anual e plurianual que relacione planeamento e operações.

11.2 Avaliação do Sistema de Controlo Interno (SCI)

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.

11.2.1 Controlo através das auditorias internas

A conformidade do SGQ é verificada internamente através da realização de auditorias independentes, onde as equipas auditoras não são constituídas por auditores do Centro a auditar. 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 2016, tendo sido cumprido o programa. Em 2017 o IPST, IP tinha sete auditores ativos no âmbito da ISO 9001, um auditor no âmbito da ISO/IEC 17025 e ISO 15189 e um auditor de controlo interno da administração pública. Foram ainda propostos 6 auditores para o CSTP, 6 no CSTC, 8 no CSTL e 2 SC que se encontram em treino para aumentar a bolsa de auditores internos.

11.2.2 Controlo através das auditorias externas

O IPST, IP foi objeto de auditoria pela APCER relativamente para a manutenção do ciclo trianual da abordagem por processos. 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 urgência; 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 16, 26 e 27 de junho de 2017 pela APCER, referenciada internamente como 2017/6, sumariza-a: “O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP), tem implementado um sistema de gestão da qualidade (SGQ) que cumpre, na generalidade os requisitos da norma de referência e legais aplicáveis.

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.

11.2.3 Controlo das Reclamações

Entre 16 de fevereiro de 2012 e 31 de dezembro de 2017 registaram-se 574 reclamações, estando 450 finalizadas, representando uma taxa de finalização de 89,8%. Atendendo ao número oportunidades de reclamação (eventos) versus o número de reclamações, o rácio verificado em 2017 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.

11.2.4 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.

11.2.5 Controlo da utilização da marca de certificação

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

11.2.6 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 que o ano de 2017 foi atípico face aos constrangimentos orçamentais e financeiros, ficou comprometido algum do planeamento ao nível da formação.

Efetivamente esta situação durante o ano de 2017 comprometeu a assunção de despesa pública, designadamente ao nível da formação, tendo como consequência a não aprovação do plano de formação para aquele ano. Ainda assim, foram realizadas ações consideradas essenciais, tendo tido grande incidência na formação interna, apesar dos constrangimentos ao nível das despesas na rubrica das deslocações e estadias.

11.2.7 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 6 - Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2017

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. Durante 2017 realizaram-se auditorias administrativas e financeiras à gestão patrimonial e 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 auditoras 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 9001:2008 pela APCER, tendo sido renovada até 28 de maio de 2018, 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 de 14,1% dos colaboradores frequentaram pelo menos uma ação de formação (internas e externas). Tendo tido um peso significativo as formações internas, principalmente no âmbito dos procedimentos da qualidade e transição para a norma ISO 9001:2015.
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 eletrónico.
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.1.1.10
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	X		Descrição da metodologia de suporte: Controlo Documental e de Registos - MS.42.1.6
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, em vigor desde 2 de outubro de 2014, estando em fase de conclusão a aprovação de novo plano.
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.
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 informático 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.

12 Resultados de Auditorias

12.1 Inspeção pela DGS/IGAS

Indicador: Manutenção da autorização.

Objetivo 2017: Manutenção das autorizações para os três Centros de Sangue e da transplantação de acordo com o Decreto-Lei n.º 267/2007, alterado pelo Decreto-Lei n.º 100/2011, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 185/2015 e Lei n.º 12/2009.

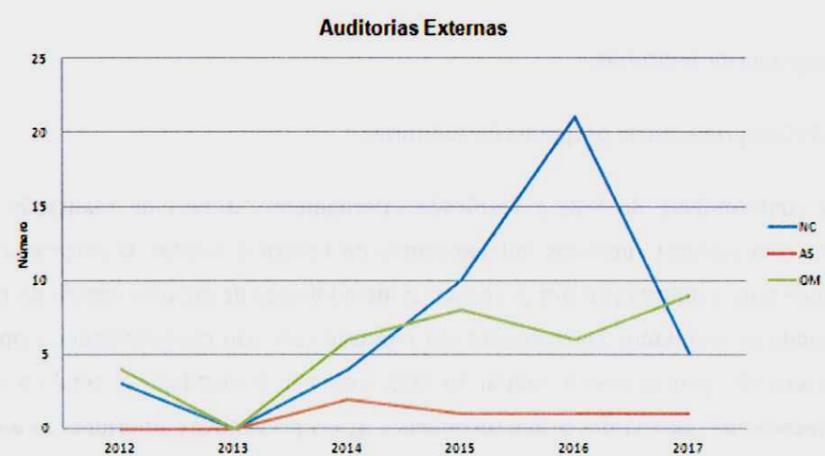
Discussão: Objetivo atingido (nota: as inspeções pelo IGAS à área da transplantação - Banco de tecidos ocorreu em maio de 2017 e da DGS em setembro, novembro e dezembro de 2017 à área do sangue) com manutenção da autorização de funcionamento.

