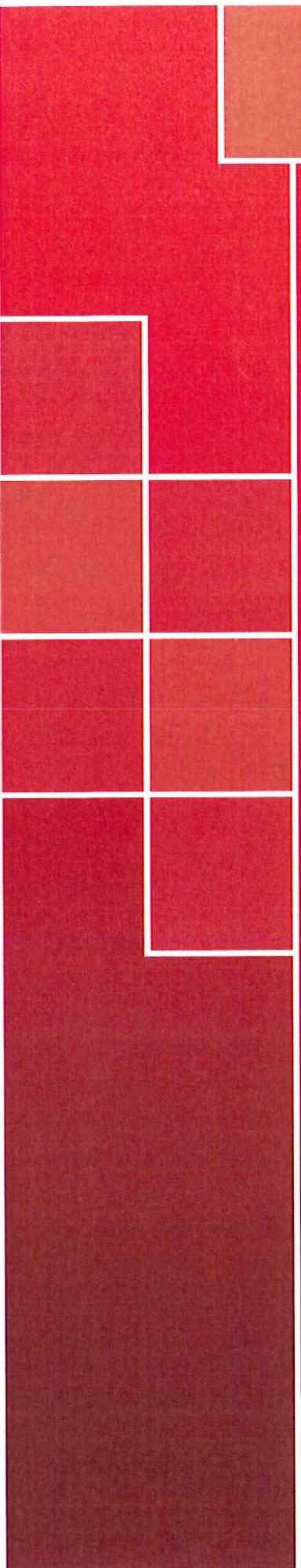


Ano 2016



Instituto Português
do Sangue e da
Transplantação, IP

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2016

RA2016



Índice

1.	Nota introdutória	7
2.	Estrutura orgânica do IPST, IP	9
3.	Caracterização Geral do IPST, IP	11
4.	Estratégia e Implementação	12
5.	Análise de desempenho do QUAR 2016.....	15
5.1.	Monitorização semestral – alteração homologação	15
5.2.	Análise dos parâmetros de avaliação.....	16
5.3.	Análise da consecução da estratégia	19
6.	Monitorização e análise dos resultados alcançados e do grau de cumprimento dos objetivos operacionais- QUAR 2016	23
7.	Objetivos e indicadores das unidades orgânicas do IPST, IP	39
7.1.	Indicadores (KPI's) monitorizados na área do sangue	40
7.2.	Indicadores (KPI's) monitorizados na área da transplantação	44
7.3.	Medição e análise dos indicadores – Dashboard área sangue	48
7.4.	Medição e análise dos indicadores – Dashboard área da Transplantação	94
7.5.	Unidades Orgânicas	129
8.	Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2016.....	174
9.	Audição aos dirigentes intermédios e demais trabalhadores na autoavaliação	175
10.	Apreciação dos serviços utilizadores	186
11.	Avaliação do Sistema de Controlo Interno	207
12.	Resultados de Auditorias.....	215
12.1.	Inspeção pela DGS	215
12.2.	Auditória Externa	215
12.3.	Auditorias Internas	216
12.4.	Estado das Ações Preventivas e Corretivas	217
13.	Análise e Medidas de reforço positivo de desempenho.....	220
14.	Comparação com o desempenho de serviços idênticos.....	232
15.	Tecnologias de Informação e Comunicação e Publicidade institucional (2015).....	234
16.	Balanço social 2016.....	238
17.	Análise do grau de execução dos Recursos Humanos.....	242
18.	Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2016)	243
19.	Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2016	245
20.	Avaliação final (2016)	246

Índice de Figuras

Figura 1- Organograma do IPST, IP	10
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Análise por Indicador 2016	18
Tabela 2 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2016 ..	20
Tabela 3 - Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2016)	21
Tabela 4 - Análise Global por Unidade Orgânica 2016	174
Tabela 5 - Avaliação de fornecedores (2016)	204
Tabela 6 - Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2016	212
Tabela 7 - Distribuição por grupo de causas	217
Tabela 8 - Distribuição por estado das ocorrências	219
Tabela 9 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2016/	238
Tabela 10 - Distribuição das Remunerações Mensais Ilíquidas por Género	240
Tabela 11 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género	240
Tabela 12 - Análise Produtividade (2016)	242
Tabela 13 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST 2016	243
Tabela 14 - Análise de Custo – Eficácia (2016)	244
Tabela 15 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST 2016	245
Tabela 16 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2016	247

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Desvio positivo por OOp: Contribuição para cada parâmetro.....	16
Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro	17
Gráfico 3 - Impacto da realização dos OOp de 2016 nos OEIs (2014 – 2016)	22
Gráfico 4 - Indicador 1.1.: Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	23
Gráfico 5 - Indicador 2.1. Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	25
Gráfico 6 - Indicador 2.2.: Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	26
Gráfico 7 - Indicador 3.1.: Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	27
Gráfico 8 - Indicador 3.2.: Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	27
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)	28
Gráfico 10 - Indicador 4.1.: N.º de novos dadores CEDACE tipados	29
Gráfico 11 - Indicador 4.2.: N.º de dadores CEDACE ativados	30
Gráfico 12 - Indicador 5.1. – Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	31
Gráfico 13 - Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT.....	32
Gráfico 14 - Indicador 7.1. – % de respostas aos pedidos de emissão de parecer	33
Gráfico 15 - Indicador 7.2. – % de atividades de representação internacional divulgadas e atualizadas no site do IPST	33
Gráfico 16 - Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento	34
Gráfico 17 - Indicador 8.2. – N.º de unidades de SCU criopreservadas	34
Gráfico 18 - Indicador 9.1. Nº de sessões de colheita durante a semana relativas ao fim de semana	35
Gráfico 19 - Indicador 10.1. – Implementação do ensino na modalidade de e-learning no IPST (meses).....	36
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	36
Gráfico 21 - Indicador 11.1. Percentagem de testes metrológicos efetuados	37
Gráfico 22 - Indicador 11.2. Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	37
Gráfico 23 - Indicador 12.1. Percentagem de aumento da referenciação de dadores	38
Gráfico 24 - Indicador 13.1. Número de novos indicadores.....	38
Gráfico 25 - Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica	177
Gráfico 26 - N.º Colaboradores por Função.....	178
Gráfico 27 - Nível de satisfação global dos colaboradores do IPST,IP	179

Gráfico 28 - Nível de satisfação com a gestão e sistemas de gestão do IPST	180
Gráfico 29 - Nível de satisfação com as condições de trabalho	181
Gráfico 30 - Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST,IP	182
Gráfico 31 - Níveis de motivação	183
Gráfico 32 - Nível de satisfação global com o estilo de liderança	184
Gráfico 33 - Nível de satisfação com as condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços	185
Gráfico 34 - Situação profissional dos dadores de sangue	187
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)	188
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)	189
Gráfico 37 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita	189
Gráfico 38 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP	190
Gráfico 39 - Probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST, IP	191
Gráfico 40 - Avaliação do cumprimento de horários	192
Gráfico 41 - Avaliação do cumprimento Horários de Chegada e início da atividade de colheita	193
Gráfico 42 - Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento.....	194
Gráfico 43 - Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST	195
Gráfico 44 - Taxa de resposta ao questionário da área sangue.....	196
Gráfico 45 - Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue	197
Gráfico 46 - Taxa de resposta ao questionário da área transplantação	198
Gráfico 47 - Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação	199
Gráfico 48 - Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE	201
Gráfico 49 - Classificação das reclamações I	202
Gráfico 50 - Classificação das reclamações II	203
Gráfico 51 - Auditorias Externas	215
Gráfico 52 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas.....	216
Gráfico 53 - Gráfico Radar IPST, IP 2016.....	233
Gráfico 54 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2016/2015.....	239
Gráfico 55 - Distribuição dos Recursos Humanos(CIT e CTC) por Género	239
Gráfico 56 - Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2012 – 2016).....	241
Gráfico 57 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST 2016	245

LISTA DE SIGLAS

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

BPCCU – BANCO PÚBLICO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

BT – BANCO DE TECIDOS

CD – CONSELHO DIRETIVO

CEDACE - REGISTO NACIONAL DE DADORES VOLUNTÁRIOS DE MEDULA ÓSSEA.

CNSMT- COORDENAÇÃO NACIONAL DO SANGUE E DA MEDICINA TRANSFUSIONAL

CNT - COORDENAÇÃO NACIONAL DA TRANSPLANTAÇÃO

CSTC - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE COIMBRA

CSTL - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DE LISBOA

CSTP - CENTRO DE SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO DO PORTO

DGRH - 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

GGQ -GABINETE DE GESTÃO DA QUALIDADE

GJ - GABINETE JURÍDICO

GTIC - GABINETE DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÕES

IPST, IP – INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO

RPT – REGISTO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO

SCU – CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL

1. Nota introdutória

O atual Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST,IP), no ano de 2016, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2016 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.

Desde 2014, o Conselho Diretivo (CD) do IPST,IP desenvolve os ciclos de gestão anuais baseados na monitorização dos resultados mensais através de um *dashboard*. Tal pode ser verificado pelo *relatórioing* mensal que decorre desde 2015 que permitiu aos responsáveis das unidades orgânicas a apresentação de relatórios sobre o grau de cumprimento dos respetivos objetivos, assim como a justificação dos desvios verificados. Em setembro de 2016 foram aprovadas as alterações às metas e/ou indicadores das unidades orgânicas e, em Outubro de 2016 foi formalizada a proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2016, devidamente fundamentada na revisão anteriormente referida.

A implementação do QUAR de 2016 implicou um aprofundamento da implementação do modelo de gestão estratégica adotado através de um conjunto específico de procedimentos de acompanhamento e revisão, visando assegurar o cumprimento dos objetivos operacionais definidos para cada ciclo de gestão anual.

O modelo de gestão estratégica inclui as seguintes dimensões:

1. Negociação dos objetivos operacionais por processo e por resultado nacional;
2. Auditorias às fontes de verificação do grau de execução dos objetivos;
3. Reuniões mensais de acompanhamento da monitorização com os diretores / gestores de processo / responsáveis de área das unidades orgânicas.

Durante o ano 2016, foram produzidos Relatórios de Gestão mensais por processo e por unidade orgânica da área "core" do IPST, IP as metodologias de suporte mantiveram a mesma metodologia de medição com realização de Relatórios de Gestão semestrais onde constam os objetivos, a sua análise, a descrição da tomada de ações e avaliação da eficácia das ações empreendidas.

De entre a multiplicidade de tarefas necessárias para cumprir a missão que nos está atribuída, merece a nossa especial atenção o seguimento de ações resultantes da revisão pela gestão de 2016, as quais estão associadas aos objetivos:

- a) Objetivos estratégicos;
- b) Objetivos operacionais;
- c) Objetivos de produção de cada unidade orgânica.

O seguimento dos indicadores que permitem a medição dos objetivos encontra-se descrito no Plano de Atividades de 2016 onde se encontra exposto o sistema de monitorização previsto que tem foco nos seguintes eixos:

1. Identificação e análise dos desvios detetados;
2. Ponderação da necessidade de efetuar ajustamento de metas, reformulação de objetivos e/ou indicadores associados;
3. Identificação das razões exógenas ou endógenas para tal ajustamento, face à versão do QUAR inicialmente aprovado.

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:

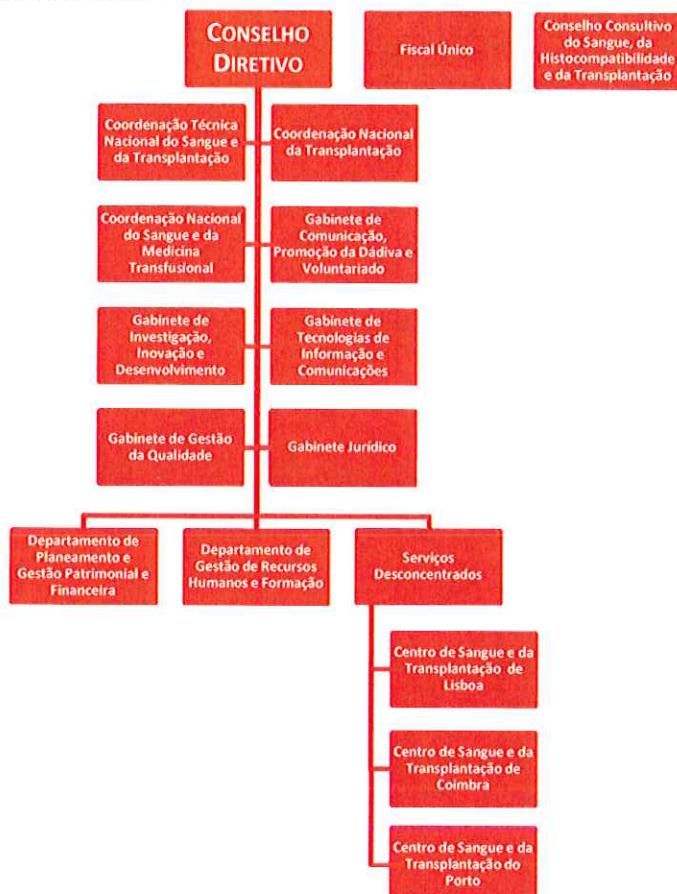
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa;

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), 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 Médula 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 transitou para a DGS e para a IGAS.

4. Estratégia e Implementação

O trabalho desenvolvido ao longo de 2016 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 2015 foram fixados para 2016 (QUAR 2016) 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 2014 -2016 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 multitecidular (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);

OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5);

OOp9: Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 3) (R).

QUALIDADE

OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST, IP (OE 4; OE 10) (R);

OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 10) (R);

OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6) (R).

OOp13: 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 – “*stakeholders*”.

5. Análise de desempenho do QUAR 2016

5.1. Monitorização semestral – alteração homologação

O IPST, IP remeteu por Ofício n.º 218/CD/16GS/pt de 30.9.2016 e por correio eletrónico uma proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2016 devidamente fundamentada.

A aprovação das alterações foi homologada em 06 de fevereiro de 2017 pelo Senhor Diretor-Geral da Saúde e, em 06 de janeiro de 2016, pelo gabinete do Sr. Ministro da Saúde.

5.2. 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

Realização por OOp & Contribuição para o Prâmetro

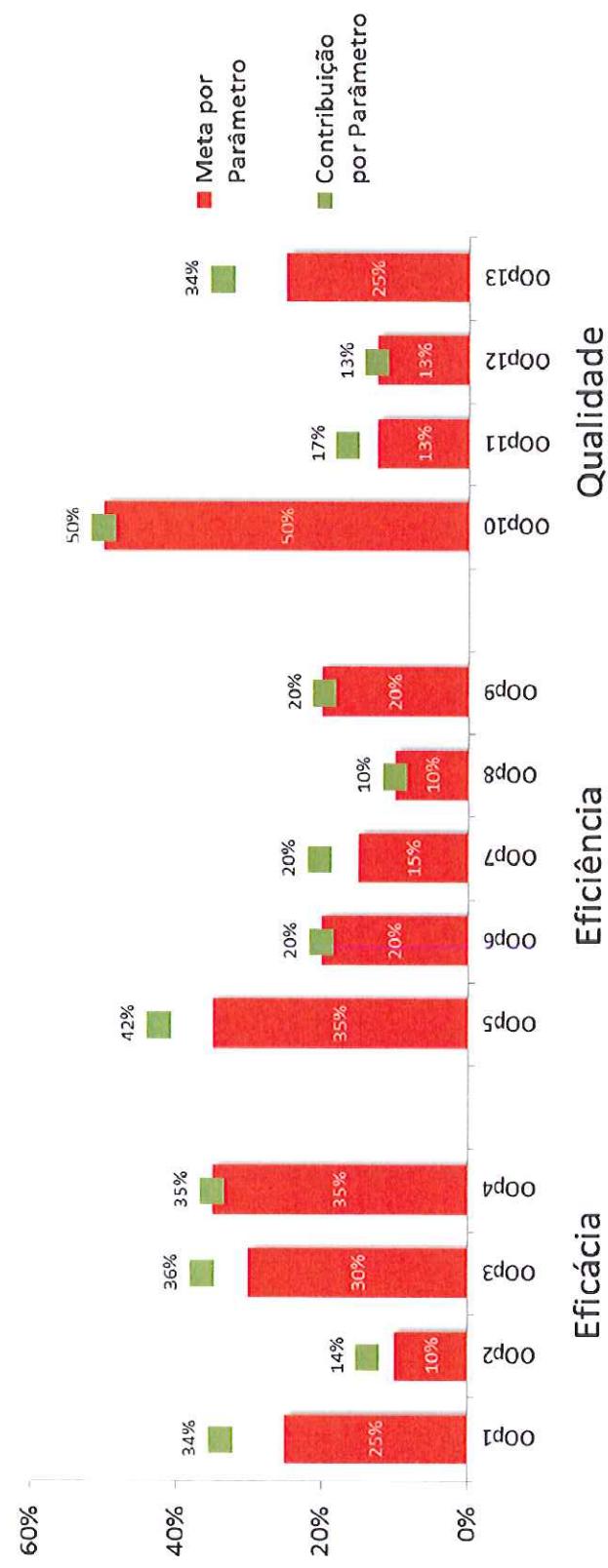


Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro

Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro

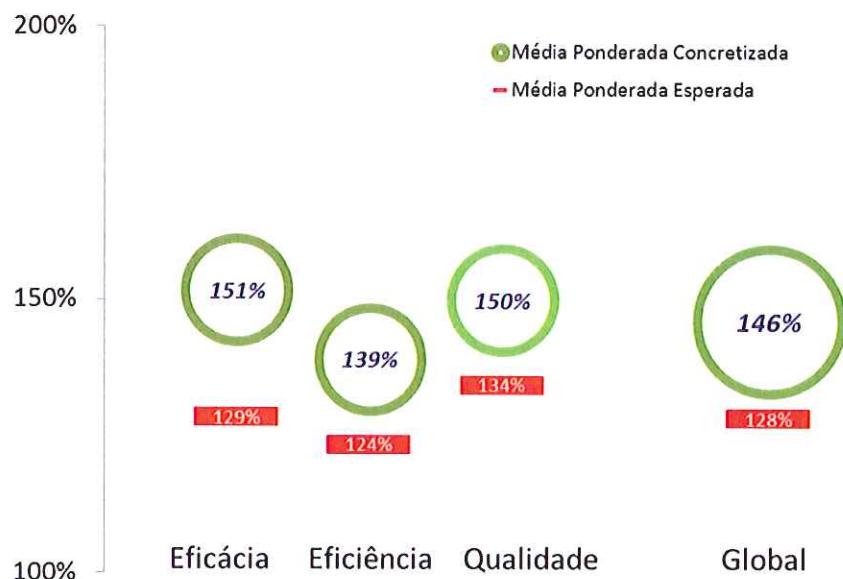


Tabela 1 - Análise por Indicador 2016

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 dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	50%	135%	68%	135%
	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	135%	68%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidular	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	135%	27%	121%
	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	40%	135%	54%	
	Manutenção da reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (Reserva= n.º médio de m2 existentes)	40%	100%	40%	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea	N.º de novos dadores CEDACE tipados	65%	100%	65%	100%
	N.º de dadores CEDACE ativados	35%	100%	35%	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	100%	121%	121%	121%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação (R)	% 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%	100%	50%	100%
	N.º de unidades de SCU criopreservadas	50%	100%	50%	
OOp9: Aumentar o Racio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (R)	N.º de sessões de colheita durante a semana relativas às do fim-de-semana	100%	98%	98%	98%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (R)	Entrega de proposta optimização do ensino em modalidade de e-learning (meses)	50%	100%	50%	100%
	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	50%	100%	50%	
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (R)	Percentagem de testes metrológicos efetuados	70%	135%	95%	132%
	N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	125%	37,5%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (R)	% de aumento da referenciação de dadores	100%	100%	100%	100%
OOp13: Disponibilizar através do Portal da Transparéncia do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão (R)	N.º de novos indicadores	100%	135%	135%	135%

5.3. 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.

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 sujeitas 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 2016 para cada um dos parâmetros, bem como o impacto no cumprimento dos objetivos estratégicos plurianuais, inscritos no Plano Estratégico 2014 – 2016.

De um modo geral, verifica-se que, a realização dos objetivos operacionais evidenciada através das circunferências verdes, superior à planeada visível nos círculos 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 2 - Matriz de relacionamento Objetivos estratégicos/Objetivos operacionais de 2016

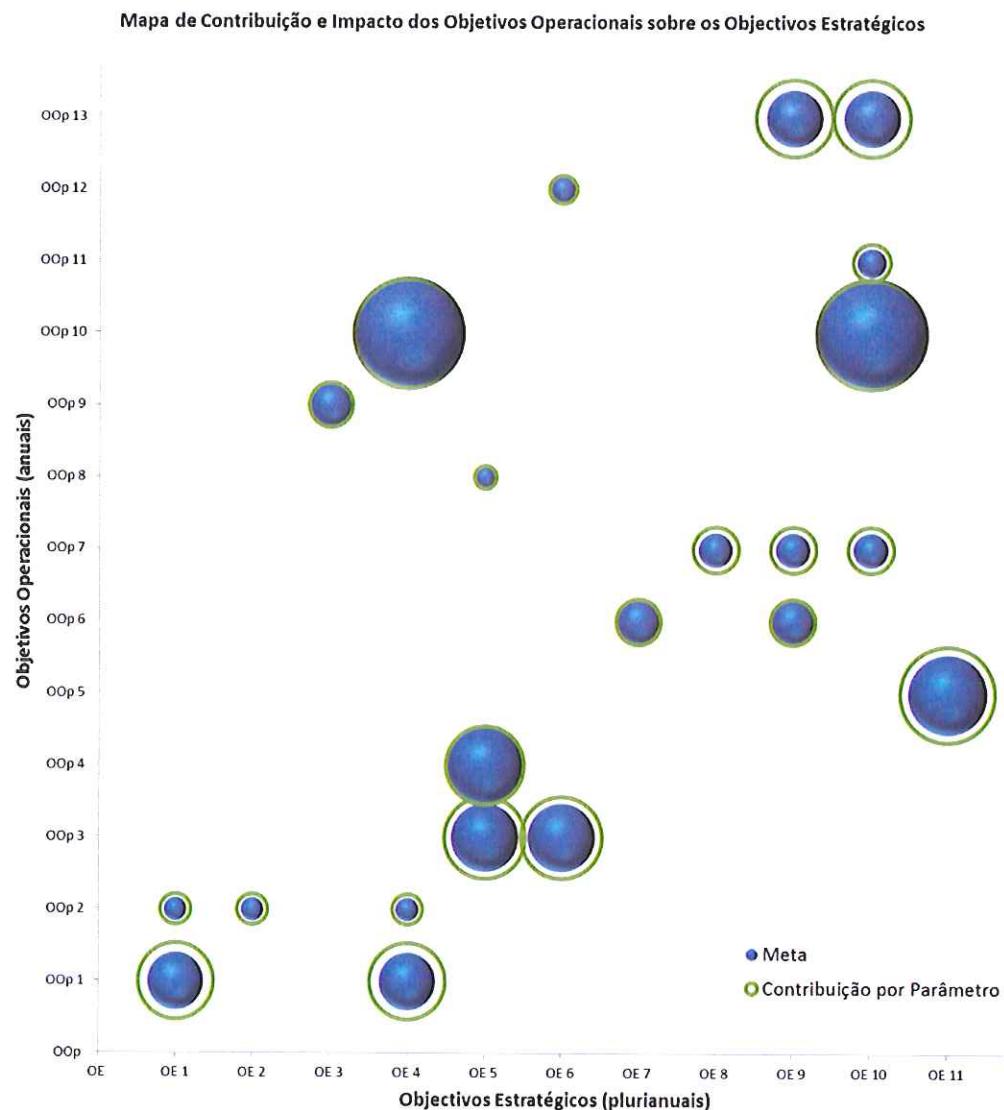
	OBJETIVOS OPERACIONAIS 2016		OE 1	OE 2	OE 3	OE 4	OE 5	OE 6	OE 7	OE 8	OE 9	OE 10	OE 11
OOp 1	Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE)		X			X							
OOp 2	Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos		X	X		X							
OOp 3	Desenvolver o banco multitecidular						X	X					
OOp 4	Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea						X						
OOp 5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST												X
OOp 6	Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantação									X	X		
OOp 7	Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais										X	X	X
OOp 8	Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical						X						
OOp 9	Aumentar o Rácio de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral				X								
OOp 10	Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST					X							X
OOp 11	Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos												X
OOp 12	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação							X					
OOp 13	Disponibilizar através do Portal da Transparência do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão										X	X	