12.2 Auditoria Externa

Indicador: Manutenção da certificação.

Objetivo 2017: Manutenção da certificação de acordo com a NP ISO 9001:2008/Cor1:2009 pela APCER.

Gráfico 50 - Auditorias Externas⁸



Fonte: IPST, IP

⁸ NC – Não Conformidade; OM Oportunidade de melhoria; AS – Área Sensível

Discussão: A auditoria externa decorreu nos dias 12, 26 e 27 de junho e foram constatadas 8 NC menores, 1 AS e 1 OM. Todas as ocorrências relatadas foram alvo de análise de causas, correção e ações corretivas/ preventivas enviadas ao auditor e aceites pela entidade certificadora. O objetivo foi atingido.

12.3 Auditorias Internas

Gráfico 51 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas



Fonte: IPST, IP

Indicador: Programa de auditorias.

Objetivo 2017: Cumprimento do programa de auditorias

Discussão: A conformidade do SGQ é verificada internamente através da realização de auditorias independentes, com equipas auditoras independentes do Centro a auditar. O programa de auditorias internas abrange toda a abordagem por processos e metodologias de suporte dentro de cada triénio de certificação, sendo os resultados apresentados em relatório com não conformidades e oportunidade de melhoria. Anualmente, procurar-se-á auditar to SGQ, mas não é mandatário, sendo-o no período do triénio. A verificação da eficácia das ações corretivas e ações preventivas anteriores às auditorias e não finalizadas é parte do plano de cada auditoria. Foram programadas cinco auditorias internas para 2017, tendo sido cumprido o programa anual, o qual careceu de revisão. O triénio do programa finda com a auditoria de renovação e de transição para a ISO 9001:2015 a ocorrer em 18, 30 de abril, 2 e 7 de maio de 2018. O próximo ciclo trianual iniciar-se-á em 29 de maio de 2018

12.4 Estado das Ações Preventivas e Corretivas

Tabela 7 - Distribuição por grupo de causas

Distribuição por grupo de causas	2016		2017		Δ
	Nº	%	Nº	%	
Análise de dádivas x Defeito do produto - Outras	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
Análise de dádivas x Erro humano - Erro nos testes de compatibilidade ABO ou outro antígeno, devido a falhas no teste	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Análise de dádivas x Erro humano - Outras	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Erro nos testes de compatibilidade ABO ou outro antígeno, devido a falhas no equipamento	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Outras	0	0,0%	12	1,5%	1,5%
Análise de dádivas x Outro - Outras	1	0,9%	11	1,4%	0,5%
Análises das Dádivas - Erro humano - Análises laboratoriais de marcadores de doenças transmissíveis não realizadas de acordo com os procedimentos	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Armazenamento x Erro humano - Localização incorrecta de componentes sanguíneos	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Armazenamento x Erro humano - Outras	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Armazenamento x falha de equipamento - Desvio importante da temperatura de armazenamento	1	0,9%	2	0,2%	-0,7%
Armazenamento x falha de equipamento - Outras	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
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 incorrecta - O Dador notifica um factor de risco para a HIV, HBV, HCV	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Dados errados dos dadores	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
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)	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Rotulagem incorrecta de componente sanguíneo	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Colheita de sangue total x Erro humano - Colheita de sangue - Transporte em condições inadequadas	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
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 incorrecta - O Dador notifica um factor de risco para a CJD ou vCJD	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	0	0,0%	20	2,5%	2,5%
Colheita de sangue total x Erro humano - Seleção de dador - Dador aceite, mas não conforme com os critérios de inclusão	0	0,0%	8	1,0%	1,0%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Condições de transporte inadequadas	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Dados errados dos dadores	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Falta de ligação no procedimento devido a um erro nos sistemas informáticos	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Outras	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
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	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Colheita de sangue total x Outro - Colheita de sangue - Dados errados dos dadores	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
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 incorrecta - O Dador notifica um factor de risco para a HIV, HBV, HCV	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	0	0,0%	25	3,1%	3,1%
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	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	1	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	3	2,7%	0	0,0%	-2,7%
Colheitas de aférese x Erro humano - Outras	0	0,0%	5	0,6%	0,6%
Colheitas de aférese x Outro - Outras	0	0,0%	9	1,1%	1,1%
Distribuição - Erro humano - Libertação - Libertação de um componente que não preenche os requisitos (dador, análises, especificações do produto, armazenamento)	0	0,0%	2	0,2%	0,2%