Tabela 3 - Grau de contributo dos objetivos operacionais para os objetivos estratégicos (2016)

Objetivos Operacionais	Meta											Contribuição por Parâmetro										
	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 Enrichitórios	25%			25%								50%	34%									60%
OOp2: Assegurar a dívida de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	10%	10%		10%								30%	14%	14%								41%
OOp3: Desenvolver o banco multicelular												60%										73%
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%									42%
OOp6: Desenvolver a plataforma informática de suporte ao Registo Português da Transplantacão (R)												20%	20%									40%
OOp7: Melhorar a articulação em matéria de relações internacionais												15%	15%	15%	45%							61%
OOp8: Optimização, 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 pô-labral (R)												20%										20%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (R)												50%	100%									50%
OOp11: Promover a qualidade e garantir a segurança do doente no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (R)												13%	13%									17%
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantacão (R)												13%										13%
OOp13: Disponibilizar através do Portal da Transparéncia do SNS, indicadores de desempenho ou de resultado no âmbito da saúde do cidadão												25%	25%	50%							68%	

Página 21 de 248

Gráfico 3 - Impacto da realização dos OOp de 2016 nos OEs (2014 – 2016)⁴



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

⁴ 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 2016

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 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 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 estabelecido em 9 dias a meta para o indicador $\text{Reserva} = \text{n.º médio de unidades CE existentes} / \text{n.º médio de unidades de CE consumidas}$ (em dias de consumo), referente ao ano de 2016, tendo o IPST, IP superado e obtido como resultado 16,90 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 melhor a colheita ao consumo de componentes sanguíneos pelo que se tenderá a procurar metodologias que permitam aumentar a reserva de CE no IPST, 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 8.000 e 9.000 unidades de Concentrado de Eritrócitos. Nestas situações, só em casos muito raros poderá haver 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 historicamente foi definido o índice de 40 dádivas por mil habitantes por ano, está 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 a ficar 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 progressiva diminuição da taxa de natalidade desde há 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 natalidade⁵ e emigração, cujo resultado evidente é um

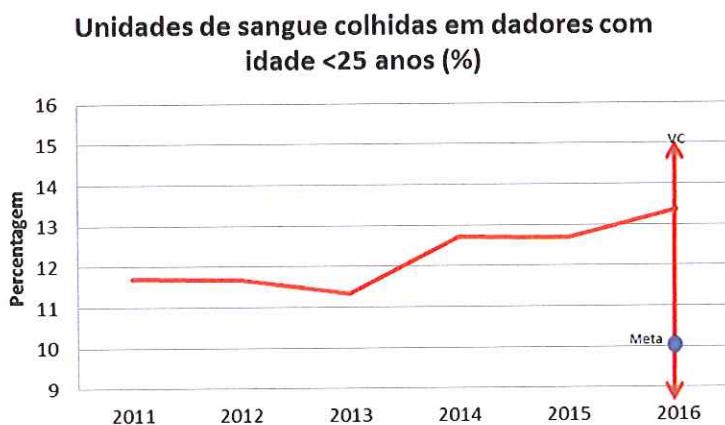
⁵ A taxa bruta de natalidade atingiu, em 2012 o valor mais baixo dos últimos 60 anos (8,5%). Na década de 60 situava-se nos 24,1%.

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 tem dois indicadores:

- Percentagem de unidades de sangue colhidas em dadores com idades <25 anos;

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



Este indicador foi **superado** em 2016, apresentando um total de 25055 unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (Meta = 10% relativamente ao total de unidades de sangue colhidas e Tolerância = 2% relativamente ao total de unidades de sangue colhidas), representa 13,27% do total de unidades de sangue colhidas, resultado que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

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

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



Este indicador foi **superado** em 2016, apresentando um total de 38654 unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (Meta = 15% relativamente ao total de unidades de sangue colhidas e Tolerância = 3% relativamente ao total de unidades de sangue colhidas), representa 20,48% do total de unidades de sangue colhidas, o que se traduz numa taxa de realização global de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

OBJETIVO DE EFICÁCIA - OOP 3: DESENVOLVER O BANCO MULTITECIDULAR

No âmbito da atividade do Banco de Tecidos do IPST, nomeadamente o processamento, estudo laboratorial, armazenamento e distribuição de tecidos de origem humana para utilização em transplantação este objetivo tem 3 indicadores:

- Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processada;

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 2016, com uma taxa de aproveitamento de 100% de peças de osso humano processadas (Meta = 75 e Tolerância = 5), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

- Taxa de aproveitamento de membrana amniótica processada (%)

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

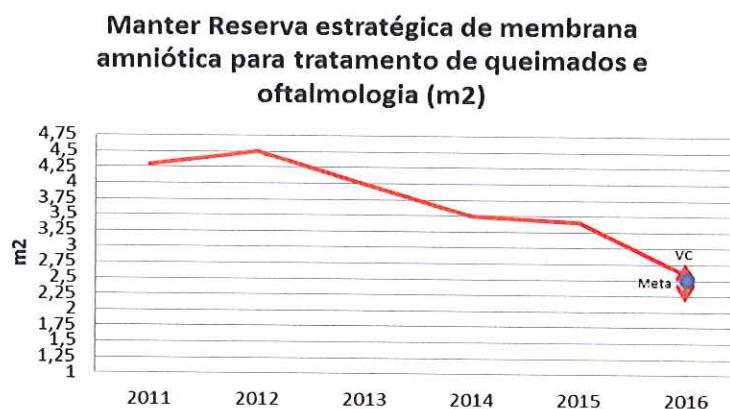


Este indicador foi **Superado** em 2016, com 100% de taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (Meta = 75 e Tolerância = 4), o que se traduz numa taxa de realização de 135%, ou seja, um desvio positivo de 35%.

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

- Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m^2)

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)



A diminuição 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, os quais não justificam a manutenção de uma reserva tão elevada, sob a pena de haver um aumento de desperdício a nível do termo do prazo de conservação dos tecidos, dos recursos humanos, equipamentos e consumíveis.

As metas propostas em 2016 permitem assim uma maior adequação às necessidades nacionais, garantindo uma gestão racional dos recursos do Banco Multitecidular.

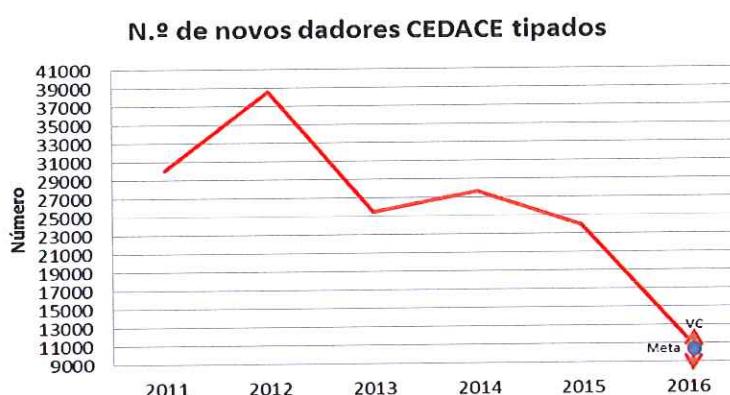
Este indicador foi **atingido** em 2016, com a manutenção de reserva amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia correspondente a 2,6 m^2 (Meta = 2,5 e Tolerância = 0,3), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

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 CEDACE⁶ com dois indicadores:

- Número de novos dadores CEDACE tipados

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



A atividade do CEDACE tem crescido nos últimos 4 anos, sustentada pela manutenção do número de dadores inscritos pelo IPST,IP no registo CEDACE. Este fenómeno sustentado é, seguramente, um sinal da generosidade de todos os dadores, mas também do investimento do Ministério da Saúde e dos apoios de instituições não-governamentais.

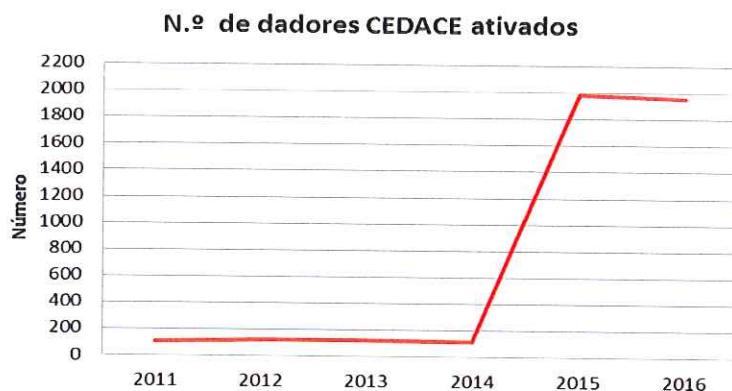
Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 16000 de novos dadores CEDACE tipados (Tolerância = 2200; Valor Crítico= 25750).

Este indicador revisto para uma Meta = 10000, foi **atingido** em 2016, apresentando um total de 11669 novos candidatos a dador CEDACE tipados, o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

⁶ 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.

➤ Número de dadores CEDACE ativados

Gráfico 11 - Indicador 4.2.: N.º de dadores CEDACE ativados⁷



Este indicador foi definido inicialmente com uma Meta = 2250 novos dadores CEDACE ativados (Tolerância = 100), tendo sido solicitada a alteração do valor da meta para 2000⁸.

O indicador avalia o nº de dadores para os quais são efetuados testes complementares para verificar identidade e compatibilidade HLA, com doente/s com indicação para receber transplante células progenitoras hematopoiéticas; Os pedidos são solicitados por registos internacionais ou unidades de transplantação de medula óssea nacionais, estando por isso a sua realização dependente de fatores externos à Instituição. A escassez de recursos humanos no IPST,IP gera ineficiências nos tempos de resposta a solicitações de pedidos, com implicações negativas na capacidade de resposta e em termos de resultados.

Acresce referir que o cumprimento da meta inicialmente carece de autorização para a contratação de recursos humanos. Uma vez que tal não se encontra na exclusiva dependência da atuação do organismo, mas de condicionalismos externos ao IPST,IP não deve, salvo melhor opinião, influir na avaliação do desempenho global da instituição.

O indicador revisto foi atingido em 2016, com 1955 dadores CEDACE ativados (Meta = 2000 e Tolerância = 100), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

⁷ 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.

⁸ Proposta de alteração homologada 06/01/2017, pelo gabinete de SE Ministro Saúde.

OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 5: MELHORAR O DESEMPENHO FINANCEIRO DO IPST, IP

A melhoria e sustentabilidade do desempenho financeiro do IPST, IP assumem um cariz de primeira linha de atuação tendo como indicador o prazo médio (n.º de dias) de pagamento a fornecedores:

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



Na sequência da redução de 36,66%, de 2012, quando o IPST, IP passou de um prazo médio de pagamento (PMP) a fornecedores de 115 dias, em 2013, foi obtida uma redução de 60,87% do prazo médio de pagamento a fornecedores. Já em 2014, o PMP a fornecedores situava-se nos 28,37 dias. No ano de 2015 com o PMP a situar-se nos 20,3 dias.

Em 2016 com o PMP situa-se nos 26,5 dias (Meta = 60; Tolerância = 10 Valor Crítico = 21), o que se traduz numa taxa de realização de 121%.

A **superação** deste indicador deve-se ao trabalho desenvolvido pela equipa do Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira do IPST, IP.

OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 6: DESENVOLVER A PLATAFORMA INFORMÁTICA DE SUPORTE AO REGISTO PORTUGUÊS DA TRANSPLANTAÇÃO (RPT)

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, ligado em rede aos hospitais de colheita, aos Gabinetes Coordenadores, Unidades de Transplantação e ACSS permite desmaterializar todo o processo, com controlo das fases e comunicação à ACSS dos pagamentos afetos às Unidades de Colheita e às Unidades de Transplantação.

Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 10% (Tolerância = 5), foram desenvolvidos os módulos de acordo com a planificação do desenvolvimento do RPT.

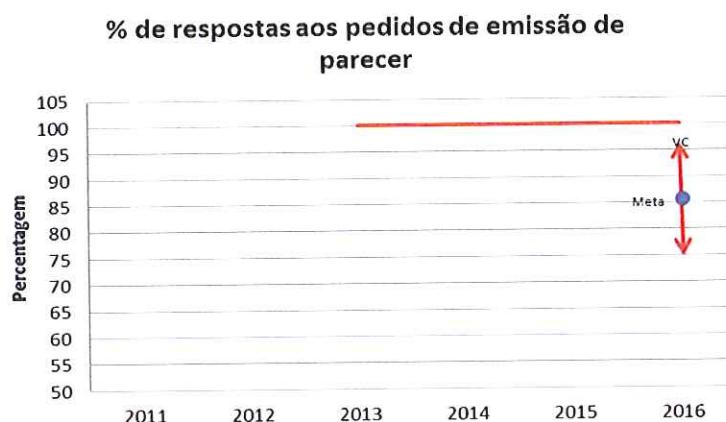
Gráfico 13 - Indicador 6.1. – Percentagem de implementação do projeto piloto do RPT



Este indicador foi atingido - Meta = 10% o que se traduz numa taxa de realização de 100%. A importância do RPT no âmbito da estruturação da área da transplantação, potenciaram o cumprimento deste objetivo. Em 2016 a realização deste indicador deve-se ao 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 2016, tendo sido cumpridos 100% dos prazos de resposta aquando dos pedidos de emissão de parecer (Meta = 85, Tolerância = 10 e Valor Crítico = 100), 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



A criação de um novo procedimento de registo das atividades internacionais que envolve a gestão de recursos humanos, o CD e a gestão do portal institucional, permitiu a **superação** deste indicador no ano de 2016, tendo-se atingido 100% da divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional (Meta = 80, Tolerância = 5 e Valor Crítico = 90), 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

O resultado obtido destes dois indicadores deve-se à aquisição e desenvolvimento de competências e formação dos intervenientes internos e externos ao Banco Público de Células do Cordão Umbilical.

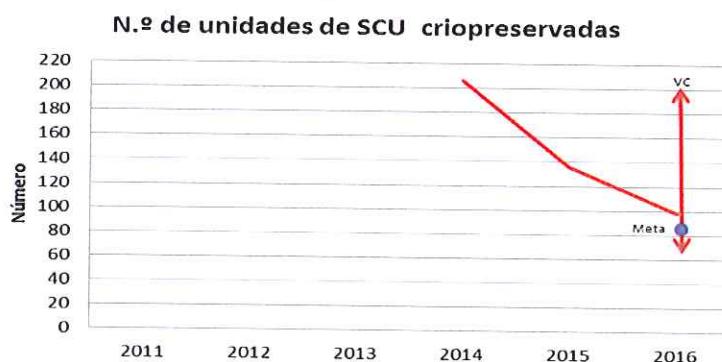
Gráfico 16 - Indicador 8.1. – % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento



Este indicador foi **atingido** no ano de 2016, tendo sido obtida uma taxa de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento substancialmente menor ao fixado como meta: 2,0% (Meta = 2,5 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

A execução do indicador seguinte reflete o trabalho de gestão e sensibilização desenvolvido junto das unidades de colheita. Verificamos que até à data a média mensal está nas 145 unidades de SCU recebidas.

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



Este indicador foi **atingido** no ano de 2016, tendo sido criopreservadas 98 unidades de SCU (Meta = 85 e Tolerância = 20), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

OBJETIVO DE EFICIÊNCIA – OOP 9: AUMENTAR O RACIO DE SESSÕES DE COLHEITA DURANTE A SEMANA E EM PERÍODO PÓ-LABORAL (R)

O indicador “Número de sessões de colheita durante a semana relativas ao fim de semana” promove a tendência para fixar a dádiva de sangue em locais fixos e em horários facilitadores da mesma em articulação com o “call center”, evitando assim a concentração do esforço de colheita em fins de semana.

Gráfico 18 - Indicador 9.1. Nº de sessões de colheita durante a semana relativas ao fim de semana



*Nota: em 2015 a métrica associada ao indicador foi substituída por % de sessões de colheita realizadas em dias úteis ($nº$ de sessões de colheita realizadas nos dias úteis/ $nº$ de sessões de colheita totais) * 100%.*

Este indicador embora não tenha sido atingido no ano de 2016, tendo sido realizadas 63,2% do número de sessões de colheita de sangue durante os dias de semana (Meta = 65,6 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 98%, ficou muito próximo da meta proposta.

A reorganização do planeamento das sessões de colheita com fusão das sessões de colheita com baixa procura, ocorrido ao longo de 2016, estas encontravam-se concentradas no período de semana, pelo que esta alteração provocou um desvio de 2,4% em relação ao inicialmente planeado, em contrapartida aumentou o n.º médio de unidades de ST colhidas por sessão de colheita.

OBJETIVO DE QUALIDADE – OOP 10: PROMOVER E DESENVOLVER A QUALIFICAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DO IPST, IP (R)

O indicador 10.1. «Implementação do ensino na modalidade de e-learning no IPST (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. – Implementação do ensino na modalidade de e-learning no IPST (meses)



Para este indicador foi definido inicialmente uma Meta = 12 (Tolerância = 0), este indicador foi atingido no ano de 2016, esta modalidade de formação ficou disponível no IPST,IP em dezembro de 2016, o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

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

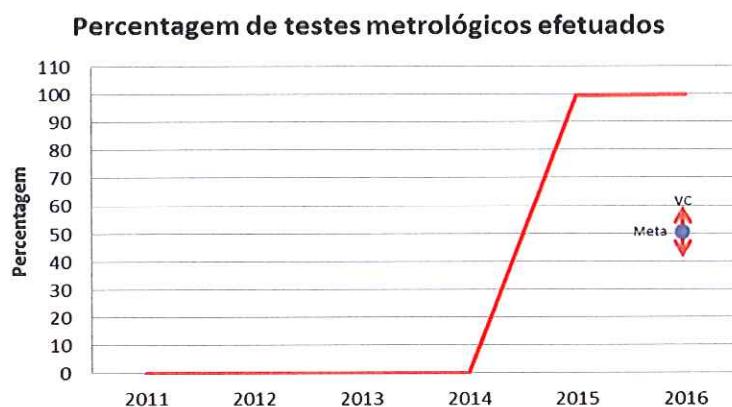


Este indicador foi atingido no ano de 2016, tendo sido realizadas as 2 reuniões previstas (Meta = 2 e Tolerância = 1), o que se traduz numa taxa de realização de 100%.

OBJETIVO DE QUALIDADE - OOP 11: PROMOVER A QUALIDADE E GARANTIR A SEGURANÇA DO DOENTE NO DOMÍNIO DO SANGUE HUMANO E COMPONENTES SANGUÍNEOS

O indicador 11.1 Percentagem de testes metrológicos efetuados traduz a atividade desenvolvida pelo setor de metrologia do gabinete de gestão da qualidade do IPST,IP, iniciada em 2015.

Gráfico 21 - Indicador 11.1. Percentagem de testes metrológicos efetuados



Este indicador foi **superado** no ano de 2016, tendo sido realizada uma taxa de 100% de testes metrológicos planeados (Meta = 50 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 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 **superado** no ano de 2016, tendo sido realizadas 27 visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional nacionais (Meta = 21 e Tolerância = 3), o que se traduz numa taxa de realização de 121%, com um desvio positivo de 21%.

OBJETIVO DE QUALIDADE - OOP 12: REORGANIZAR A REDE DE COORDENAÇÃO DE COLHEITA E TRANSPLANTAÇÃO (R)

O indicador 12.1. permite avaliar a percentagem de aumento da referenciação de dadores de órgão e tecidos por parte das unidades de colheita e gabinetes coordenadores de colheita e transplantação.

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



Este indicador foi atingido no ano de 2016, tendo sido realizada uma taxa de aumento da referenciação de dadores de 5% (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

Foram disponibilizados 25 novos indicadores através do portal da transparência do SNS. Este indicador foi iniciado e superado em 2016 (Meta = 2 e Tolerância = 1) o que se traduz numa taxa de realização de 135%.

Gráfico 24 - Indicador 13.1. Número de novos indicadores



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 2016, os quais devem decorrer nos termos fixados para os indicadores dos objetivos estratégicos e operacionais constantes no QUAR 2016, aprovado pela tutela e divulgado no site da Instituição. O plano de atividades e os objetivos das unidades orgânicas aprovados pelo Conselho Diretivo para 2016 tiveram participação ativa na sua definição assim como das métricas a eles associadas das diversas equipas afetas aos serviços e o seu acompanhamento foi essencial para o nível de desempenho em todas as áreas de atividade.

De realçar que uma das saídas da análise é a classificação dos indicadores de acordo com o seu valor versus o objetivo ("Não atingiu", "Atingiu" e "Superou"). Atendendo à classificação dos indicadores, assim como à análise dos resultados ao longo do tempo, os responsáveis pela gestão das atividades traduzidas por estas medições, deverão, tomar ações de melhoria, se necessário. Por exemplo, atividade ou conjunto de atividades representadas por indicador que evidencie que um resultado não está a ser atingido, deverão ser tomadas ações que garantam que o resultado é atingido (podendo ou não implicar a revisão do planeamento).

Foi concretizada uma análise nacional para 2016 que constitui o somatório dos KPI's das unidades homogéneas do IPST, IP que são os três Centros de Sangue e Transplantação. Somente com esta monitorização e avaliação teremos o resultado global nacional da atividade do IPST, IP. Esta agregação é essencial para a gestão integrada da execução anual. Tal não obsta, a apresentação dos resultados parciais por Centro de sangue e da transplantação (Lisboa, Coimbra e Porto).

Paralelamente, desenvolvemos 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 sangue⁹

Sangue Total

1. Aumentar o número de unidades de ST colhidas
2. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos
3. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34
4. Aumentar o nº de dadores no posto fixo
5. Aumentar número de unidades (dadores) de sangue total colhidas em PF
6. Aumentar número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (Primeira vez no CST)
7. Manter o número total de dádivas de novos dadores de ST em Sessão de Colheita (Primeira vez no CST) (exceto PF)
8. Diminuir o número de dadores de sangue total suspensos
9. Eventos Adversos em Dadores - reações não graves
10. Eventos Adversos em Dadores - reações graves
11. Manter o número de dadores previstos para sangue total
12. Número de dadores inscritos para sangue total
13. Manter o número de dadores de sangue total (elegíveis) que iniciaram a colheita
14. Aumentar o número de dádivas de sangue total completas (em que qualquer componente resultante é utilizável para processamento) Reduzir erros
15. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
16. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas
17. Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S)
18. Aumentar o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira
19. Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)
20. Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica
21. Aumentar a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)
22. Manter a percentagem de dadores inscritos por mês
23. Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
24. Aumentar a média de unidades de sangue total colhidas no período de segunda a sexta-feira

⁹ Em 2016, foram monitorizados pelo ciclo de gestão anual mais 90 indicadores – área do sangue, relativamente a 2015, este aumento deveu-se integração de um único sistema de monitorização de indicadores que dê resposta às várias solicitações de resultados.