Distribuição por grupo de causas	2016		2017		Δ
	Nº	%	Nº	%	
Distribuição - Falha do equipamento - Liberação - Liberação de um componente que não preenche os requisitos (dador, análises, especificações do produto, armazenamento)	0	0,0%	6	0,7%	0,7%
Distribuição x Defeito do produto - Outras	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Distribuição x Erro humano - Distribuição de um componente sanguíneo após a detecção de risco de segurança ou desvio sério de qualidade (não destruídos ou sujeito a procedimento de chamada (recall))	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Distribuição x Erro humano - Distribuição de um componente sanguíneo expirado, não libertado, que apresenta sinais de deterioração ou rejeitada	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Distribuição x Erro humano - Outras	0	0,0%	9	1,1%	1,1%
Distribuição x Falha de equipamento - Outras	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Distribuição x Falha de equipamento - Transporte em condições inadequadas	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Humana - Comportamento assente em regras - Coordenação	4	3,5%	6	0,7%	-2,8%
Humana - Comportamento assente em regras - Intervenção	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Humana - Comportamento assente em regras - Lapso	11	9,7%	55	6,8%	-2,9%
Humana - Comportamento assente em regras - Monitorização	6	5,3%	5	0,6%	-4,7%
Humana - Comportamento assente em regras - Qualificação	1	0,9%	5	0,6%	-0,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Verificação	5	4,4%	12	1,5%	-2,9%
Humana - Comportamento assente na competência - Desempenho	7	6,2%	40	5,0%	-1,2%
Humana - Comportamento assente no conhecimento	6	5,3%	17	2,1%	-3,2%
Humana - Externa	0	0,0%	15	1,9%	1,9%
Materiais x Erro humano - Material danificado/partido devido a falha na manipulação	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Materiais x Erro humano - Outras	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
Materiais x Falha de equipamento - Outras	1	0,9%	22	2,7%	1,8%
Organizacional - Cultura	0	0,0%	6	0,7%	0,7%
Organizacional - Externa	4	3,5%	26	3,2%	-0,3%
Organizacional - Prioridades de gestão	5	4,4%	43	5,3%	0,9%
Organizacional - Protocolos	5	4,4%	27	3,4%	-1,0%
Organizacional - Transferência de conhecimento	5	4,4%	11	1,4%	-3,0%
Outra causa	31	27,4%	62	7,7%	-19,7%
Outra causa - Inclassificável	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
Outros x Defeito do produto - Outras	1	0,9%	12	1,5%	0,6%
Outros x Defeito do produto - Teste de bacteriemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Processamento x Erro Humano - Outras	2	1,8%	5	0,6%	-1,2%
Processamento x Falha de equipamento - Outras	0	0,0%	26	3,2%	3,2%
Processamento x Falha de equipamento - Sangue e processamento de componentes sanguíneos - Falha do equipamento originando produto fora da especificação	0	0,0%	5	0,6%	0,6%
Processamento x Outro - Outras	2	1,8%	16	2,0%	0,2%
Processamento x Outro - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Processamento x Outro - Utilização de Procedimento Operação Padronizado (SOP) errado (por exemplo, erro na escolha do SDP; SOP obsoleto)	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Q - Humana - Competência	0	0,0%	15	1,9%	1,9%
Q - Humana - Individual	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
Q - Organizacional	0	0,0%	2	0,2%	0,2%

Distribuição por grupo de causas	2016		2017		Δ
	Nº	%	Nº	%	
Q - Organizacional - Externa	0	0,0%	5	0,6%	0,6%
Q - Organizacional - Formação	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Q - Organizacional - Procedimentos	0	0,0%	22	2,7%	2,7%
Q - Técnica - Implementação	0	0,0%	9	1,1%	1,1%
Q - Técnica - Material	0	0,0%	5	0,6%	0,6%
Q - Técnica - Procedimentos	0	0,0%	21	2,6%	2,6%
Q - Técnico - Implementação	0	0,0%	3	0,4%	0,4%
Técnica - Conceção - Falhas devido a conceção pobre do equipamento, software, etiquetas ou impressos	2	1,8%	14	1,7%	-0,1%
Técnica - Conceção	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Técnica - Externa	0	0,0%	1	0,1%	0,1%
Técnica - Externa - Falhas técnicas fora do controlo e responsabilidade da organização sob investigação	3	2,7%	18	2,2%	-0,5%
Técnica - Fabrico	0	0,0%	4	0,5%	0,5%
Técnica - Fabrico - Projecto que foi construído em áreas inacessíveis ou não foi construído adequadamente	1	0,9%	5	0,6%	-0,3%
Técnica - Materiais	0	0,0%	2	0,2%	0,2%
Técnica - Materiais - Defeitos em materiais que não sejam por falha de conceção ou fabrico	5	4,4%	13	1,6%	-2,8%

Fonte: IPST, IP

Tabela 8 - Distribuição por estado das ocorrências

Distribuição por estado das ocorrências	Não conformidades	Oportunidades de melhoria
Não finalizado	8,3%	13,9%
Finalizado	91,7%	86,1%

Fonte: IPST, IP

Objetivo para 2017: 60% +/- 10% de não conformidades finalizadas e 60% +/- 10% de oportunidades de melhoria finalizadas.