25. Manter a média de unidades de sangue total colhidas por dia
26. Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita
27. Manter o desempenho das equipas de colheita
28. Frequência da dádiva (Anual)

Aférese

29. Manter o nº de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).
30. Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34
31. Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)
32. Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese
33. Aumentar o número de unidades plasma produzidos (aférese)
34. Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)
35. Aumentar o número de unidades plasma validados para transfusão (aférese)
36. Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)
37. Aumentar o número de procedimentos de aférese com colheita de plaquetas e plasma.
38. Diminuir o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas
39. Aumentar o número total de dádivas de novos dadores por aférese
40. Diminuir o número de dadores de aférese suspensos
41. Diminuir o número de dadores plaquetaférese suspensos
42. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves
43. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves
44. Aumentar o número de dadores ativos de aférese
45. Aumentar o número de dadores inscritos para aférese
46. Aumentar o número de dadores inscritos para plaquetaférese (Multicomponente)
47. Aumentar o número de sessões de aférese por mês
48. Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês
49. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
50. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas
51. Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica
52. Diminuir a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)

53. Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores)
54. Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)
55. Manter a percentagem de dadores inscritos por mês
56. Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
57. Aumentar o número médio de dadores previstos por sessão de aférese
58. Aumentar a média diária de procedimentos de aférese
59. Frequência da dádiva (Anual)
60. Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia

Produção

61. Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total)
62. Manter o número de Buffy Coats produzidos (sangue total)
63. Manter o número de POOL de plaquetas produzidas (sangue total)
64. Manter o número de unidades de plasma produzidas (sangue total)
65. Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)
66. Aumentar o número de CUP de plaquetas entrados em inventário
67. Manter o número de pools de plaquetas entrados em inventário
68. Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão (incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total))
69. Diminuir o número de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total).
70. Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)
71. Aumentar o número de CUP distribuídas
72. Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)
73. Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).
74. Monitorizar o número de unidades de crioprecipitado distribuídas
75. Monitorizar o Total de quilogramas (litros) de plasma enviados para fracionamento
76. Monitorizar o número de unidades de plasma distribuídas para transfusão com redução patogénica
77. Monitorizar o número de unidades de plaquetas distribuídas com redução patogénica
78. Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)
79. Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)
80. Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)

81. Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)
82. Aumentar o número total de amostras analisadas expressa como o número total de doações onde as amostras foram colhidas e são adequados para o teste
83. Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional
84. Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S)
85. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
86. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas
87. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis
88. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade
89. Manter a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade
90. Manter a % de inutilização de CUP por prazo de validade
91. Manter o n.º de inutilização de Plasma por prazo de validade
92. Manter a AEQ dos testes laboratoriais%
93. Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"
94. Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
95. Manter a reserva média de unidades de CE existentes
96. Manter o n.º de unidades de Plasma de quarentena validados
97. Manter Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Analises)
98. Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) - LCP
99. Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) – LCP / Screenning microbiológico
100. Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento
101. Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento
102. Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade
103. Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade
104. Manter a produtividade das equipas de processamento
105. Aumentar a produtividade das equipas de testes de rotina
106. Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (ST)
107. Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)
108. Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)

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

Contudo cinco dos indicadores apresentam resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, tendo sido descontinuados em setembro de 2016 na revisão de objetivos:

- Aumentar o transporte de sangue e componentes sanguíneos a temperatura controlada nos/entre centros de sangue e transplantação (CST'S) (Implementar logística de Transporte) (meses);
- Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis (Início da realização das análises numa única área do CST) (meses).
- Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
- Manter a produtividade das equipas de processamento
- Aumentar a produtividade das equipas de testes de rotina

Para as atividades *supra* mencionadas foi identificada a causa da limitação

Ações: não sendo possível controlar a causa pelo IPST pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade.

7.2. Indicadores (KPI's) monitorizados na área da transplantação¹⁰

Transplantação

1. Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados
2. Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados
3. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)
4. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim
5. Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre *
6. Monitorizar o N.º estudos em candidatos a transplante de Rim
7. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
8. Manter todas as ocorrências tipificadas/tratadas
9. Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis - CST
10. Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante
11. Manter a AEQ de Crossmatch CDC
12. Manter a AEQ de Crossmatch CF

¹⁰ Em 2015, foram monitorizados pelo ciclo de gestão anual mais 54 indicadores – área da transplantação, relativamente a 2015, este aumento deveu-se integração de um único sistema de monitorização de indicadores que dê resposta às várias solicitações de resultados.

13. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA
14. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA
15. Manter a AEQ de Tipagens HLA
16. Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
17. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial
18. Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)
19. Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)
20. Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA - GS e ID Acs)

Banco Tecidos

21. Aumentar o número de tecidos recebidos (Tecido Músculo-esquelético)
22. Aumentar o número de tecidos recebidos (Válvulas Cardíacas)
23. Aumentar o número de tecidos recebidos (Pele)
24. Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)
25. Monitorizar o número de pedidos de Tecido Músculo-esquelético
26. Monitorizar o número de pedidos de Válvulas Cardíacas
27. Monitorizar o número de pedidos de Pele
28. Monitorizar o número de pedidos de Membrana Amniótica
29. Monitorizar o número de pedidos de Córnea
30. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
31. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas
32. Manter a taxa de aproveitamento de peças de Tecido Músculo-esquelético processado
33. Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada
34. Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas
35. Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada
36. Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido Músculo-esquelético
37. Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica
38. Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas
39. Manter a taxa de distribuição de Pele
40. Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada
41. Diminuir a reserva estratégica de Membrana Amniótica
42. Manter a existência de peças de Tecido Músculo-esquelético
43. Manter a existência de Válvulas Cardíacas

44. Manter a resposta a pedidos de Córnea
45. Manter a resposta a pedidos de Pele

CEDACE

46. Monitorizar o N.º de pedidos de dadores CEDACE recebidos
47. Manter o nº de ativações a dadores CEDACE
48. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - Suspensos
49. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - eliminados
50. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE
51. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE nacionais
52. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE Internacionais
53. Manter o N.º Total de candidatos a dador na base dados Cedace
54. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - Dia Seguinte
55. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês
56. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano
57. Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE
58. Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
59. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial
60. Tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até entrada no laboratório

BPCCU

61. Manter N.º de unidades de sangue do cordão umbilical armazenadas
62. Manter o n.º de unidades de SCU aceites armazenadas e aptas para uso terapêutico
63. Monitorizar o nº. de unidades com registo no CEDACE
64. Manter o N.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas
65. Monitorizar o n.º de unidades de SCU aceites para processamento
66. Monitorizar o nº de unidades com hemoculturas positivas
67. Monitorizar o n.º de unidades não aceites por baixo volume
68. Monitorizar o n.º de unidades não aceites para processamento outras causas
69. Monitorizar o n.º total de unidades de SCU inutilizadas pelo banco por qualquer motivo (todo o processo de receção)
70. Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas
71. Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)

72. Manter o n.º de unidades de SCU validadas (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)
73. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1
74. N.º de ocorrências tipificadas
75. Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento - BPCCU
76. Manter a % de unidades inutilizadas - BPCCU
77. Diminuir o tempo médio de validação da unidade de SCU
78. Manter o tempo médio de resposta na ativação de unidade de SCU

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

Contudo dois dos indicadores apresentam resultados que não sustentam o alcance do seu objetivo, tendo sido descontinuados em setembro de 2016 na revisão de objetivos:

- Centralizar as análises de Imunohematologia e de agentes transmissíveis (Início da realização das análises numa única área do CST) (meses).
- Aumentar a % de procedimentos uniformizados com os outros CST
- Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada (não foi rececionada no BT em 2016)
- Monitorizar o nº. de unidades com registo no CEDACE; Diminuir o tempo médio de validação da unidade de SCU; Manter o tempo médio de resposta na ativação de unidade de SCU (registo não iniciado em 2016).

Para as atividades *supra* mencionadas foi identificada a causa da limitação

Ações: não sendo possível controlar a causa pelo IPST pelo que o objetivo foi revisto, concluindo-se pela sua descontinuidade

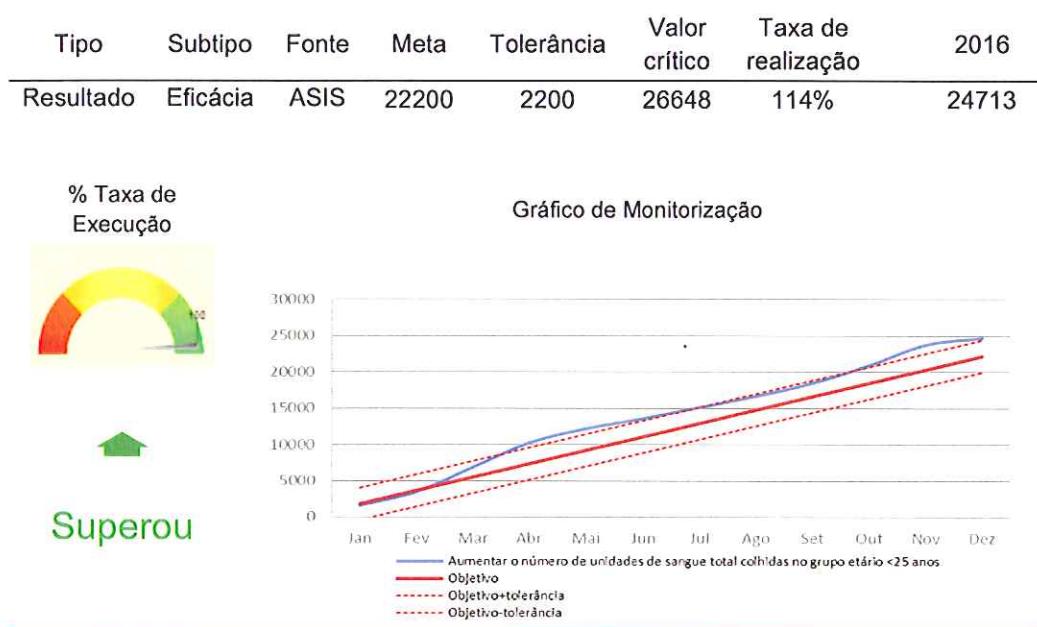
7.3. Medição e análise dos indicadores – Dashboard área sangue

Sangue Total

7.3.1. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas

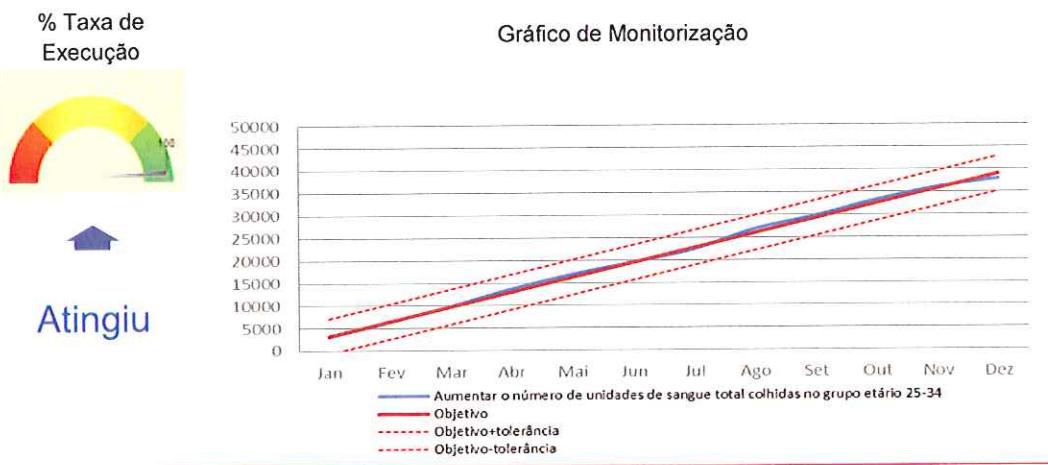


7.3.2. Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos



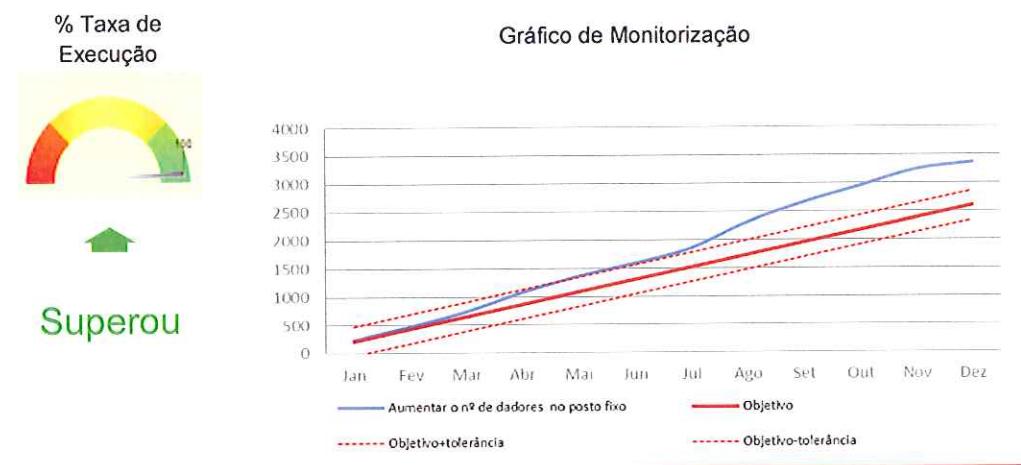
7.3.3. Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Q)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	39000	3900	46087	100%	37932



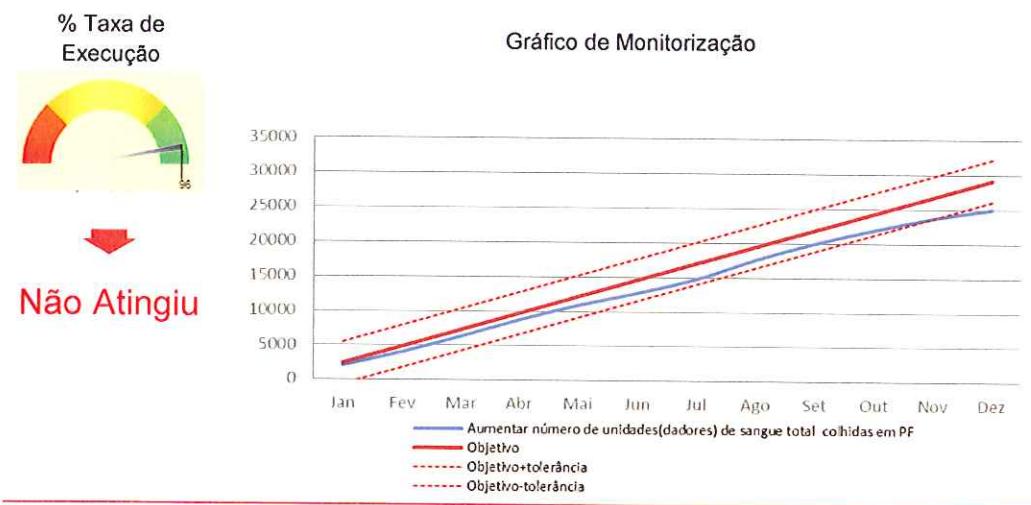
7.3.4. Aumentar o nº de dadores no posto fixo

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2600	260	2863	135%	3366



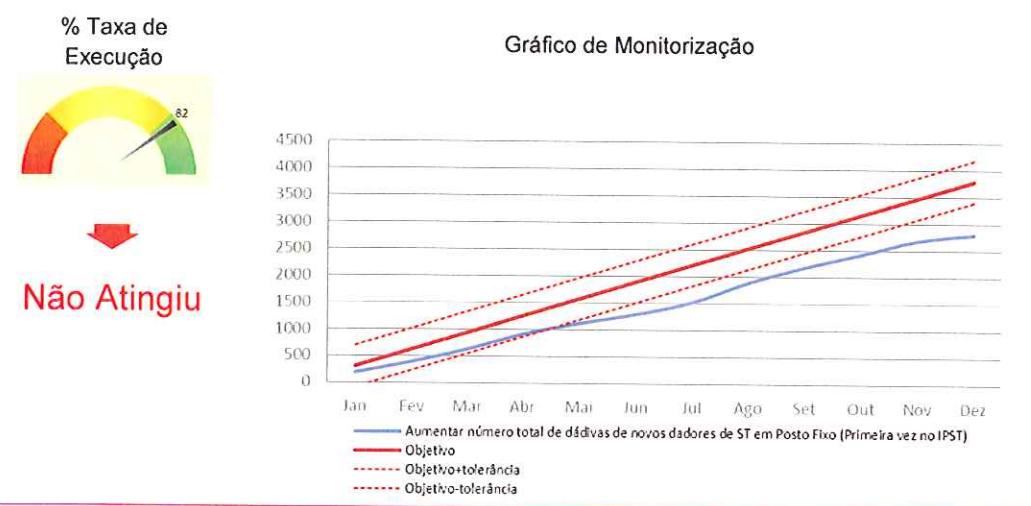
7.3.5. Aumentar número de unidades (dadores) de ST colhidas em PF

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	29200	3050	32452	96%	25035



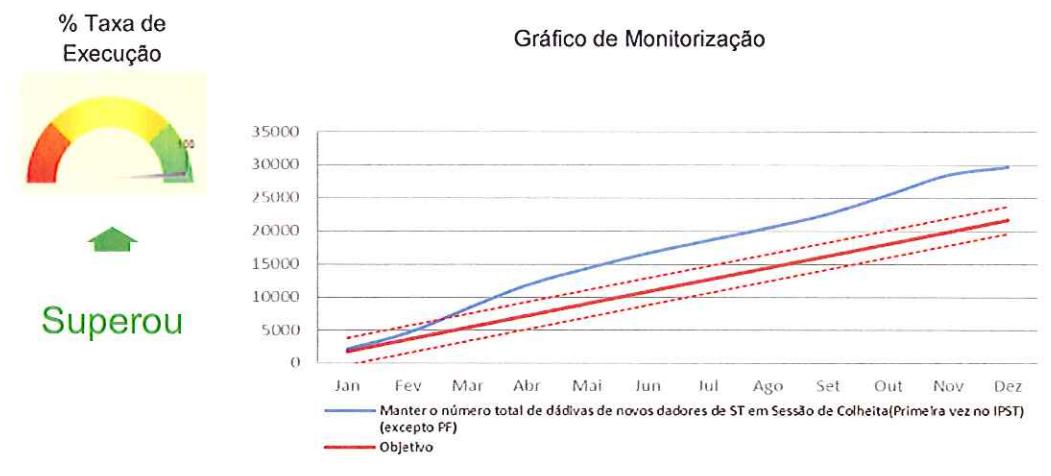
7.3.6. Aumentar número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (Primeira vez no CST)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	3800	390	3202	82%	2808



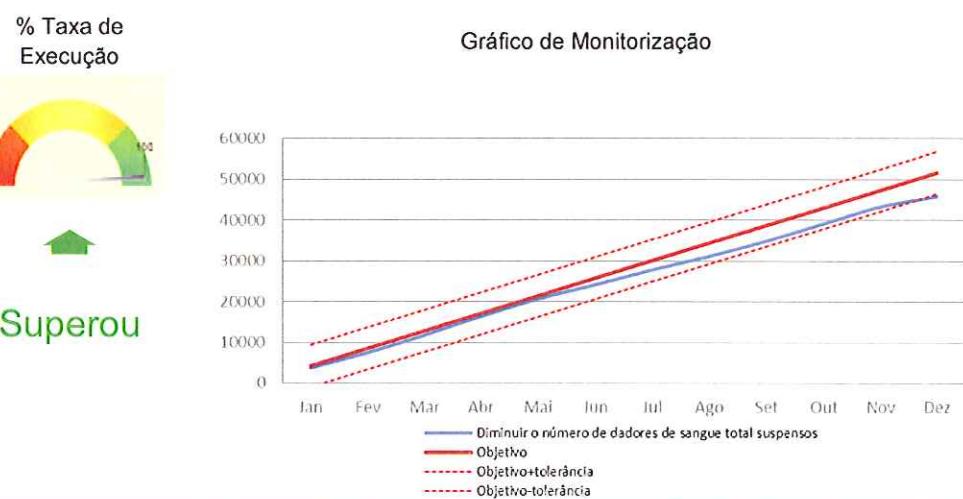
7.3.7. Manter o número total de dádivas de novos dadores de ST em Sessão de Colheita (Primeira vez no CST) (exceto PF)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	21700	2050	23753	135%	29739



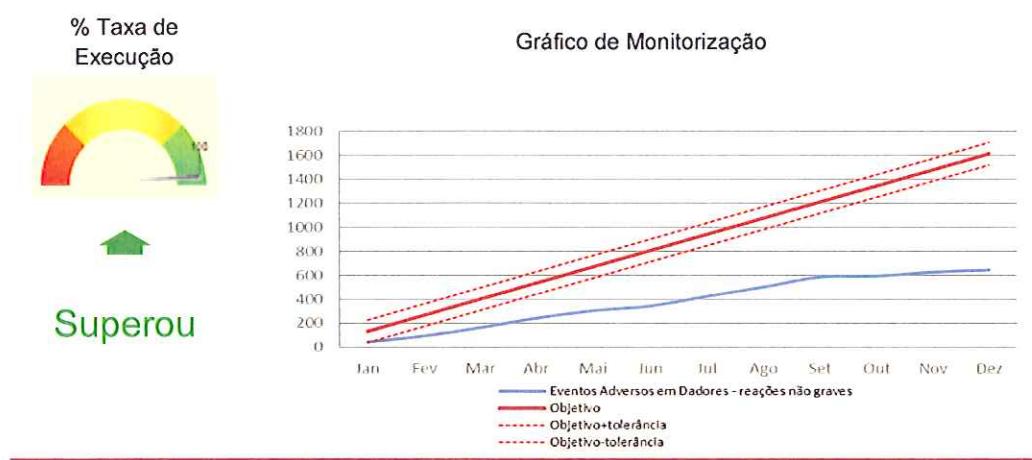
7.3.8. Diminuir o número de dadores de sangue total suspensos

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	51700	5160	46438	135%	45860



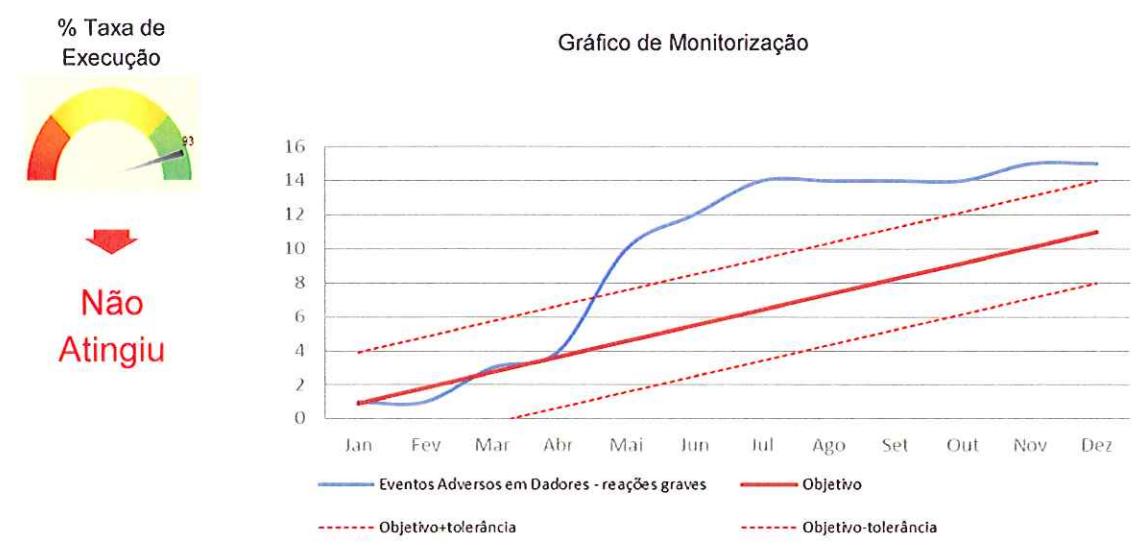
7.3.9. Eventos Adversos em Dadores - reações não graves

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1615	94	1509	135%	648



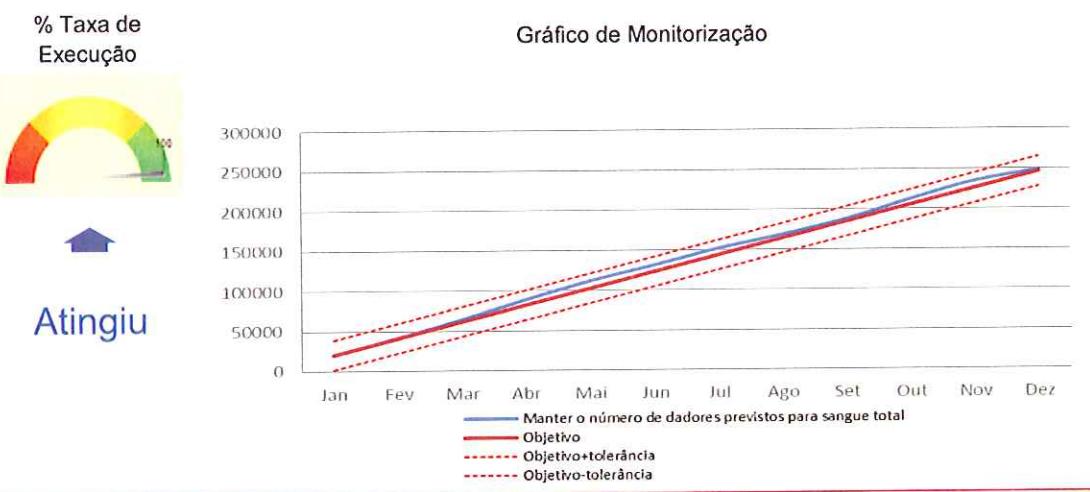
7.3.10. Eventos Adversos em Dadores - reações graves

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	11	3	15	93%	15



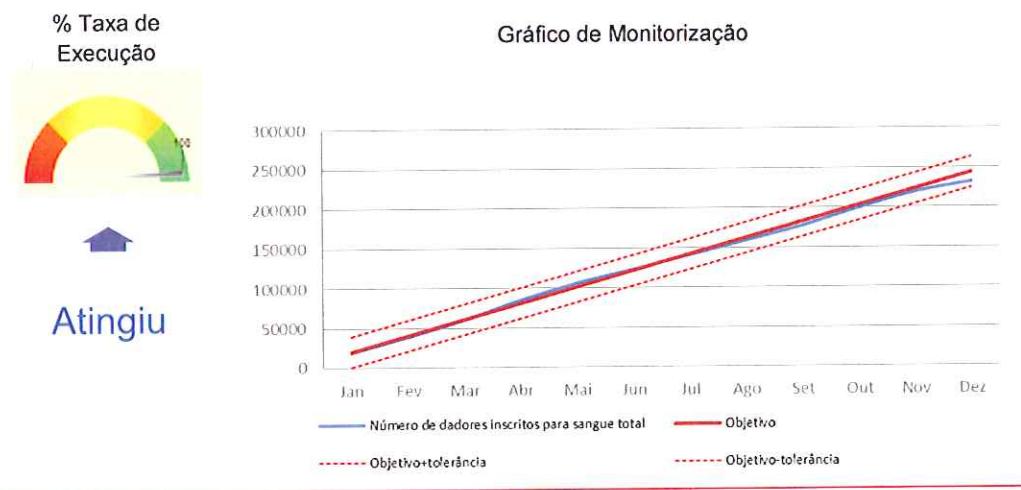
7.3.11. Manter o número de dadores previstos para sangue total

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	246400	18600	265002	100%	248349



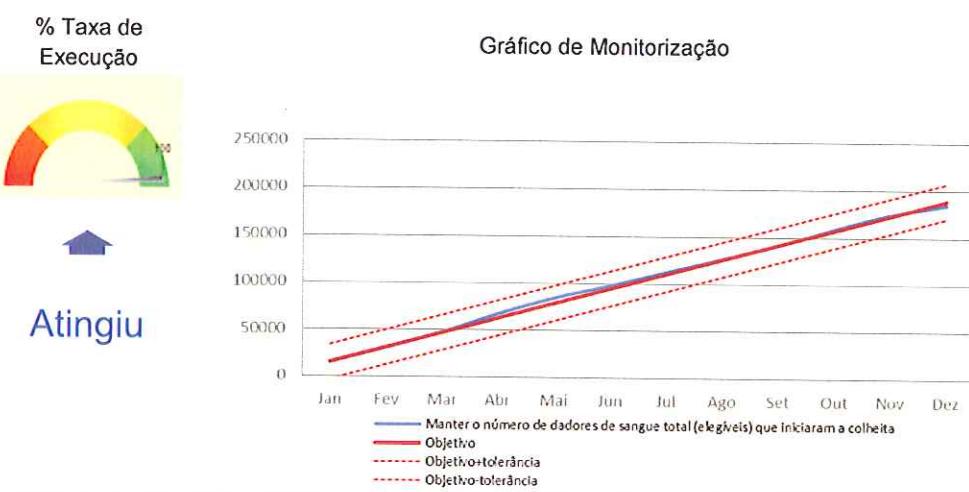
7.3.12. Número de dadores inscritos para sangue total

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	243800	19350	263153	100%	231849



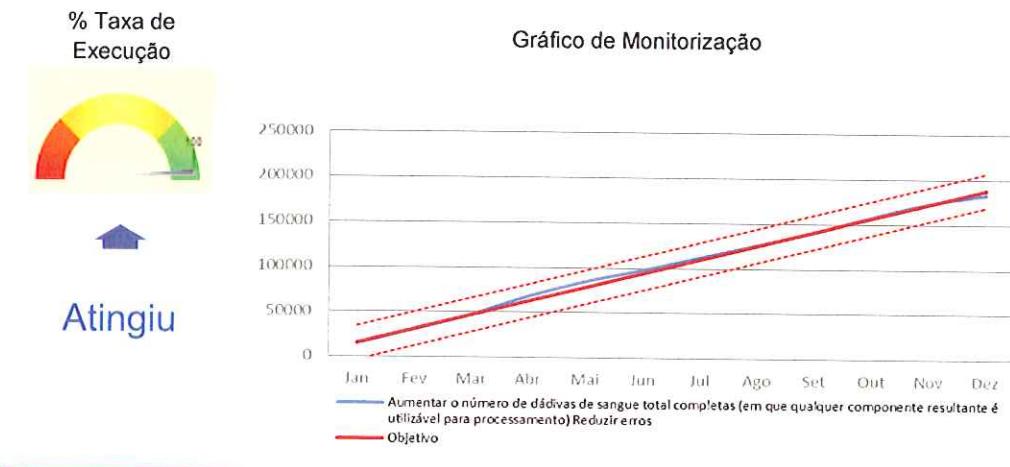
7.3.13. Manter o número de dadores de sangue total (elegíveis) que iniciaram a colheita

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	189000	18500	207602	100%	184826



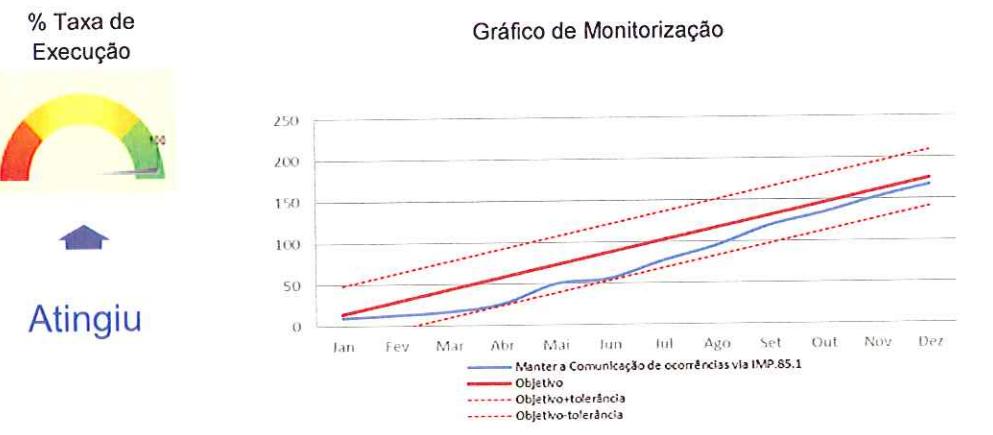
7.3.14. Aumentar o número de dádivas de sangue total completas (em que qualquer componente resultante é utilizável para processamento) Reducir erros

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	188500	18850	207452	100%	183414



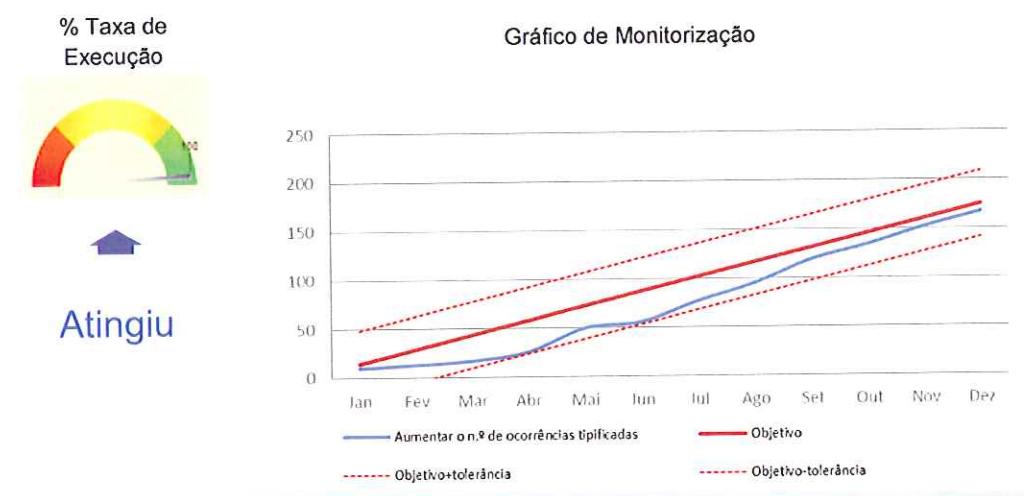
7.3.15. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	175	34	211	100%	167



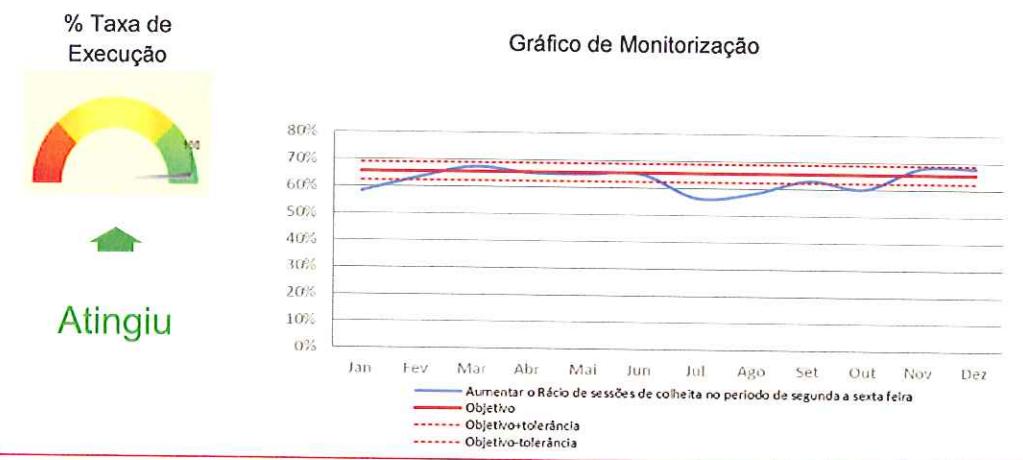
7.3.16. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	175	34	211	100%	167



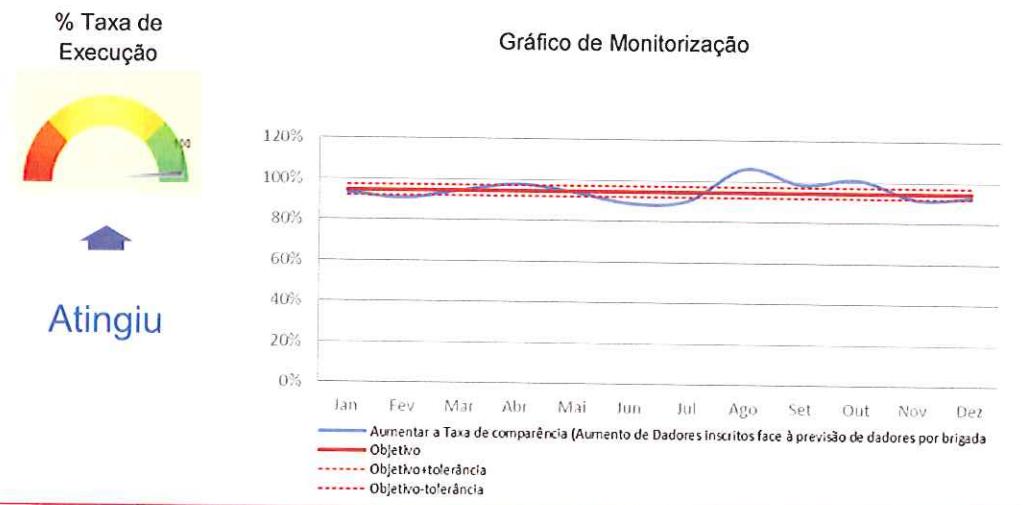
7.3.17. Aumentar o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta-feira

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	66%	3%	69%	100%	63,2%



7.3.18. Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	95%	3%	98%	100%	95%

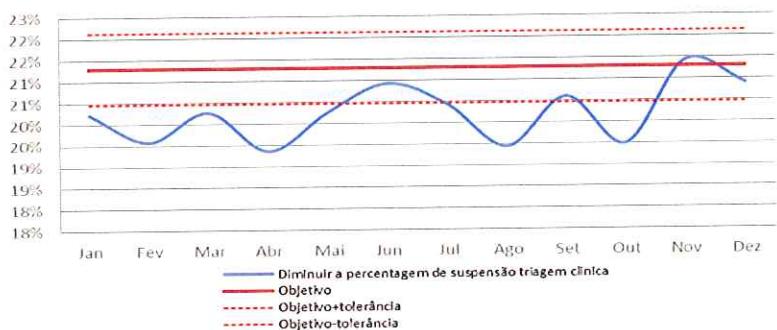


7.3.19. Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	21%	0,8%	20%	121%	20,2%



Gráfico de Monitorização



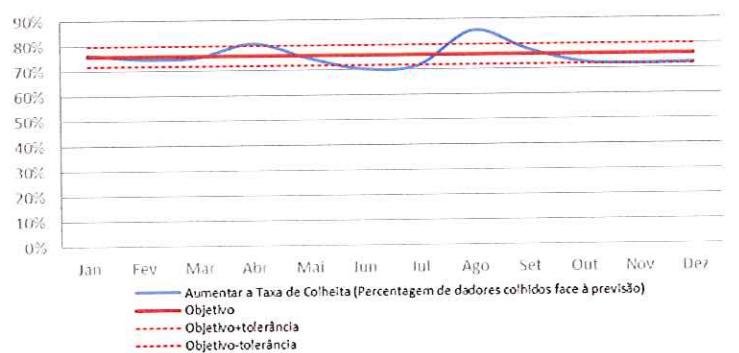
Atingiu

7.3.20. Aumentar a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	76%	4%	80%	100%	75,4



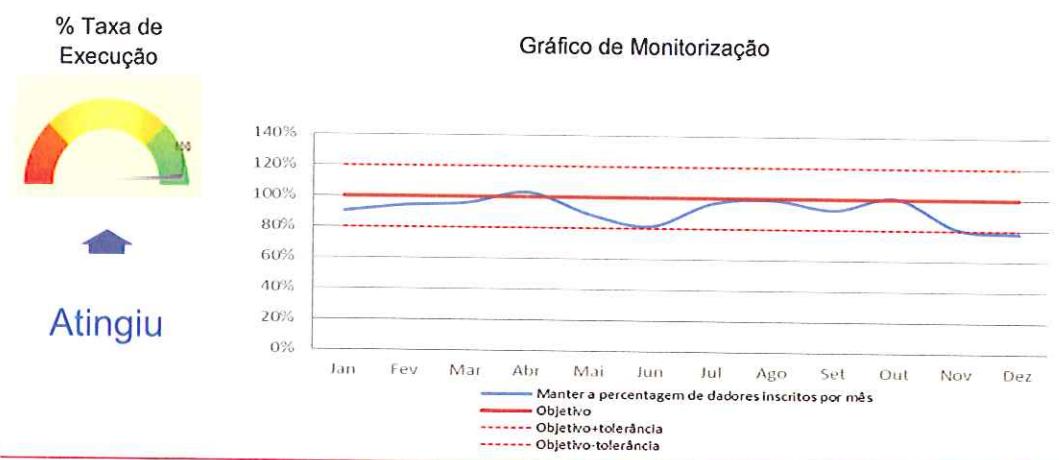
Gráfico de Monitorização



Atingiu

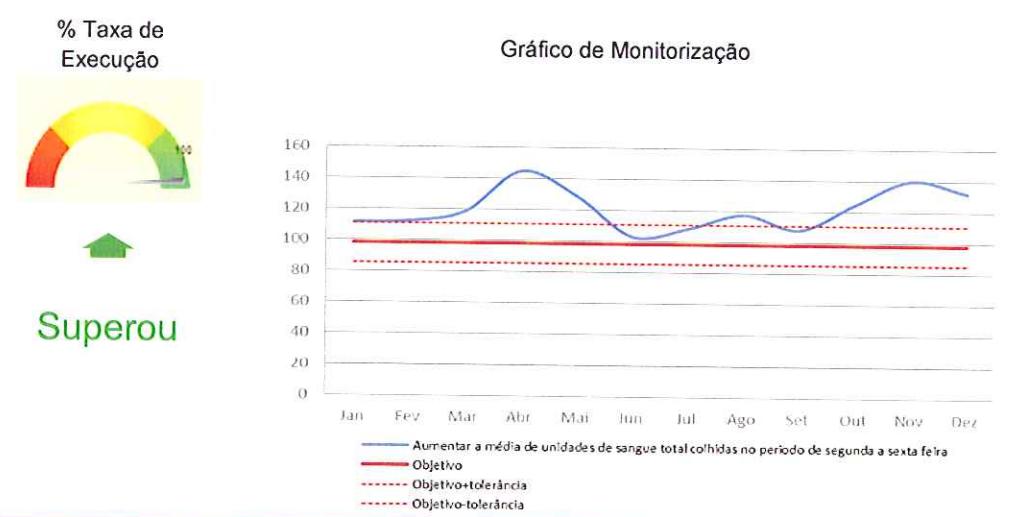
7.3.21. Manter a percentagem de dadores inscritos por mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	100%	20%	120%	100%	91,7%



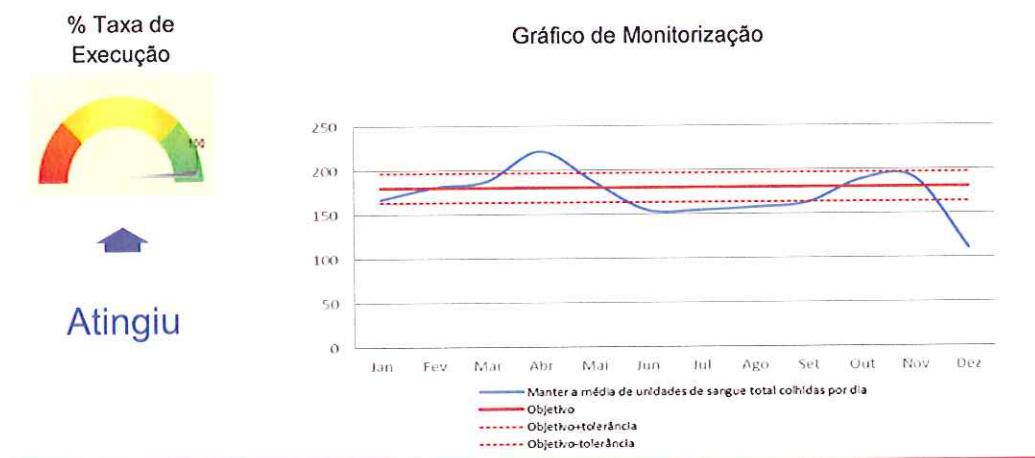
7.3.22. Aumentar a média de unidades de sangue total colhidas no período de segunda a sexta-feira

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	98,3	12,7	111,7	135%	121



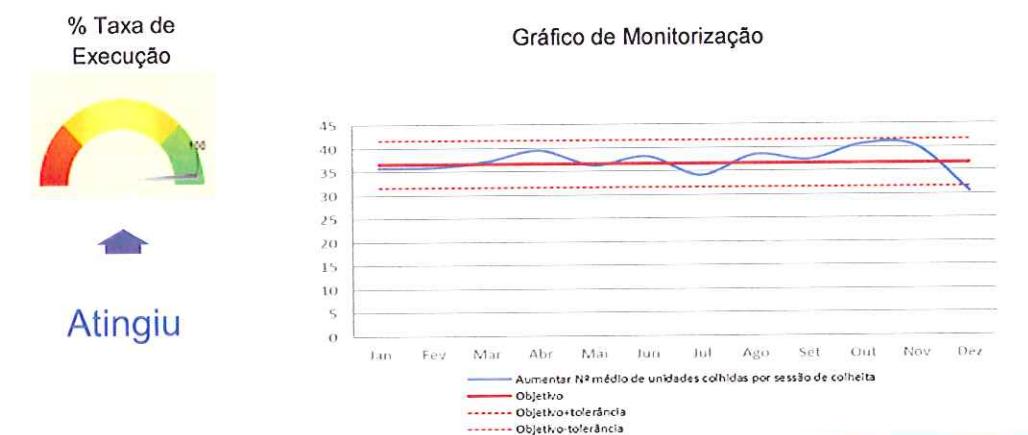
7.3.23. Manter a média de unidades de sangue total colhidas por dia

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	180,3	16,7	198,0	100%	172



7.3.24. Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	36,7	5,0	42,4	100%	37

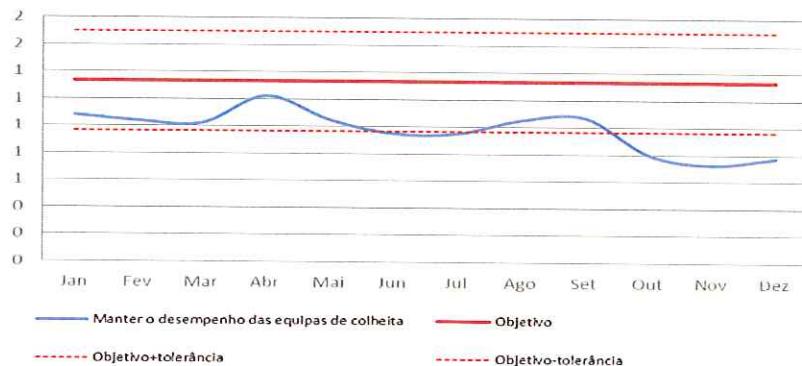


7.3.25. Manter o desempenho das equipas de colheita

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1,3	0,4	1,7	100%	1,0



Gráfico de Monitorização



Atingiu

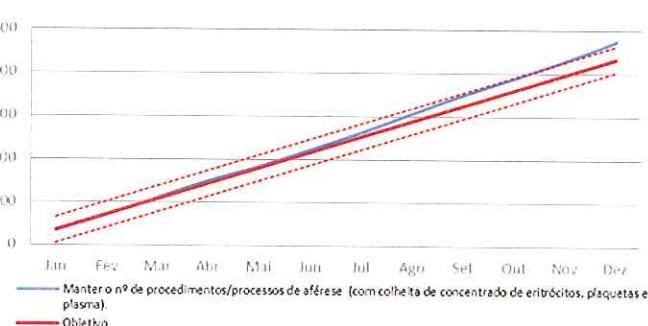
Aférese

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

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2170	150	2332	131%	2373



Gráfico de Monitorização



Superou

7.3.27. Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34

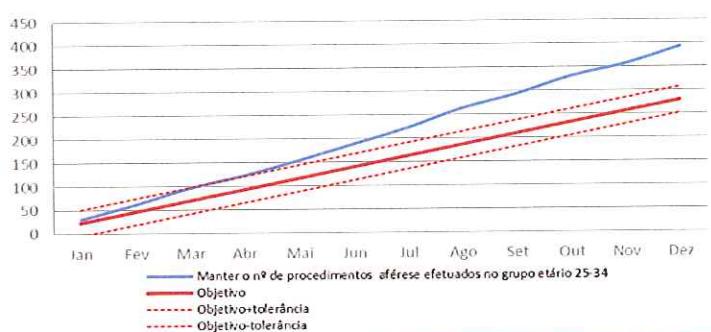
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	280	28	309	135%	393