Discussão: O objetivo foi superado para o número de não conformidades finalizadas e de oportunidades de melhoria finalizadas. Apesar do fecho das ações já ser verificado nas auditorias internas, procurar-se-á sensibilizar os responsáveis para melhorar o tempo de reposta à finalização das ocorrências assim como rever o método para unificação de ocorrências sistemáticas.

13 Análise e 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 2018.

... e a sua importância para a sociedade.

14 Tecnologias de Informação, Comunicação e ações de Comunicação institucional

Desde 2012 que o IPST, IP apostou na consolidação, integração e interoperacionalidade entre os sistemas de informação existente de forma a garantir a modernização administrativa necessária à prossecução da sua missão.

Em 2017, destaque para os seguintes desenvolvimentos que produzem um sistema global de desmaterialização de procedimentos:

1. ASIS

Versão gráfica do sistema de controlo da dívida e processamento de sangue – ASIS. Com esta ASIS

No quadro do desenvolvimento da versão gráfica do ASIS e da consolidação das três bases de dados – Lisboa, Porto e Coimbra, foi lançada em Janeiro de 2017 esta nova versão, tal como planeado.

Pode dizer-se que foram alcançados os objetivos traçados em 2017, embora o processo de total desmaterialização das brigadas, continue em curso.

O sistema em forma gráfica e a existência de uma base de dados única, deram um aumento substancial de eficácia e foi possível ir progressivamente reorganizando processos, otimizando recursos, aspetos quase impossíveis de realizar na situação anterior.

2. BPCCU

O sistema informático de controlo e gestão do BPCCU, cujo desenvolvimento teve o seu início em Outubro de 2015, chegou ao final de 2017 no estado de poder entrar em pré-produção.

Assim, e uma vez que no que respeita ao desenvolvimento do software, estão cobertas todas as fases, de acordo com o que foi possível perceber nas diversas sessões de trabalho com os profissionais do banco, importa agora colocar o sistema no terreno operacional.

Tratando-se de um sistema totalmente novo, desenvolvido de acordo com as melhores práticas da gestão de um banco de cordão, é indispensável que o funcionamento do banco e o sistema informático encontrem em 2018 o caminho de convergência entre as práticas operacionais do banco, tal como se apresentam hoje, e as necessárias e inevitáveis correções ao sistema, face à realidade que se for encontrando no terreno.

Desta forma, projeta-se para 2018 a progressiva e faseada entrada em produção do sistema informático, de forma apoiada pelas metodologias anteriores, evitando modificações bruscas com os riscos inerentes.

É de salientar que o sistema informático contempla a adoção integral do código ISBT 128, o que permite a total intergridade das diversas etapas do processo, desde a criação de kits de colheita e processamento, até à criopreservação e posteriormente à libertação.

3. RPT

O Registo Português de Transplantação chegou ao final de 2017, como uma realidade implantada no terreno e com cobertura nacional, contando já com uma faixa significativa de profissionais das diversas áreas a produzir os registos no sistema.

A entrada em produção integral, substituindo o sistema anterior de registo, ficou agendada para o primeiro trimestre de 2018.

A fase seguinte será envolver as restantes esferas profissionais, com particular destaque para os CST-T e a ACSS.

Ainda na continuação do desenvolvimento do RPT, e dando expressão ao projeto SAMA apresentado e aprovado em 2015, foi lançado em 2017 um concurso público para assegurar a primeira série de interligações às bases de dados de sete Coordenadores Hospitalares de Doação, automatizando assim, o processo de registo da caracterização do potencial dados cadáver.

4. LUSOT

O LUSOT entrou em 2017, numa nova fase de desenvolvimento, após o processo de consolidação efetuado em 2014/2015.

Por um lado tem vindo a proceder-se à melhoria e correção de alguns processos, bem como à criação de novos relatórios de que é exemplo a produção dos reports para o BMDW.

Por motivos associados à infraestrutura de Coimbra, não foi ainda possível instalar o LUSOT no servidor onde já residem as outras duas aplicações da +área da transplantação – o RPT eo BPCCU. Este objetivo transita assim para 2018.

O LUSOT desenvolveu em 2017 a interface com o Registo Nacional do Utente, RNU, embora ainda se encontre em ambiente de qualidade, não estando portanto em produção. Tal fato deveu-se à circunstância de haver que clarificar o registo deste sistema na CNPD. A nova legislação sobre a proteção de dados, permitirá ultrapassar esta questão.

5. App da Transplantação

A App da Transplantação encontra-se desenvolvida e já foi objeto de menção em diversos eventos onde o RPT é discutido.

Compreendendo as tecnologias Android e Ios, espera-se a sua apresentação formal em 2018.

6. Projeto SAMA 2017

Teve início em 2017 a concretização do projeto SAMA apresentado e aprovado em 2016 e que compreende diversas áreas.

Assim, o processo designado por “Circulação de Dados”, começou a ser desenhado no fim de 2017 e deverá conduzir à possibilidade dos quatro principais que suportam a atividade do IPST, IP- LUSOT, ASIS, RPT e BPCCU, trocarem informação entre si. De igual forma os diversos auto analisadores deverão ser reorganizados no sentido de proporcionar um aumento de eficiência e redução de custos.

É um processo complexo, envolvendo diversas entidades, mas indispensável à materialização técnica do processo de fusão das áreas do sangue e da transplantação, iniciado em 2012.

Foram apresentados os cadernos de encargos para todo este processo, bem como, e ainda ao abrigo do SAMA, a aquisição de videoconferência para Lisboa, Porto e Coimbra, entretanto já instalada, a aquisição de um Sistema de Gestão Documental e a interligação dos SI dos hospitais ao ASIS, com informação acrescida para melhor controlo da dádiva e das reservas, a nível nacional.

7. Nova candidatura SAMA

Ainda em 2017, foi apresentada nova candidatura ao SAMA, para desenvolver a componente internacional do registo e para proporcionar mecanismos de interfuncionamento ministerial.

Ações de comunicação

Área do Sangue

Durante o ano de 2017, o IPST, IP, manteve as iniciativas institucionais dos anos anteriores, Campanha Universitária dividida em 2 épocas do ano, abril/maio e outubro/novembro, e Campanha de Verão durante os meses de Julho, Agosto e primeira quinzena de Setembro. Para além destas atividades, manteve-se a presença assídua do Instituto em feiras e outros eventos públicos para divulgação da dádiva.

Foi celebrado o Dia Nacional de do Dador de Sangue (27 de março), em Lisboa, com a apresentação do Poster e filme de André Godinho “Podemos Contar Consigo?”. Estes foram divulgados no sítio de internet do IPST, IP, Facebook e Youtube.

Tal como em anos anteriores, celebrou-se o Dia Mundial do Dador de Sangue (14 de junho), sob o mote “Dê Sangue, Dê Já, Dê Regularmente” conforme lema definido pela Organização Mundial de Saúde.

A comemoração realizou-se com duas sessões de colheita abertas ao público, para as quais foram convidados os meios de comunicação social. Os locais designados foram o Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa (Parque da Saúde, antigo Hospital Júlio de Matos, Av. do Brasil- Pav. 17) e no Porto, na sessão de colheita do Instituto CRIAP, sito na Av. Fernão Magalhães, nº 1862 -5º Piso, Porto (Edifício da Loja do Cidadão). Estiveram presentes os mais altos responsáveis do IPST, IP.

O IPST, IP manteve as parcerias com os Grupos Empresariais, através de Protocolos de Colaboração e Acordos, que criaram publicidade exclusiva, alusiva à dádiva de sangue e patrocinaram sessões de colheita em diversos locais públicos: Entre estes grupos destaca-se, a Mundicenter que anualmente, no mês de julho, realiza sessões de colheita durante um período de (2 semanas) em todos os seus espaços comerciais.

O IPST, IP publica diariamente na sua página oficial no Facebook imagens promocionais à dádiva de sangue, partilhando ainda notícias relevantes para a atividade e eventos promovidos pela Instituição.

Em 2017 o serviço de *call-center* manteve-se a operar, direcionado para contactos com dadores inativos há algum tempo e dadores de grupos de sangue específicos, de acordo com as necessidades identificadas ao longo do ano no Instituto.

O *merchadising* do IPST, IP dedicado aos dadores, foi utilizado em épocas específicas: verão, Dia Nacional do Dador de Sangue, Dia Mundial do Dador de Sangue, Natal e Campanha Universitária.

Área da Transplantação

Em 2017, em colaboração com o Conselho da Europa, a Coordenação Nacional da Transplantação (CNT) concluiu a tradução da 2ª edição do Guia para os Pais sobre Criopreservação de Cordão Umbilical. Este guia encontra-se publicado no website do IPST, IP na área da Transplantação, sendo disseminado aos pais que solicitam informação neste âmbito. A CNT concluiu ainda a tradução do folheto informativo "Exercite o seu caminho para uma melhor saúde pós-transplante" do Comité de Peritos em Transplantação de Órgãos (CD-P-TO) do Conselho da Europa igualmente publicada no website do IPST, IP na área da Transplantação.