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou

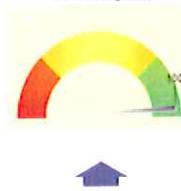


7.3.28. Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)

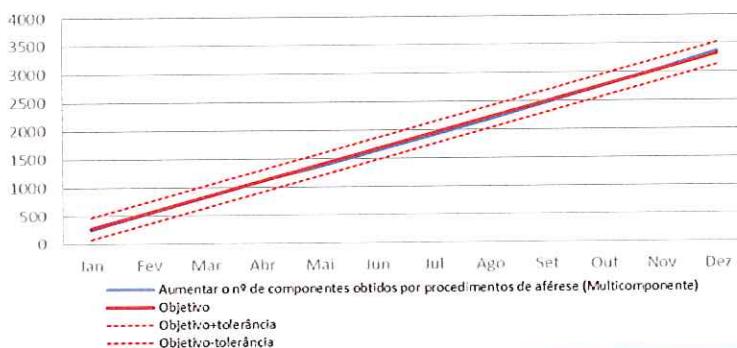
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	3325	195	3547	100%	3366

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

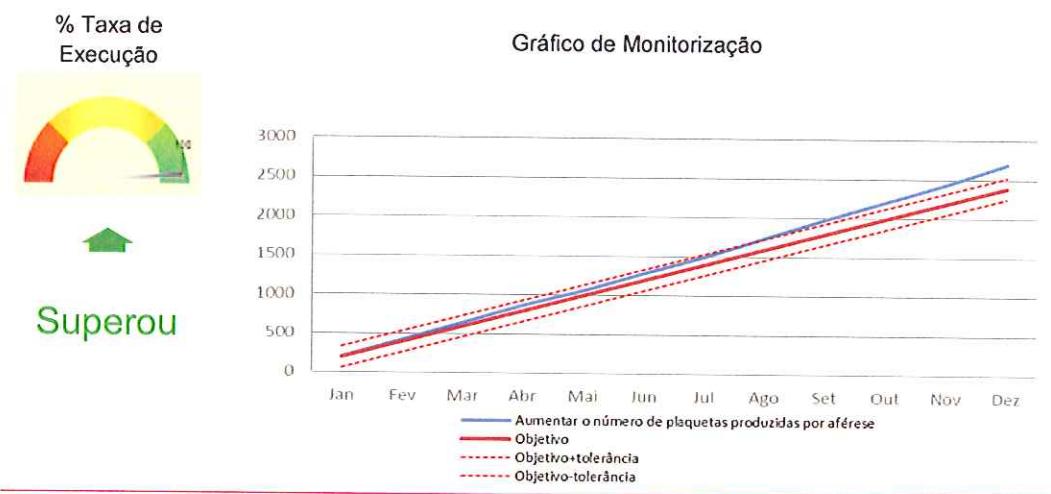


Atingiu



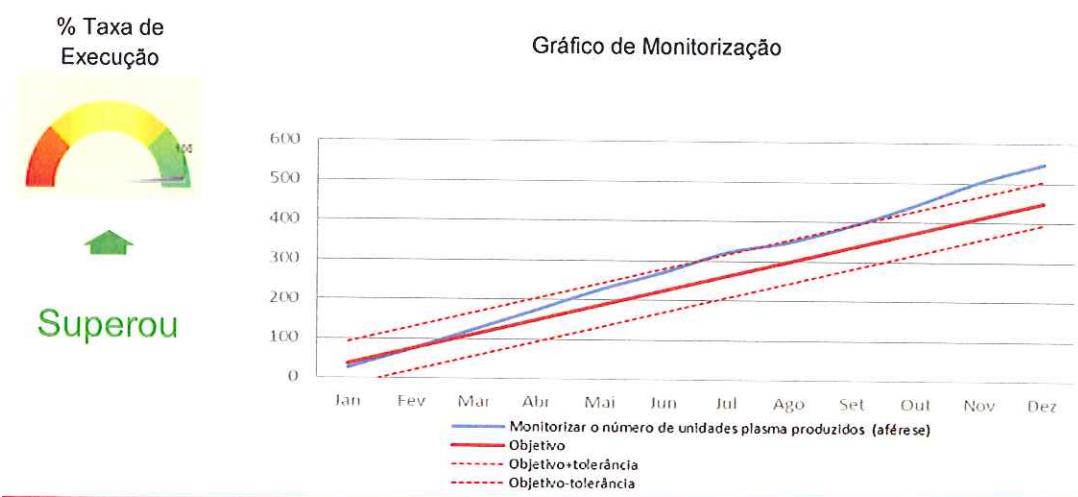
7.3.29. Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2390	135	2537	135%	2694



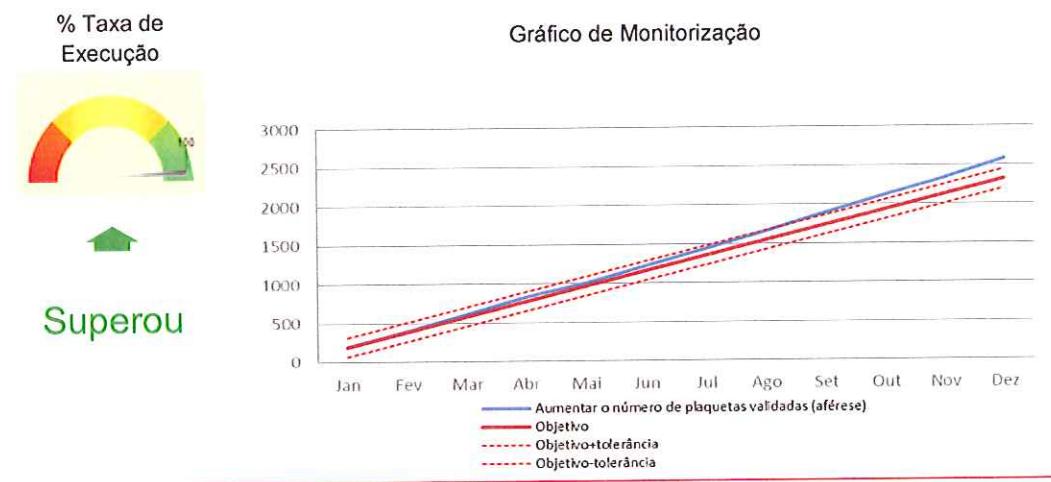
7.3.30. Aumentar o número de unidades plasma produzidos (aférese)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	450	55	516	135%	548



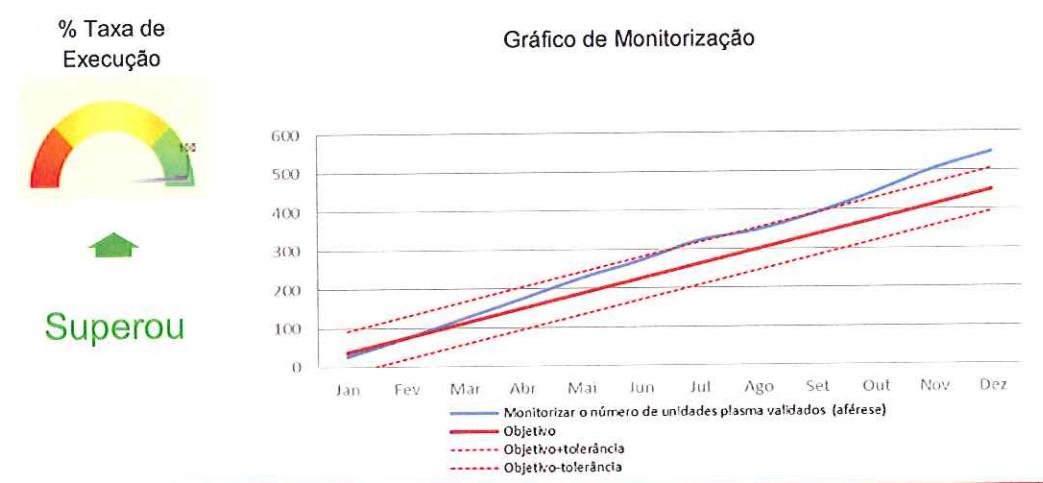
7.3.31. Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2320	123	2455	135%	2538



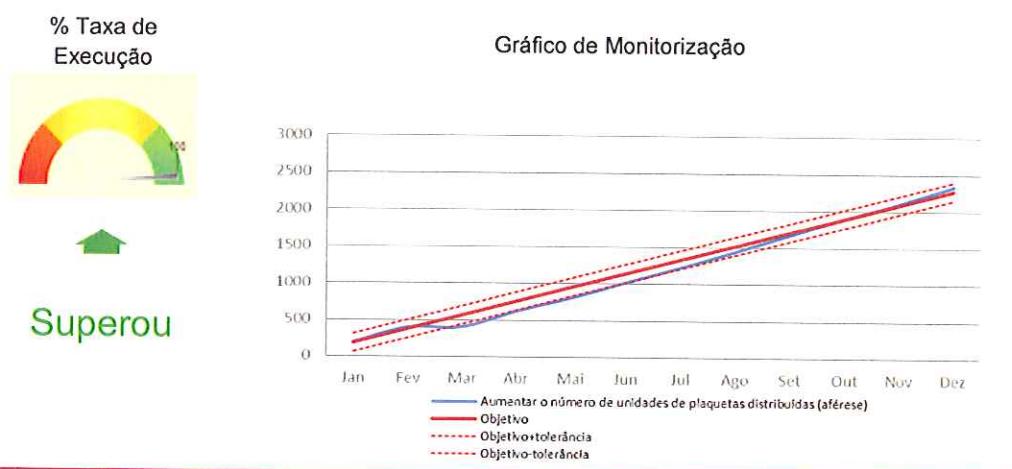
7.3.32. Aumentar o número de unidades plasma validados para transfusão (aférese)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	450	55	516	135%	548



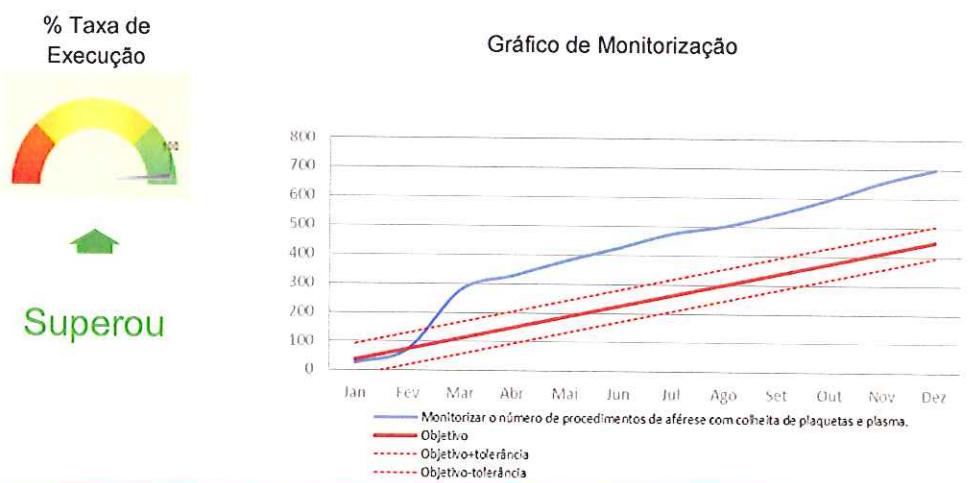
7.3.33. Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2280	123	2419	135%	2538



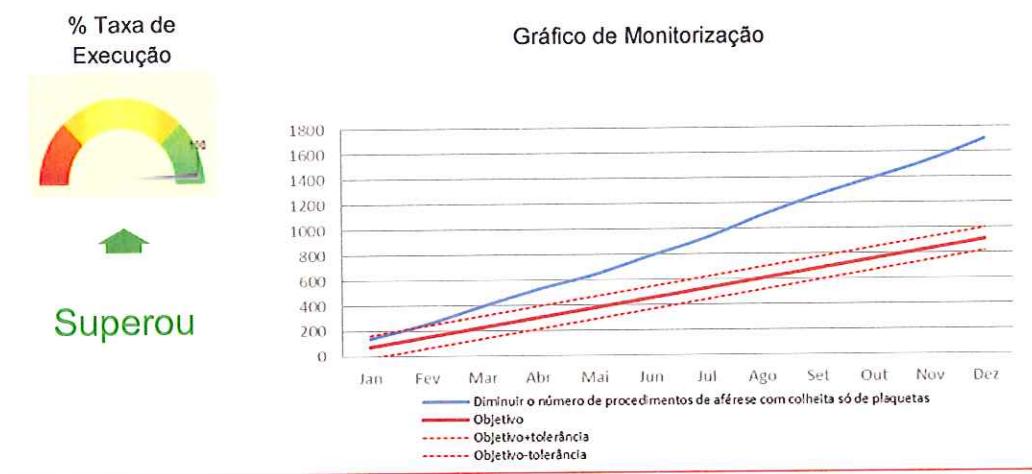
7.3.34. Aumentar o número de procedimentos de aférese com colheita de plaquetas e plasma.

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	450	55	515	135%	546



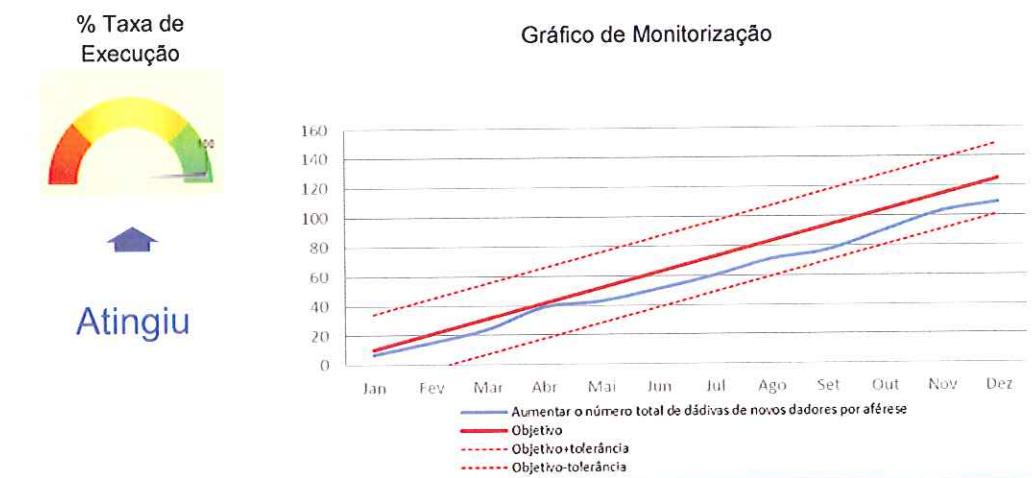
7.3.35. Diminuir o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	910	90	991	135	1704



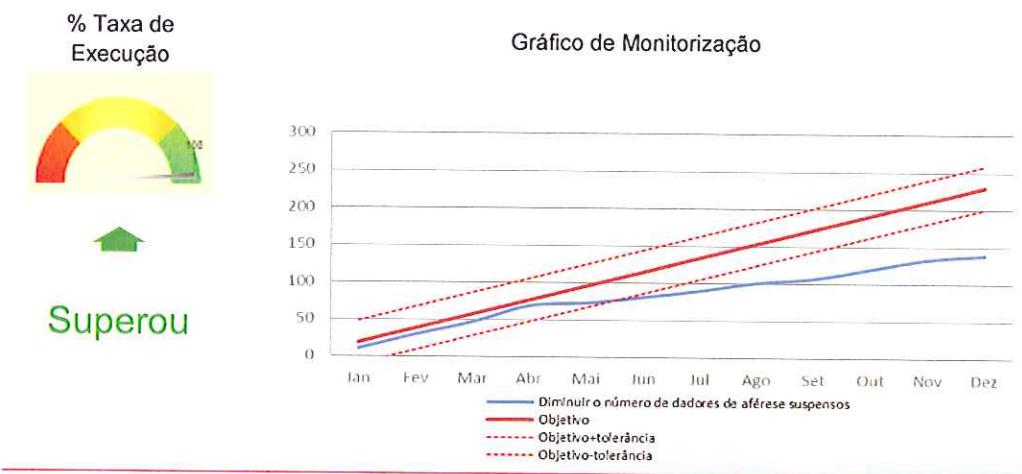
7.3.36. Aumentar o número total de dádivas de novos dadores por aférese

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	125	24	150	100%	109



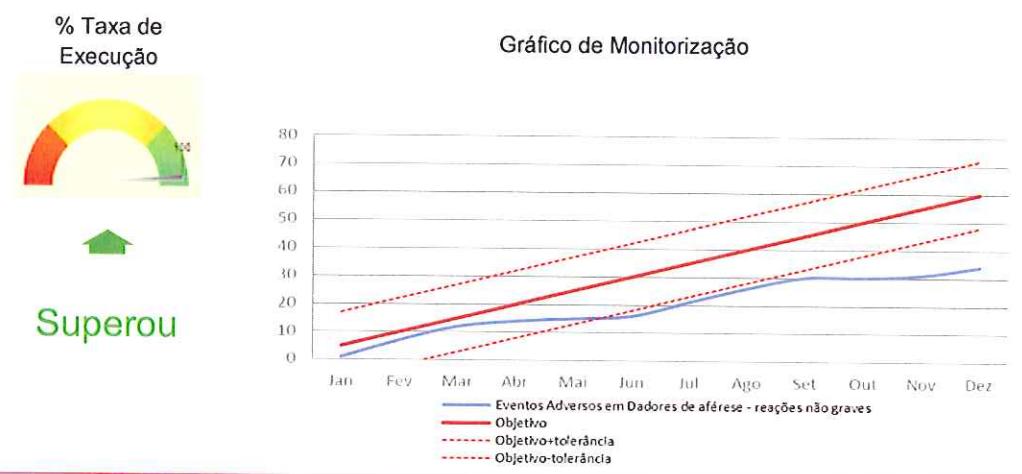
7.3.37. Diminuir o número de dadores de aférese /plaquetaférese suspensos

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	230	29	198	135%	180



7.3.38. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves

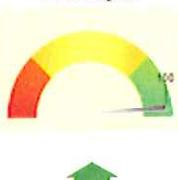
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	-	60	12	45	135%	34



7.3.39. Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves

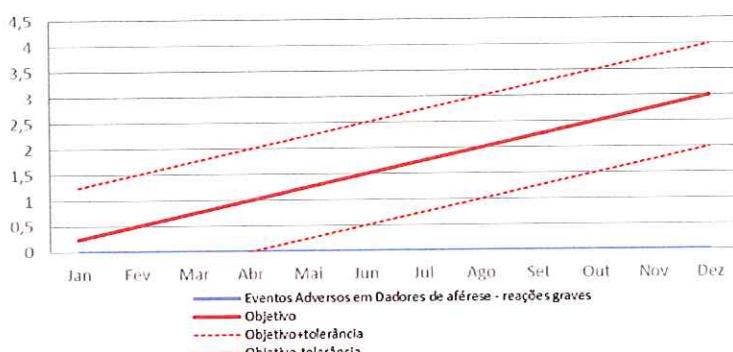
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	-	3	1	2	135%	0

% Taxa de Execução



Superou

Gráfico de Monitorização



7.3.40. Aumentar o número de dadores inscritos para aférese

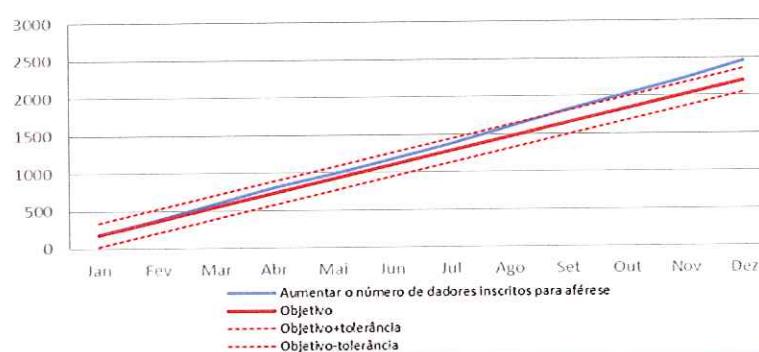
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2200	158	2369	135%	2460

% Taxa de Execução



Atingiu

Gráfico de Monitorização



7.3.41. Aumentar o número de dadores inscritos para plaquetaferese (Multicomponente)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2200	158	2369	135%	2459

% Taxa de Execução

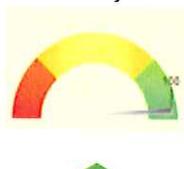
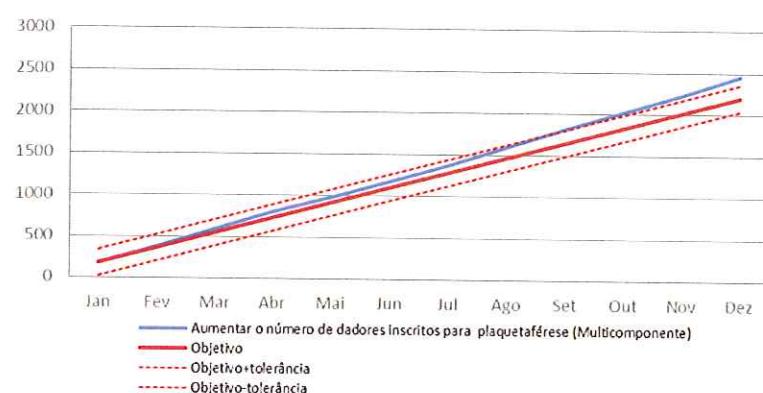


Gráfico de Monitorização



Superou

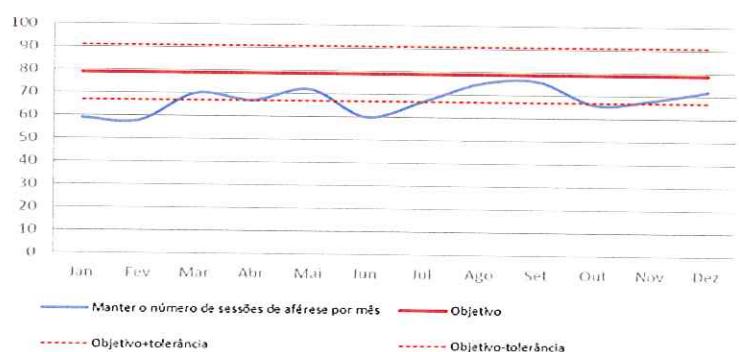
7.3.42. Aumentar o número de sessões de aférese por mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	79	12	92	100%	67,5