Também em 2017 a CNT preparou um vídeo de promoção às atividades de Doação e Transplantação no âmbito do próximo dia Europeu de Doação e Transplantação de Órgãos (EODD) que decorrerá em 2018 na Moldávia, vídeo esse publicado nas redes sociais no âmbito do evento.

15 Balanço social 2017

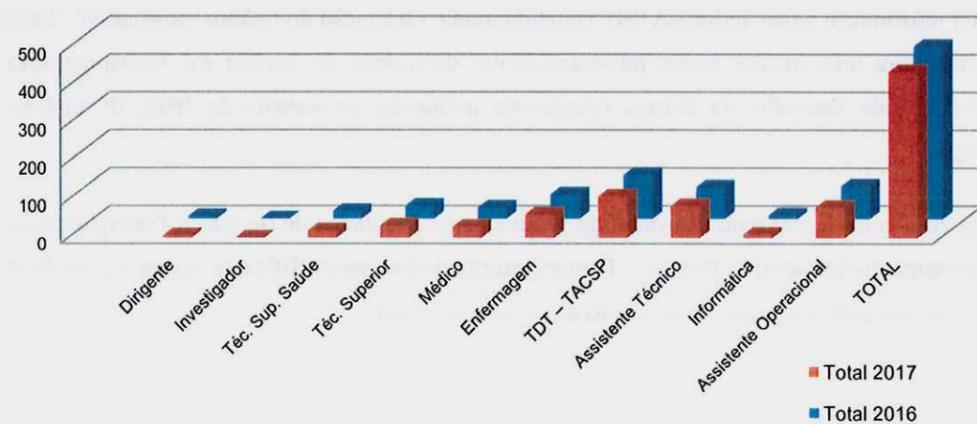
Efetuada uma análise comparativa dos Recursos Humanos do IPST, IP IP, considerando os trabalhadores contratados por tempo indeterminado e determinado, verificar-se que em 2017 a variação existente em relação a 2016 é negativa, cerca de 4%, conforme resulta do quadro abaixo:

Tabela 9 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2016/2017

Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa/Avença	Total 2016	CTI	CTC	Contrato Tarefa/Avença	Total 2017	Δ % 2016/2017
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	1	0	0	1	1	0	0	1	0%
Téc. Sup. Saúde	18	3	0	21	17	3	0	20	-5%
Téc. Superior	35	0	4	39	33	0	0	33	-15%
Médico	27	3	52	82	26	4	53	83	1%
Enfermagem	57	8	54	119	54	8	55	117	-2%
TDT – TACSP	91	25	0	116	87	23	12	122	5%
Assistente Técnico	84	0	0	84	85	0	0	85	1%
Informática	10	0	0	10	10	0	0	10	0%
Assistente Operacional	87	0	0	87	81	0	0	81	-7%
TOTAL	417	39	110	566	401	38	120	559	-1%
	456				439				

Fonte: IPST, IP

Gráfico 52 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2016/2017



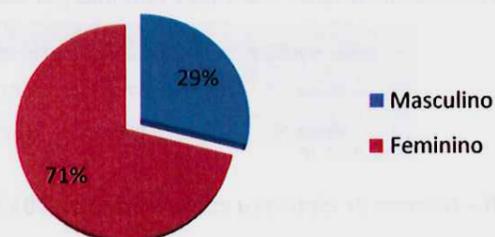
Fonte: IPST, IP

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.

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

No final de 2017, o número de efetivos existente no IPST, IP – 439, agregava 127 homens e 312 mulheres, traduzindo o peso percentual indicado no quadro infra:

Gráfico 53 - Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género



Fonte: IPST, IP

15.2 Remunerações

Tabela 10 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género

	Masculino	Feminino	TOTAL
Até 500 €	1		1
501 - 1000 €	53	93	146
1001 - 1250 €	20	56	76
1251 - 1500 €	16	74	90
1501 - 1750 €	12	34	46
1751 - 2000 €	10	15	25
2001 - 2250 €	3	3	6
2251 - 2500 €	1	2	3
2501 - 2750 €	1	5	6
2751 - 3000 €	2	1	3

3001 - 3250 €		1	1
3251 - 3500 €	1	2	3
3501 - 3750 €		6	6
3751 - 4000 €			0
4001 - 4250 €	2	5	7
4251 - 4500 €		2	2
4501 - 4750 €		2	2
4751 - 5000 €	3	3	6
5001 - 5250 €		7	7
5251 - 5500 €			0
5501 - 5750 €	2		2
5751 - 6000 €		1	1
Mais de 6000 €			0
TOTAL	127	312	439