% Taxa de Execução



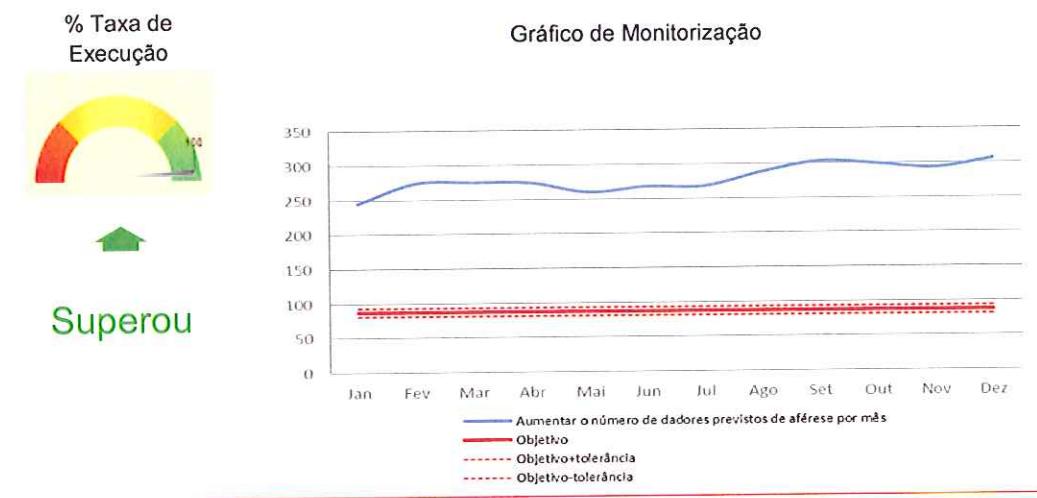
Gráfico de Monitorização



Atingiu

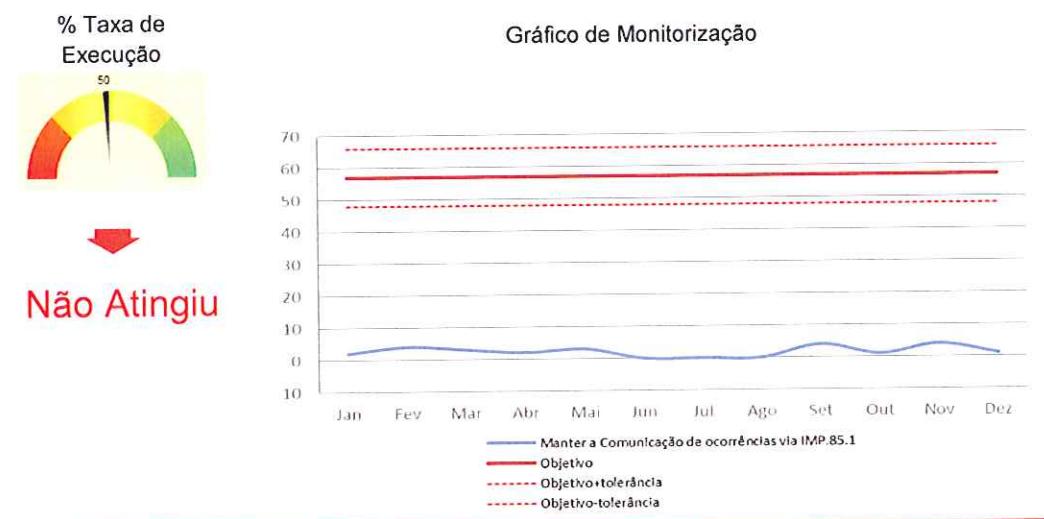
7.3.43. Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1040	64	1156	135%	3353



7.3.44. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	57	9	69	50%	24

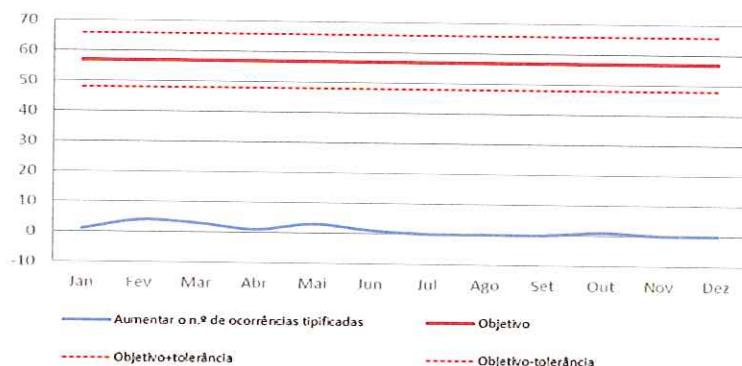


7.3.45. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	57	9	69	50%	14



Gráfico de Monitorização



Não Atingiu

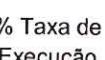
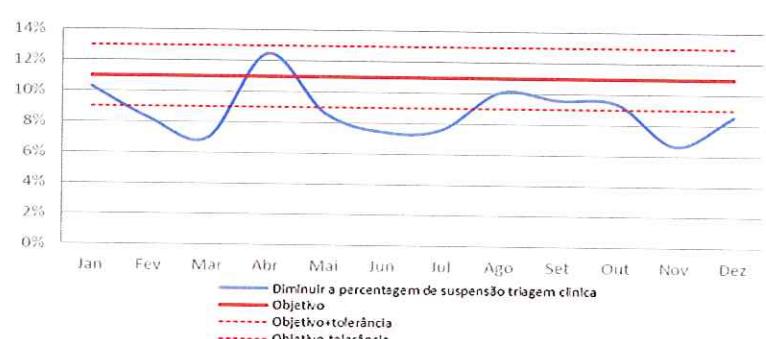


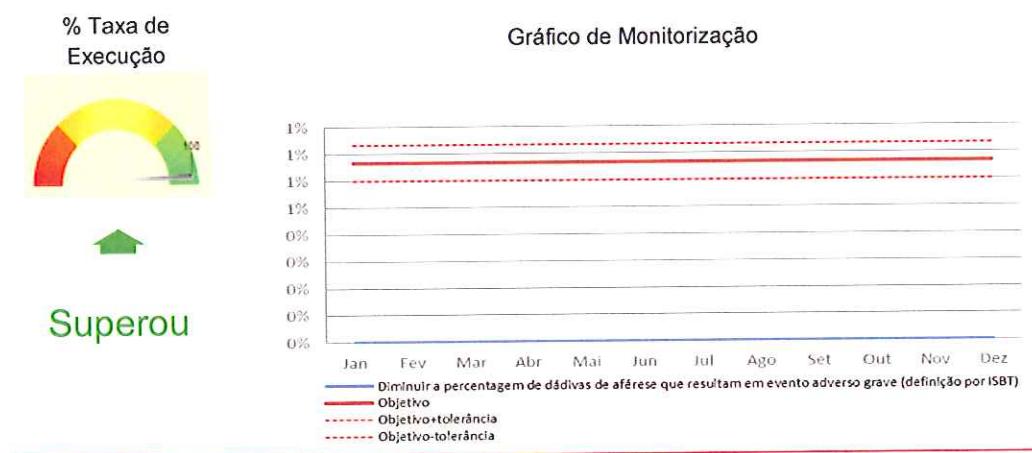
Gráfico de Monitorização



Superou

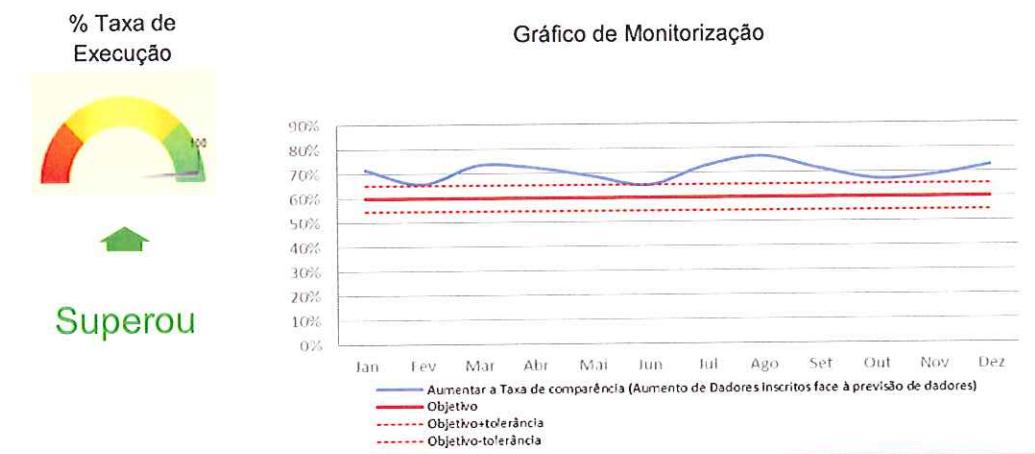
7.3.47. Diminuir a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1%	0%	1%	135%	0%



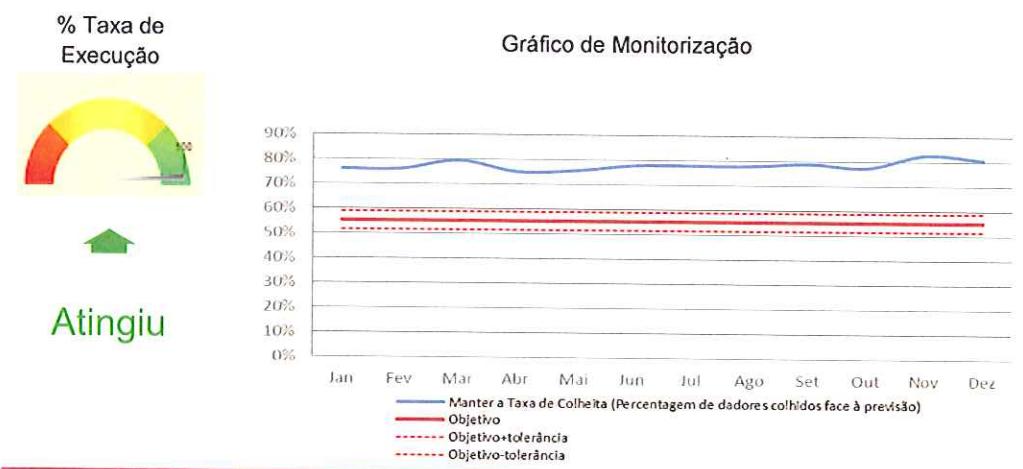
7.3.48. Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	60%	5%	66%	135%	70,6%



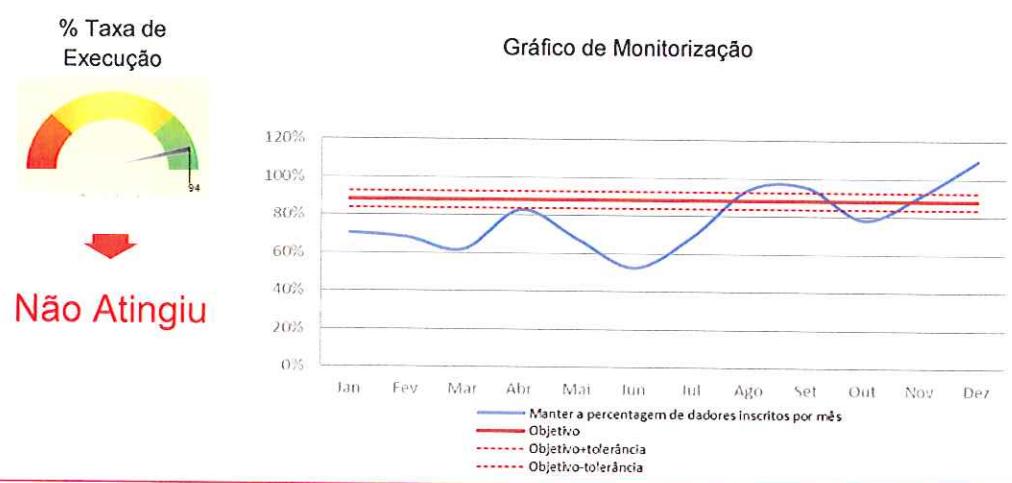
7.3.49. Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	55%	4%	60%	135%	78,1%



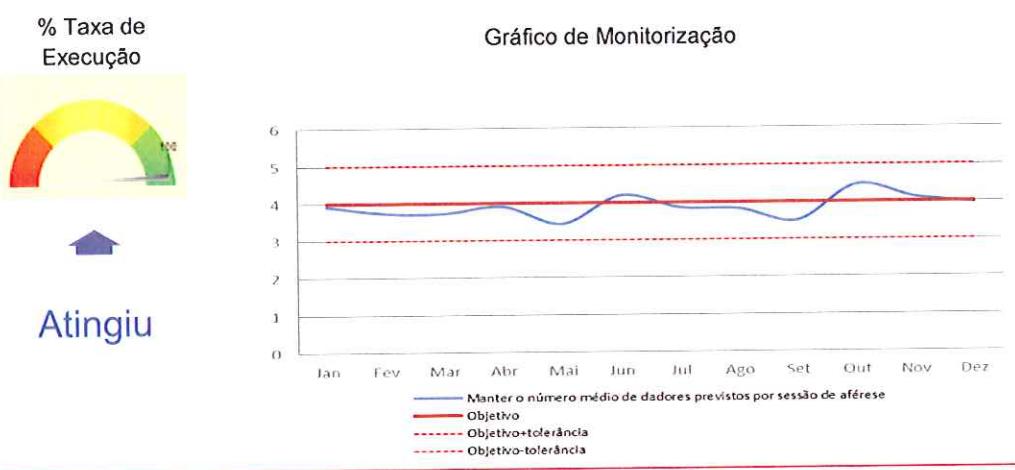
7.3.50. Manter a percentagem de dadores inscritos por mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	88%	5%	94%	94%	78,5



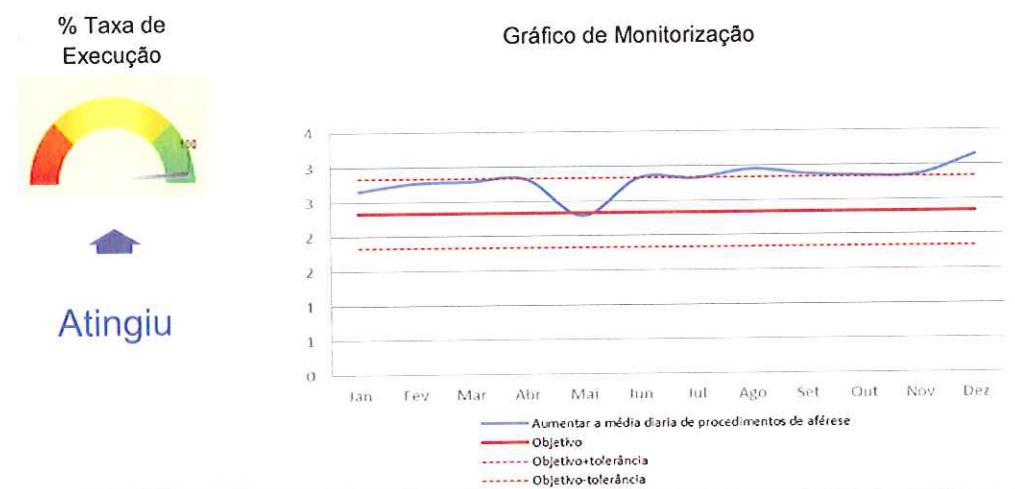
7.3.51. Aumentar o número médio de dadores previstos por sessão de aférese

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	4,0	1,0	5,0	100%	3,9



7.3.52. Aumentar a média diária de procedimentos de aférese

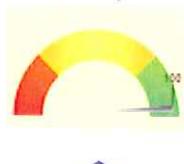
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2,3	0,5	3,2	100%	2,8



7.3.53. Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia

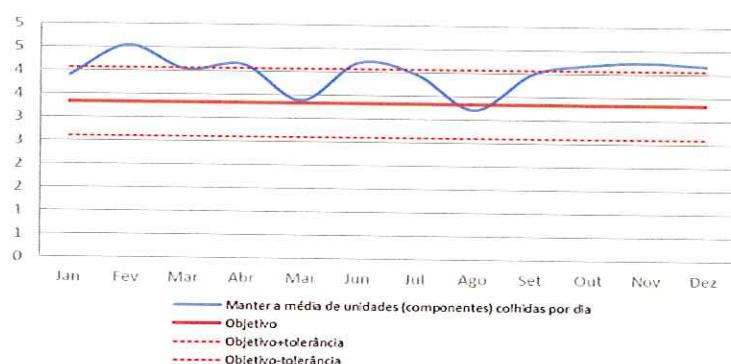
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	3,3	0,7	4,1	100%	4,0

% Taxa de Execução



Atingiu

Gráfico de Monitorização

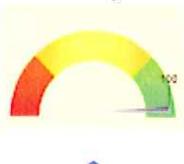


Produção

7.3.54. Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total)

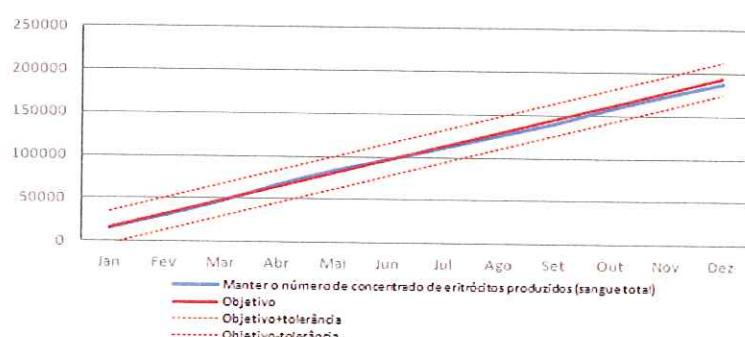
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	193500	19200	212850	100%	183590

% Taxa de Execução



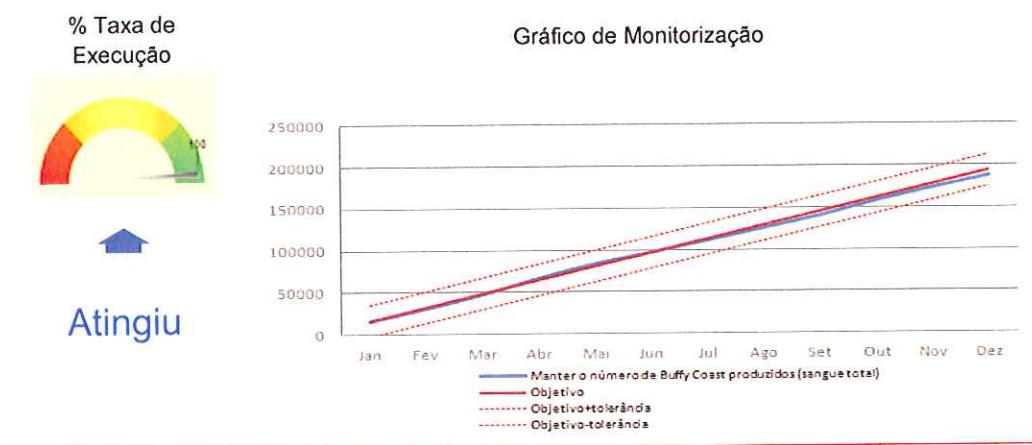
Atingiu

Gráfico de Monitorização



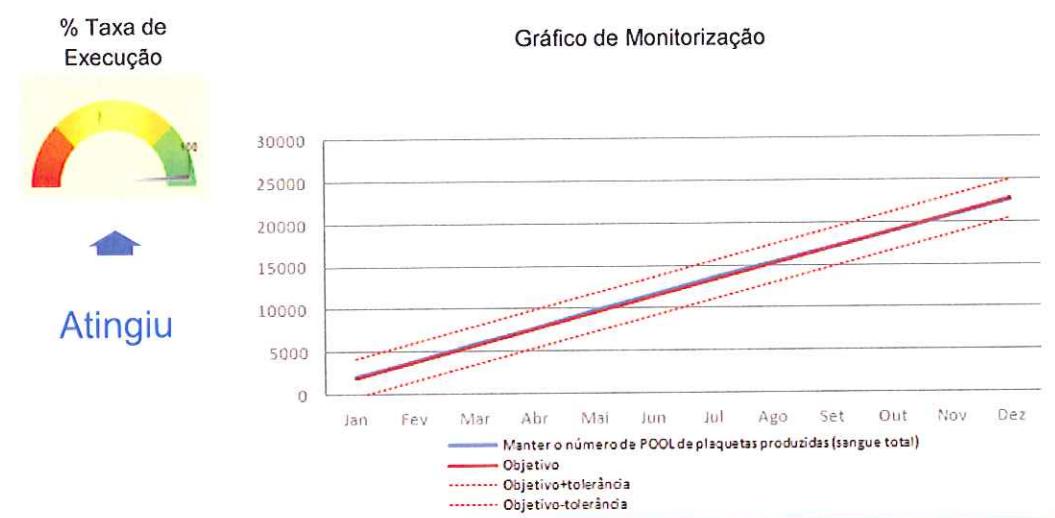
7.3.55. Manter o número de Buffy Coats produzidos (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	193500	19200	212850	100%	183591



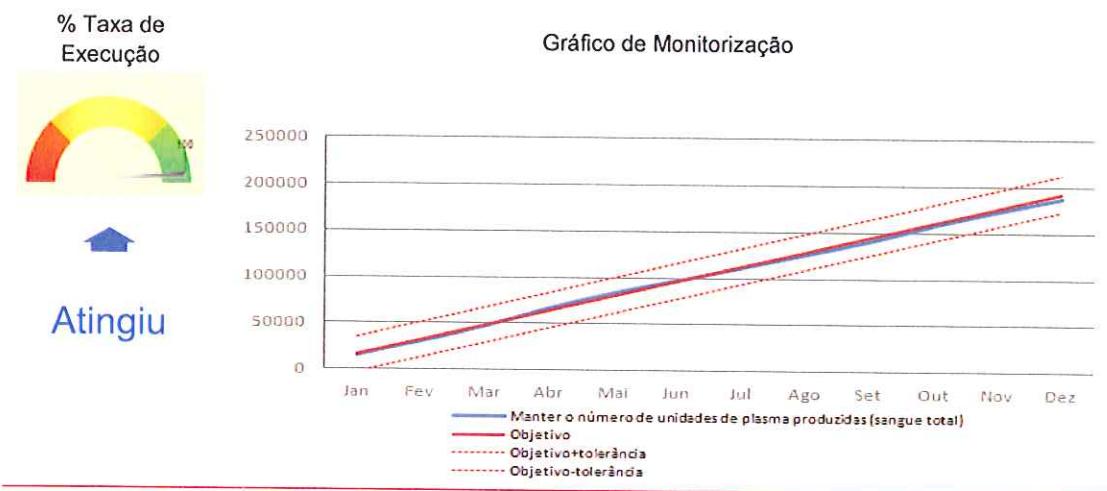
7.3.56. Manter o número de POOL de plaquetas produzidas (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	22800	2250	25052	100%	22044



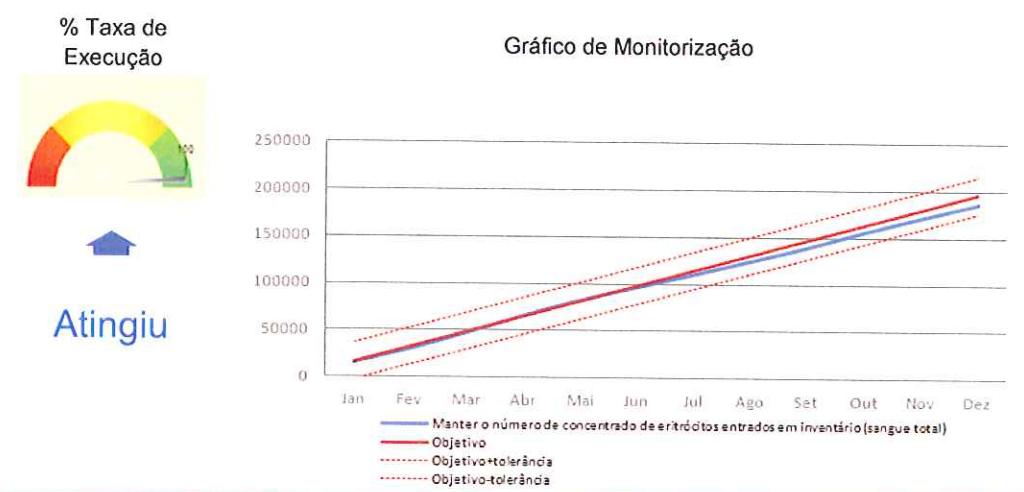
7.3.57. Manter o número de unidades de plasma produzidas (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	193000	19200	212350	100%	183547