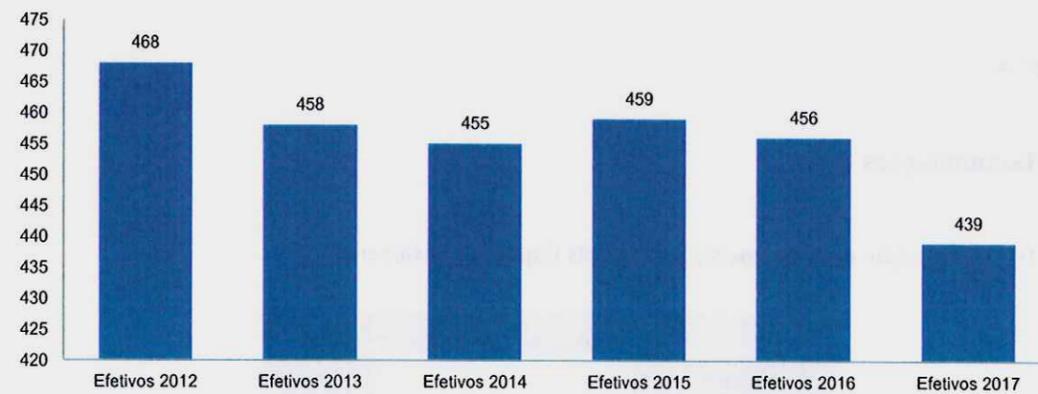
Fonte: IPST, IP

Tabela 11 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima €	557	557
Máxima €	5.734	5.823

Fonte: IPST, IP

Gráfico 54 - Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2012 – 2017)



Fonte: IPST, IP

16 Análise do grau de execução dos Recursos Humanos

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2017 - 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 8 é consequência da saída de profissionais por aposentação, mobilidade e procedimentos concursais, mas também alguma demora na contratação em resultado de impugnações administrativas e contenciosas de concursos e 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 com vista ao seu recrutamento ocupação de postos de trabalho previstos e não ocupados.

Efetivamente, e apesar de todos os esforços desenvolvidos no sentido do preenchimento dos postos de trabalho, o número de efetivos em 2017 diminuiu em cerca de 17 profissionais comparando com período homologado, 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 12 - Análise Produtividade (2017)

RH utilizados	4,38
RH planeados	6,13
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	0,7149
Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)	71%
Taxa de Concretização Global de objectivos	109%
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	71%
	1,5285
Índice Produtividade	153

Fonte: IPST, IP

Gráfico 1 - Evolução da execução dos recursos financeiros em 2017

Gráfico 2 - Evolução da execução dos recursos financeiros em 2017

Item	Valor (R\$)	% de Execução	Observações
1.1.1.1.1.1	100.000.000,00	100%	Execução completa
1.1.1.1.1.2	200.000.000,00	80%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.3	300.000.000,00	60%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.4	400.000.000,00	40%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.5	500.000.000,00	20%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.6	600.000.000,00	10%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.7	700.000.000,00	5%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.8	800.000.000,00	2%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.9	900.000.000,00	1%	Execução em andamento
1.1.1.1.1.10	1.000.000.000,00	0%	Execução em andamento

Os dados apresentados no gráfico demonstram a evolução da execução dos recursos financeiros em 2017, com uma tendência de crescimento contínuo ao longo do período analisado.

Observa-se que a execução dos recursos financeiros em 2017 foi superior à registrada em 2016, refletindo o compromisso da instituição com a melhoria da gestão financeira.

Os dados apresentados no gráfico demonstram a evolução da execução dos recursos financeiros em 2017, com uma tendência de crescimento contínuo ao longo do período analisado.

Observa-se que a execução dos recursos financeiros em 2017 foi superior à registrada em 2016, refletindo o compromisso da instituição com a melhoria da gestão financeira.

Os dados apresentados no gráfico demonstram a evolução da execução dos recursos financeiros em 2017, com uma tendência de crescimento contínuo ao longo do período analisado.

Observa-se que a execução dos recursos financeiros em 2017 foi superior à registrada em 2016, refletindo o compromisso da instituição com a melhoria da gestão financeira.

17 Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2017)

Tabela 13 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST, IP 2017

	Orçamentado	Cativos	Executado	Desvio
Despesas com Pessoal	19.212.933	0	15.325.883	3.887.050
Aquisições de Bens e Serviços	40.967.884	0	22.872.078	18.095.806
Transferências Correntes	2.258.009	0	2.184.794	73.215
Outras Despesas Correntes	163.750	0	157.087	6.663
Aquisição de bens de capital	2.706.950	0	555.552	2.151.398
Juros e Outros Encargos	6.291	0	1.775	4.516
Total	65.315.817	0	41.097.169	24.218.648

Fonte: IPST, IP

Relativamente aos Recursos Financeiros, salienta-se que a execução apresenta um desvio favorável em 37,07%.