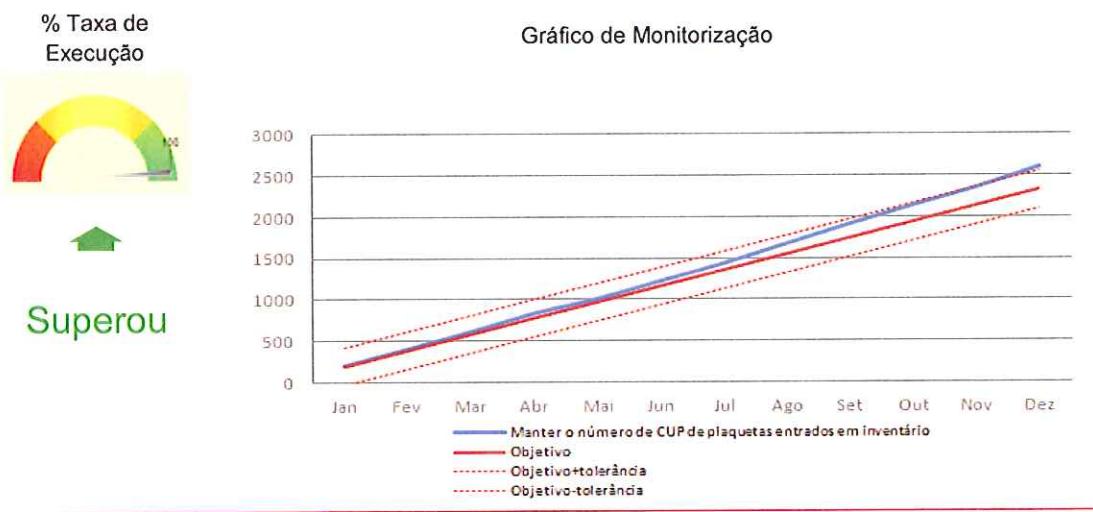
7.3.58. Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	196000	19500	215660	100%	196197



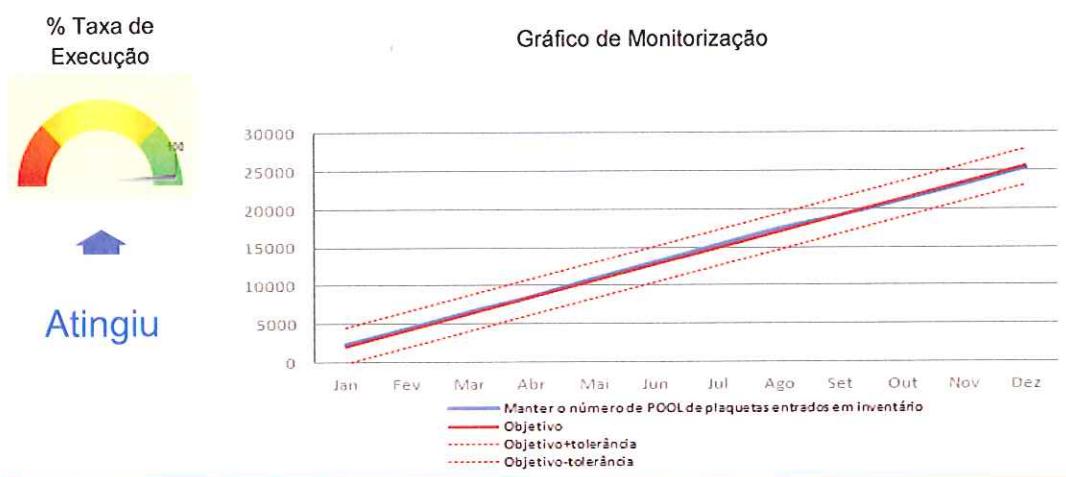
7.3.59. Aumentar o número de CUP de plaquetas entrados em inventário

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2330	223	2565	135%	2737



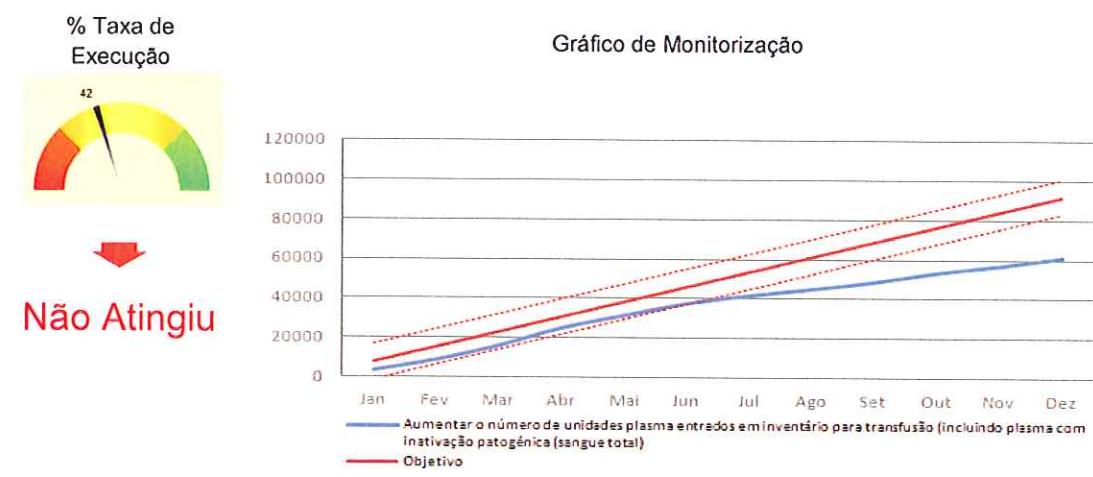
7.3.60. Manter o número de pools de plaquetas entrados em inventário

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	25550	2370	27966	100%	27468



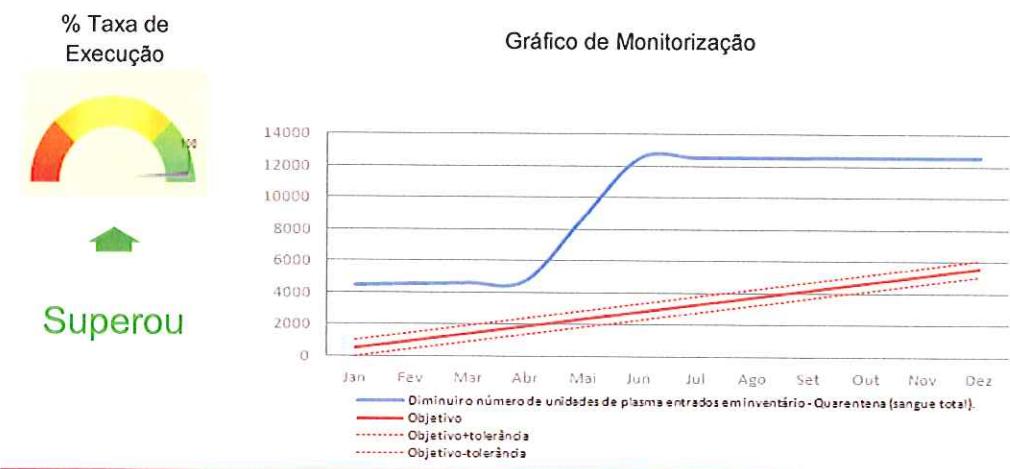
7.3.61. Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	94000	9000	103250	42%	35402



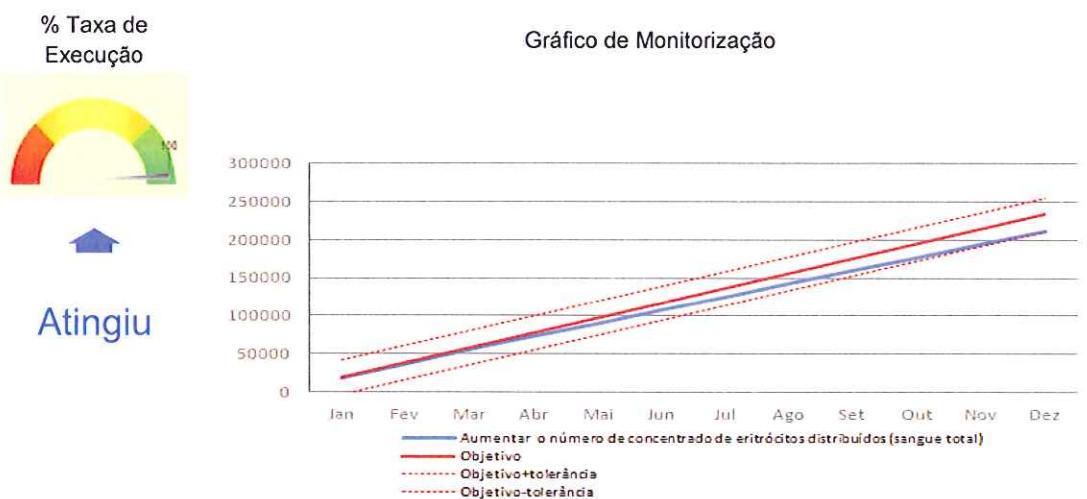
7.3.62. Diminuir o número de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total).

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	6000	550	5400	135%	405



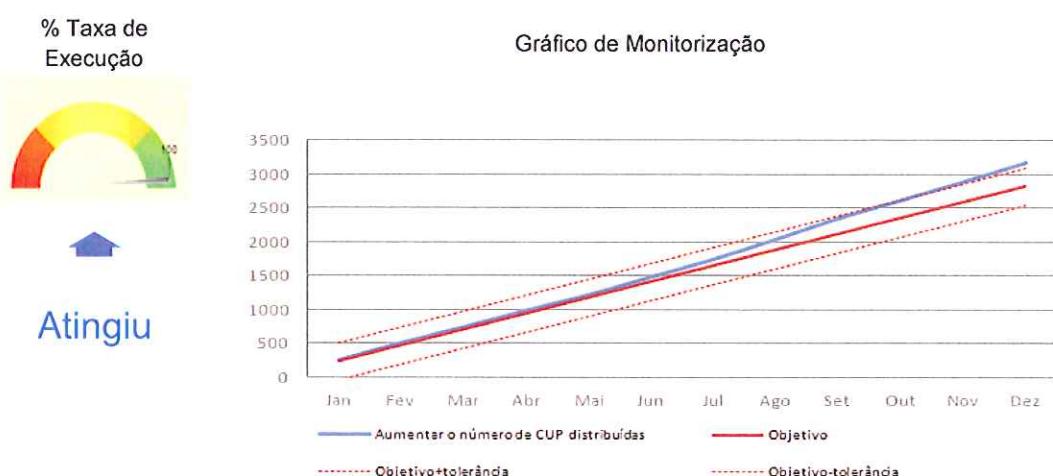
7.3.63. Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	193500	19200	212850	100%	198794



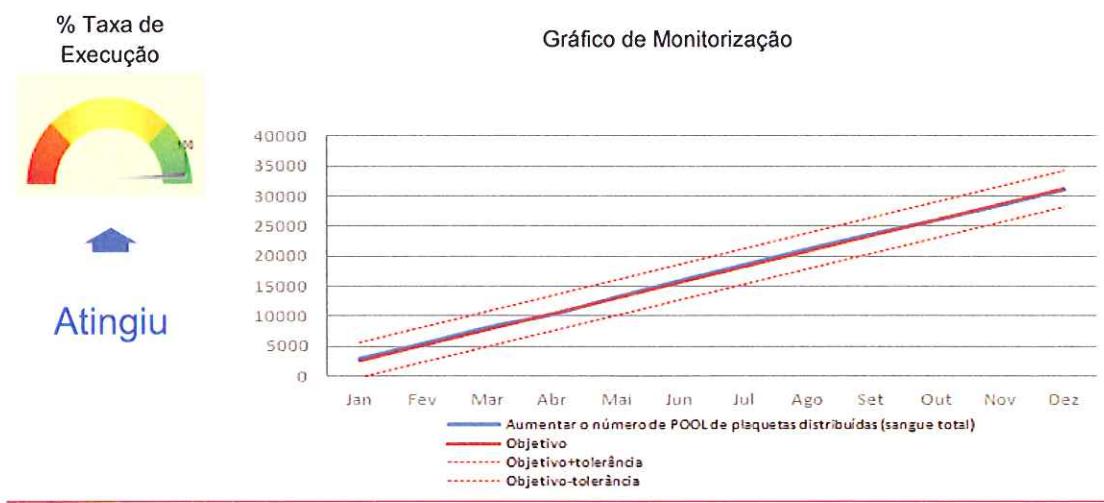
7.3.64. Aumentar o número de CUP distribuídas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2830	273	3119	100%	2921



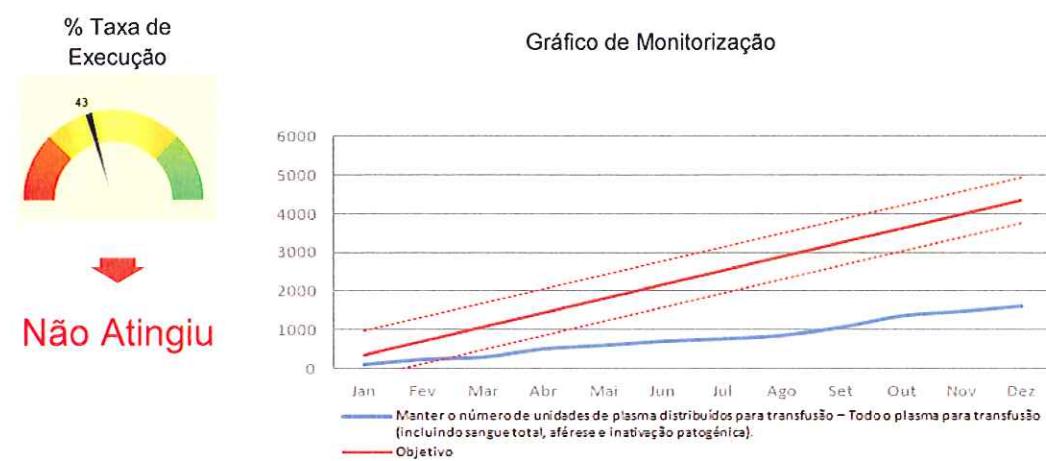
7.3.65. Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	31250	2920	33394	100%	29300



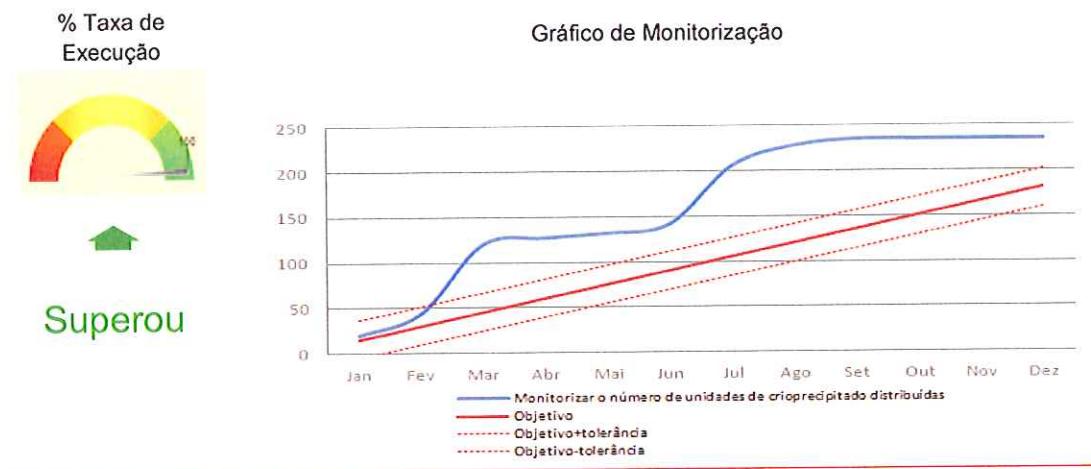
7.3.66. Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão - Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	4350	595	5006	43%	1611



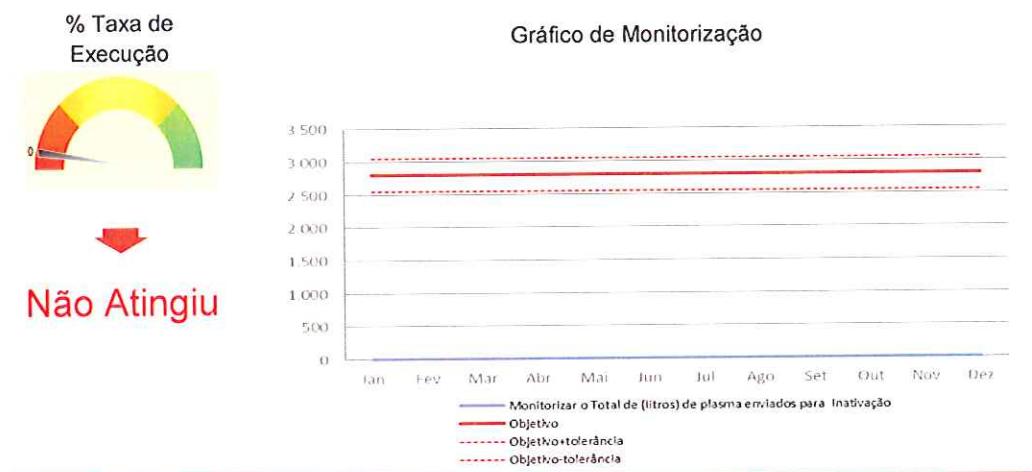
7.3.67. Monitorizar o número de unidades de crioprecipitado distribuídas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	181	21	204	128%	203



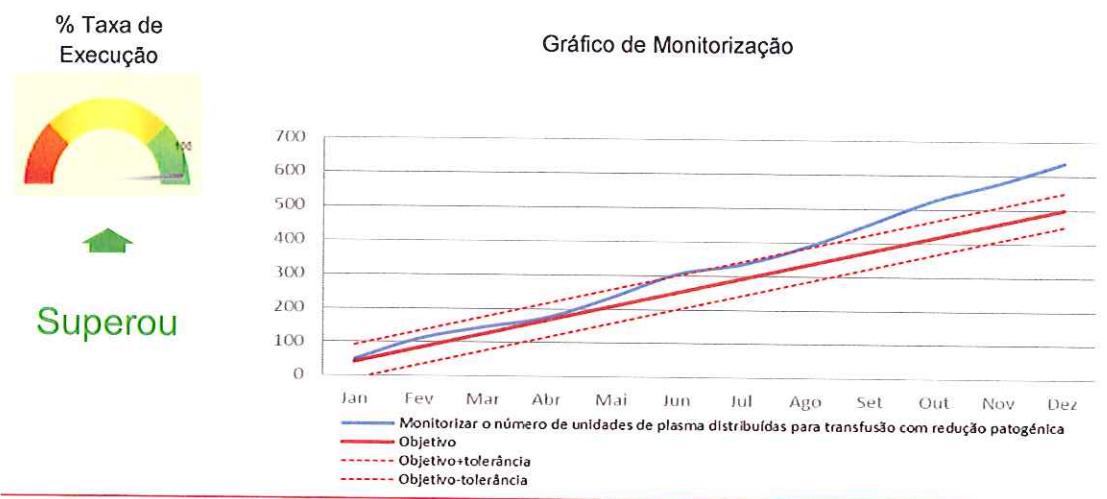
7.3.68. Monitorizar o Total de litros de plasma enviados para inativação/fracionamento

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	2800	250	3100	0%	0



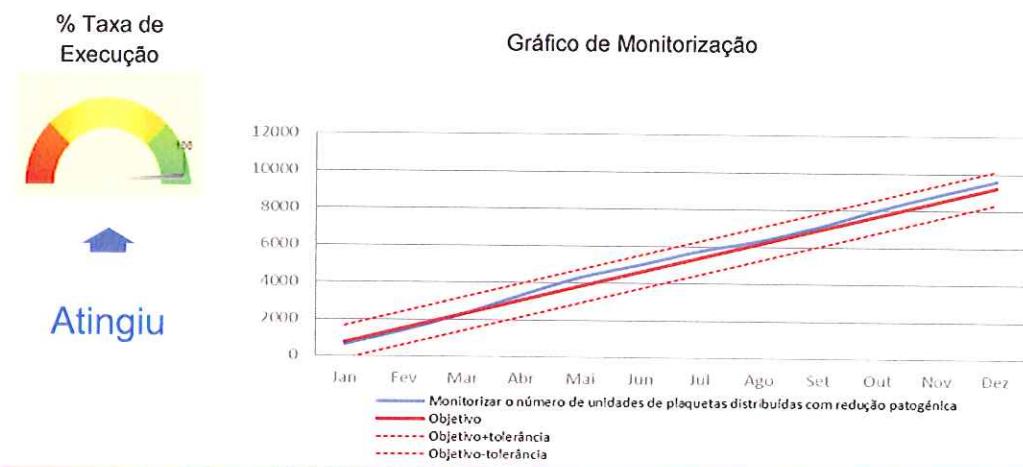
7.3.69. Monitorizar o número de unidades de plasma distribuídas para transfusão com redução patogénica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	500	50	551	135%	638



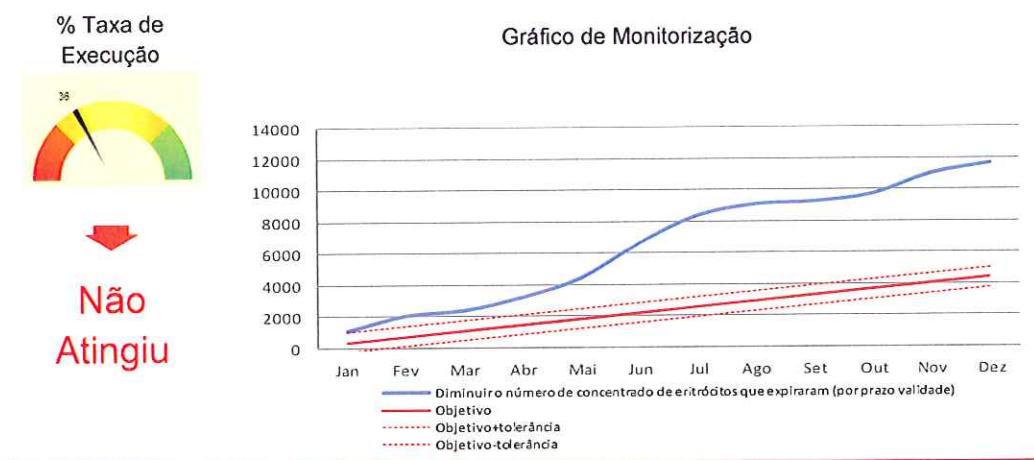
7.3.70. Monitorizar o número de unidades de plaquetas distribuídas com redução patogénica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	9250	900	10155	100%	9608