No final do ano de 2017, verificou-se que a execução do orçamento do IPST, IP, apurou os desvios acima apresentados.

Tendo em conta que a elaboração do Orçamento, nomeadamente o de 2017 contempla o pagamento de dívida de anos anteriores, verifica-se que quando estes pagamentos não ocorreram no ano respetivo e transitam para o ano seguinte, fica comprometida a tesouraria do IPST, IP, para fazer face aos projetos previstos dando origem a este tipo de desvios.

Um dos desvios mais relevantes foi o desvio relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 18.095.806€, tendo para além do acima mencionado, contribuído para este desvio o facto de o concurso relativo ao fracionamento do plasma não ter sido concluído durante o ano de 2017.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 3.887.050€ justificado pela não ocupação dos lugares de Mapa do IPST, IP.

O IPST, IP, com todas as dificuldades associadas, desenvolveu os procedimentos concursais adequados para ocupação dos lugares de Mapa, sendo que os mesmos, na sua maioria, não se concluíram no ano de 2017.

Tabela 14 - Análise de Custo - Eficácia (2017)

Despesa Executada	41.097.169,00 €
Despesa Orçamentada (CORRIGIDA)	65.315.817,00 €
Taxa Execução Recursos Financeiros	0,6292
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	63%

Taxa de Concretização Global de objetivos	109%
Taxa Execução Recursos Financeiros	63%
	1,7366
Índice Custo - Eficácia	174

Fonte: IPST, IP

18 Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2017

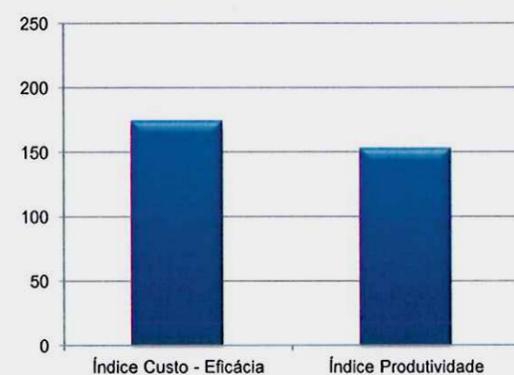
O cálculo dos Índices Custo - Eficácia e de Produtividade permite medir a taxa de utilização dos recursos financeiros e dos recursos humanos respetivamente.

Tabela 15 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2017

Taxa de Concretização Global de objectivos		109%	
Taxa Execução Recursos Financeiros	Despesa Executada	41.097.169,00 €	63%
	Despesa Orçamentada	65.315.817,00 €	
		Índice Custo - Eficácia 174	
Taxa Execução Recursos Humanos	RH utilizados	4	71%
	RH planeados	6	
		Índice Produtividade 153	

Fonte: IPST, IP

Gráfico 55 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST, IP 2017



Fonte: IPST, IP

19 Avaliação final (2017)

Tendo em conta o desenvolvimento das atividades do IPST, IP,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 oito superados e quatro atingidos - com uma taxa de realização dos objetivos operacionais superior ao previsto – 109,3% (Tabela 16).

Tabela 16 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2017

Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais											
OO's	Grau de realização dos OOp	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro	Avaliação Global Esperada	Avaliação Global Concretizada	Média Ponderada Esperada por Parâmetro	Média Ponderada Esperada Global	Média Ponderada Concretizada a Global			
Eficácia (30%)	OOp1	25%	33,8%	125,0%	168,8%	120%	128%	140%	Global		
	OOp2	10%	10,8%	110,0%	118,3%	120%					
	OOp3	30%	28,7%	130,0%	124,2%	129%					
	OOp4	35%	21,6%	135,0%	83,3%	120%					
Eficiência (40%)	OOp5	35%	35,0%	135,0%	135,0%	124%	128%	140%	Global		
	OOp6	20%	20,0%	120,0%	120,0%						131%
	OOp7	15%	20,3%	115,0%	155,3%						124%
	OOp8	10%	11,8%	110,0%	129,3%						124%
	OOp9	20%	20,0%	120,0%	120,0%						131%
Qualidade (30%)	OOp10	50%	65,0%	150,0%	195,0%	134%	128%	140%	Global		
	OOp11	12,5%	15,6%	112,5%	140,1%						171%
	OOp12	12,5%	12,5%	112,5%	112,5%						134%
	OOp13	25%	33,8%	125,0%	168,8%						171%
Executado									109,3%		



Lisboa, 16 de abril de 2018

O Presidente do Conselho Diretivo

O Vogal do Conselho Diretivo

João Paulo Almeida Sousa

Vitor Marques