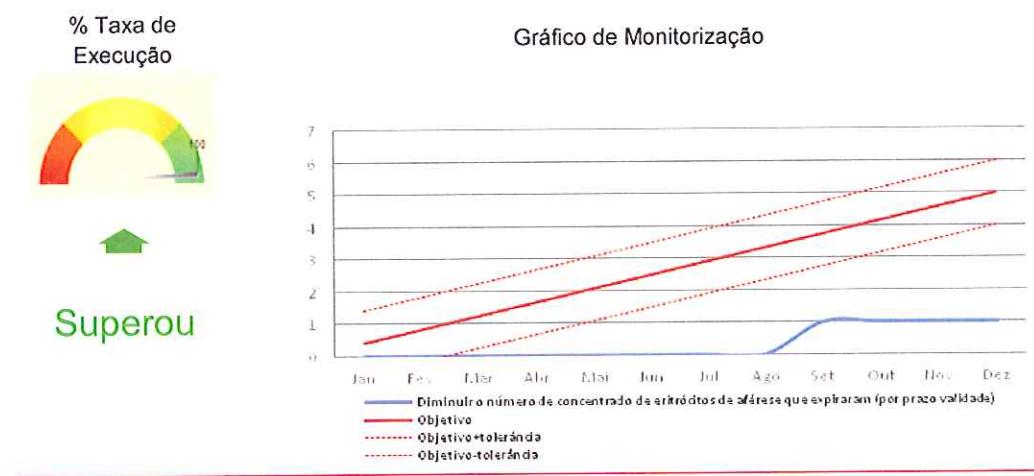
7.3.71. Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	3540	433	3006	36%	11058



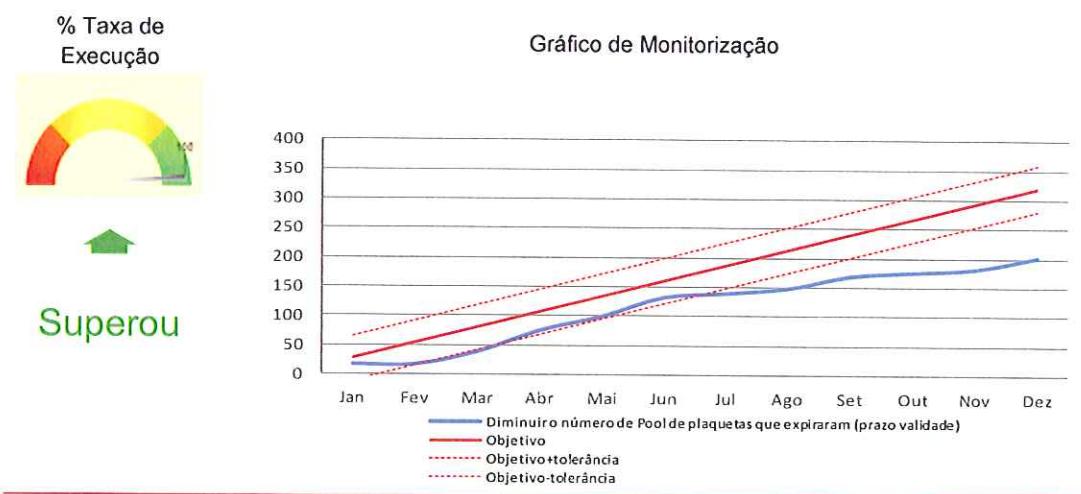
7.3.72. Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	5	1	3	135%	1



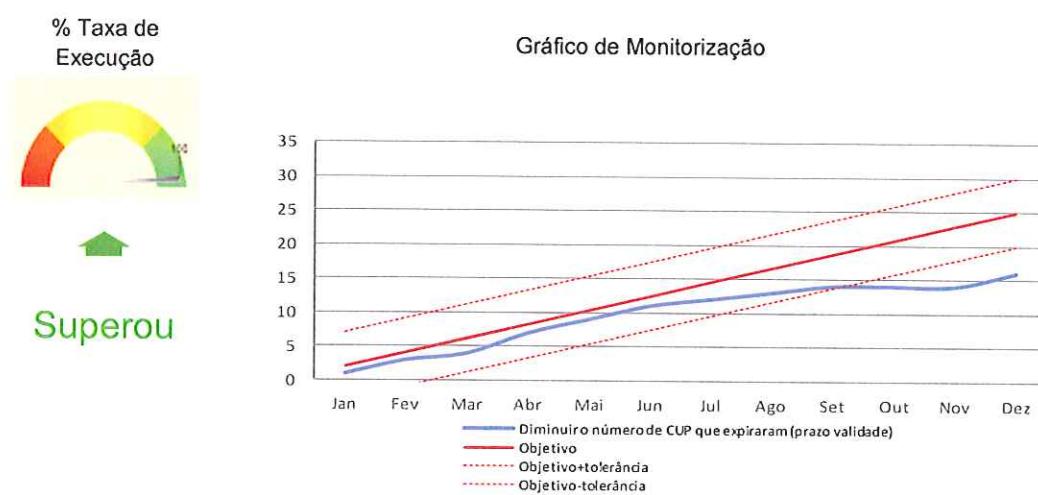
7.3.73. Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	320	39	274	135%	192



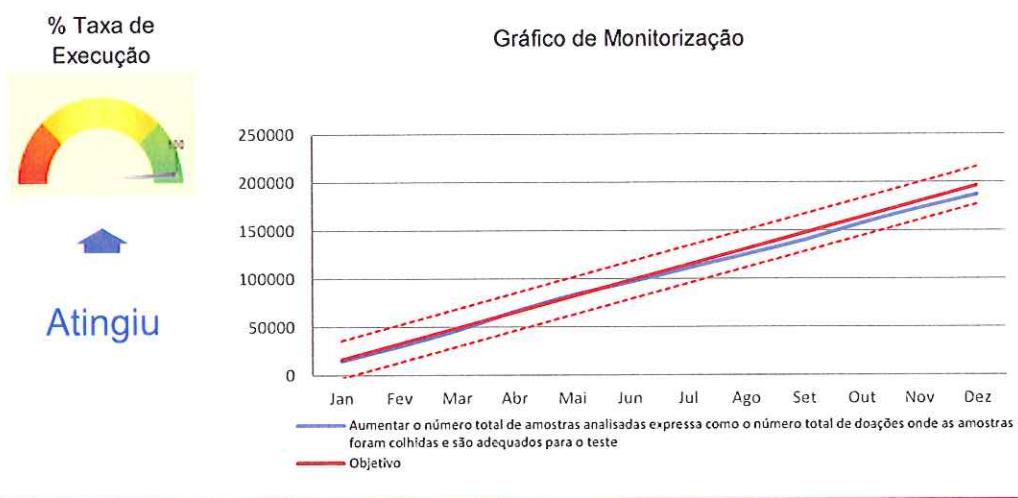
7.3.74. Manter o número de CUP que expiraram (prazo validade)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	22	4	15	125%	15



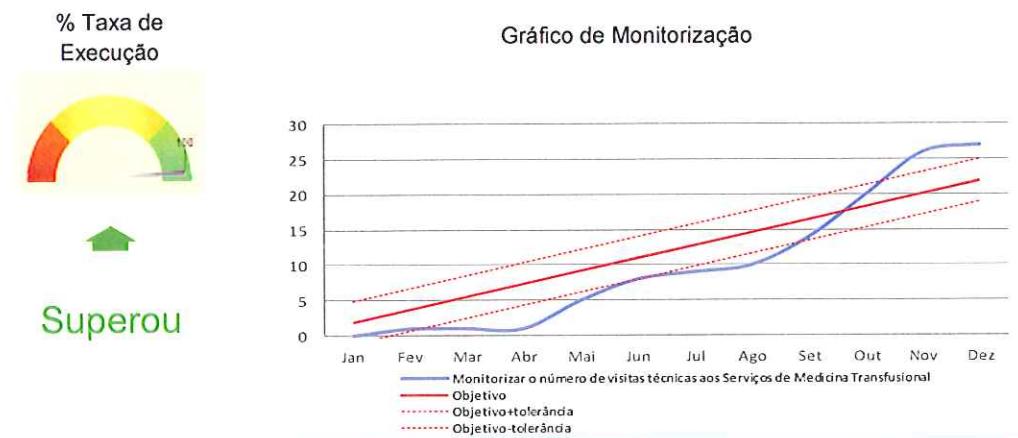
7.3.75. Aumentar o número total de amostras analisadas expressa como o número total de doações onde as amostras foram colhidas e são adequados para o teste

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	196500	19500	216160	100%	193590



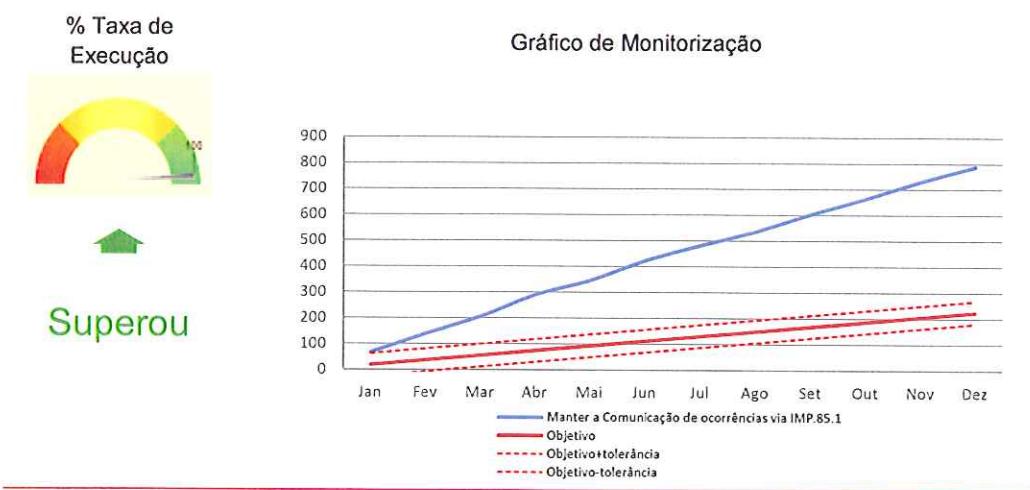
7.3.76. Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	22	3	27	125%	27



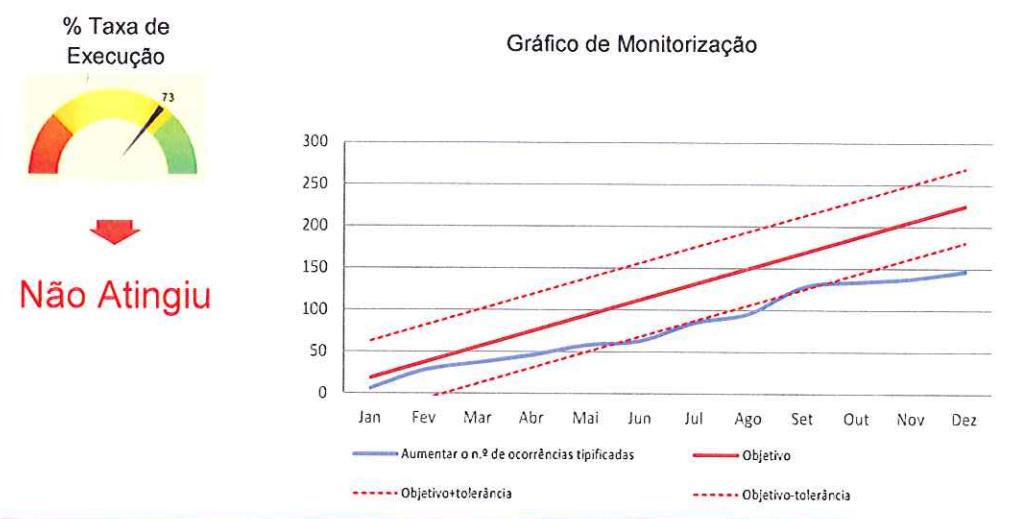
7.3.77. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	225	44	272	135%	788



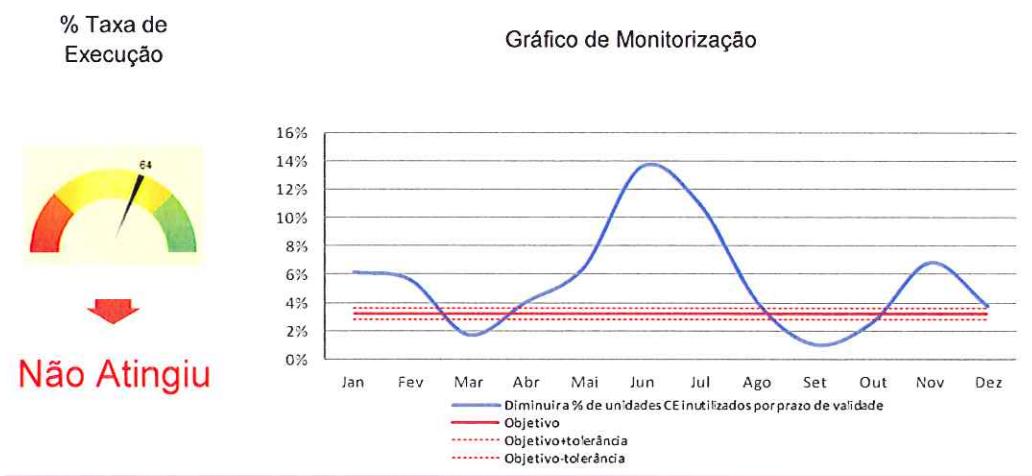
7.3.78. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	225	44	272	73%	132



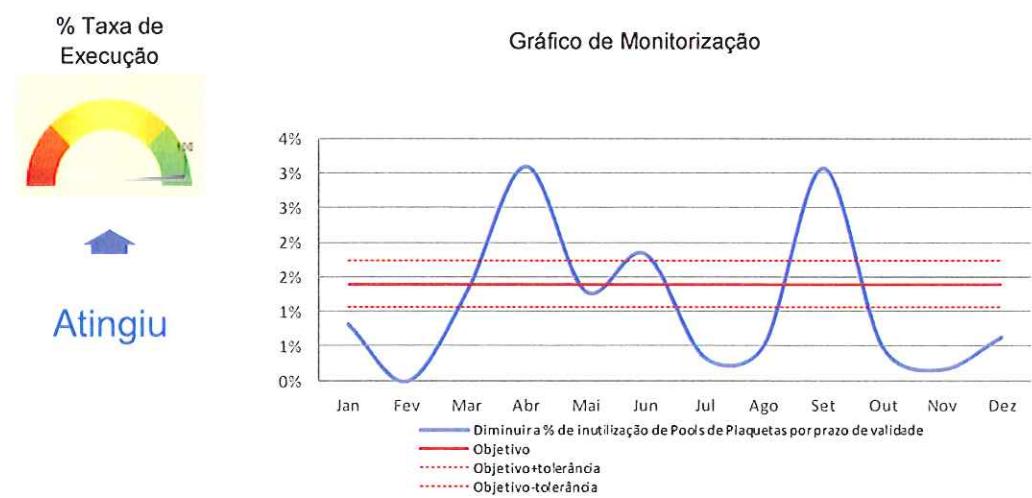
7.3.79. Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	3,2%	0,4%	2,7%	64%	5,6%



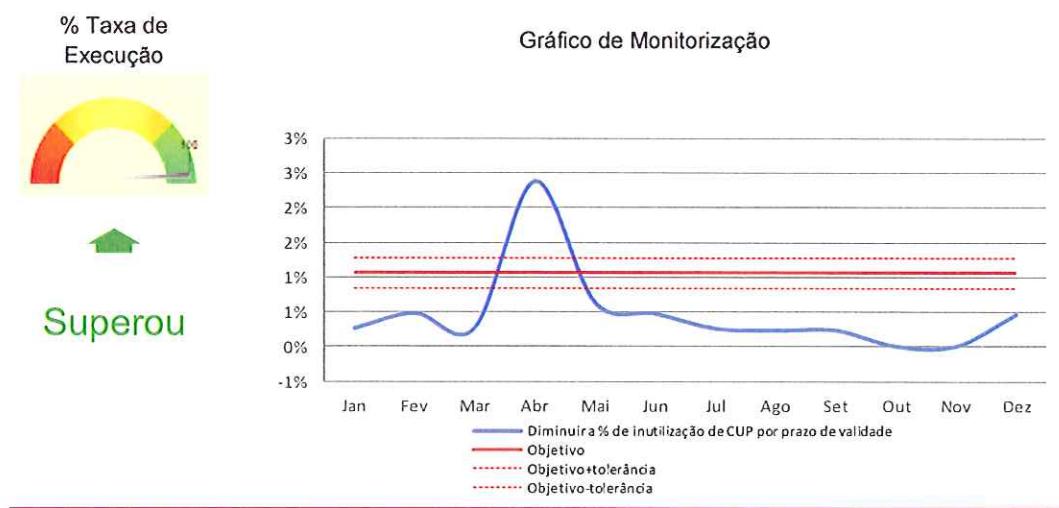
7.3.80. Manter a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1,3%	0,3%	0,9%	100%	1,1%



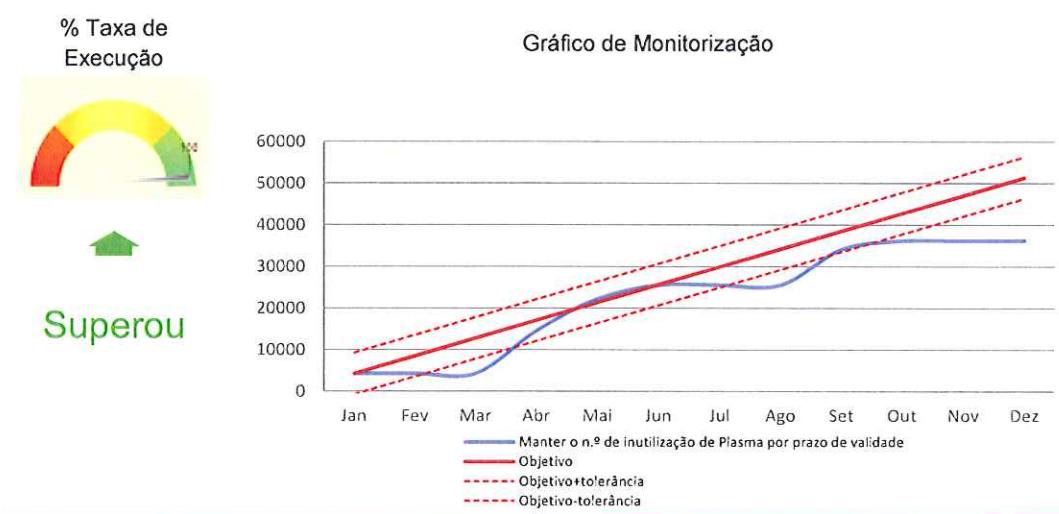
7.3.81. Manter a % de inutilização de CUP por prazo de validade

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	0,8%	0,2%	0,5%	132%	0,5%



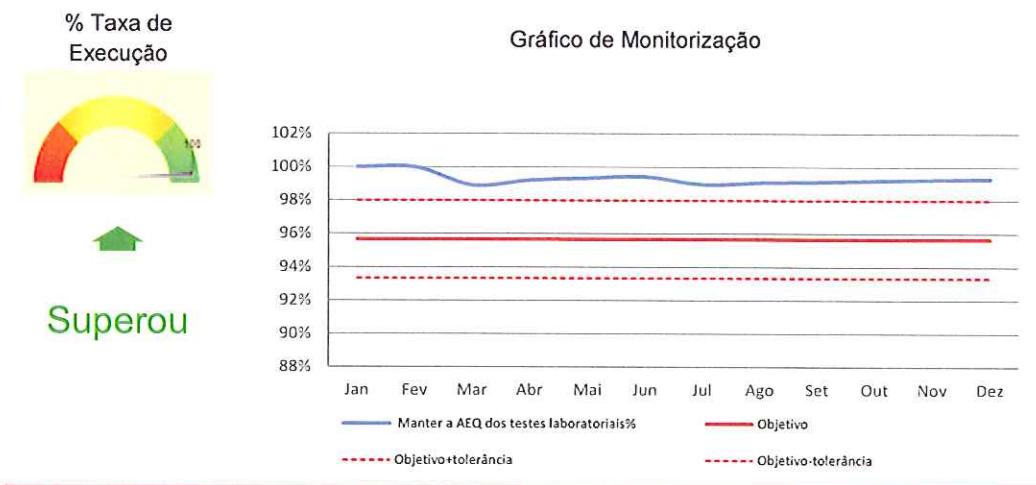
7.3.82. Manter o n.º de inutilização de Plasma por prazo de validade

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	51400	5000	46000	135%	36228



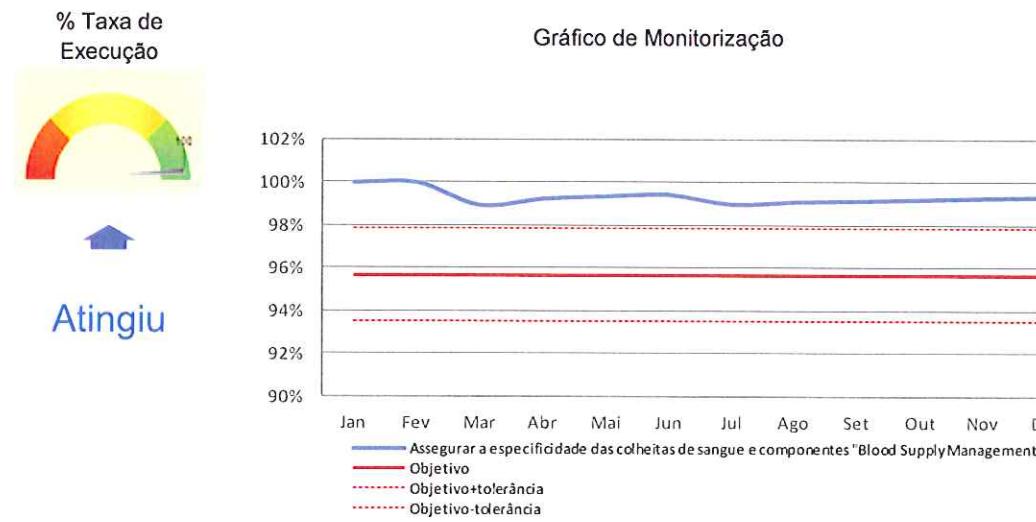
7.3.83. Manter a AEQ dos testes laboratoriais%

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	95,7%	2,2%	98,7%	130%	99,3%



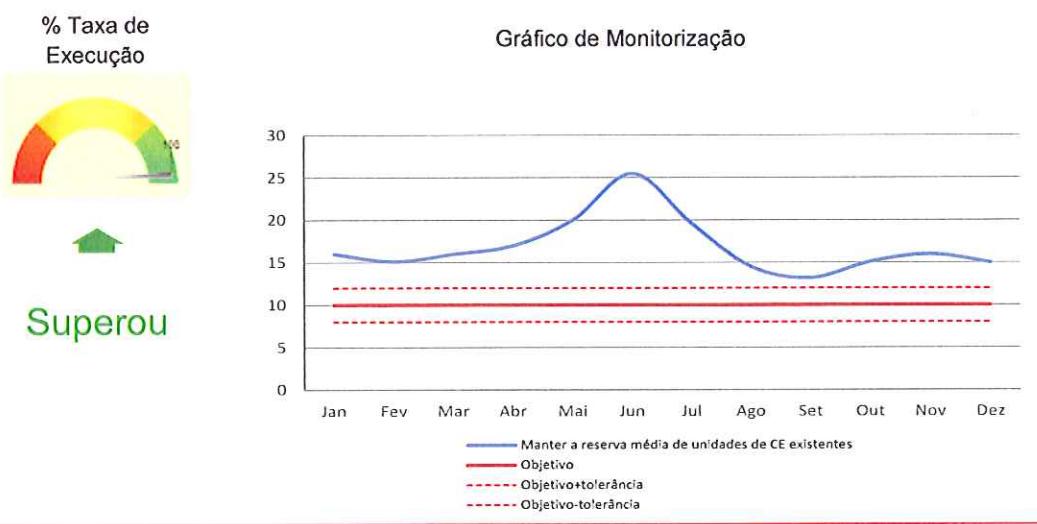
7.3.84. Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	95,7%	2,2%	98,7%	100%	96,2%



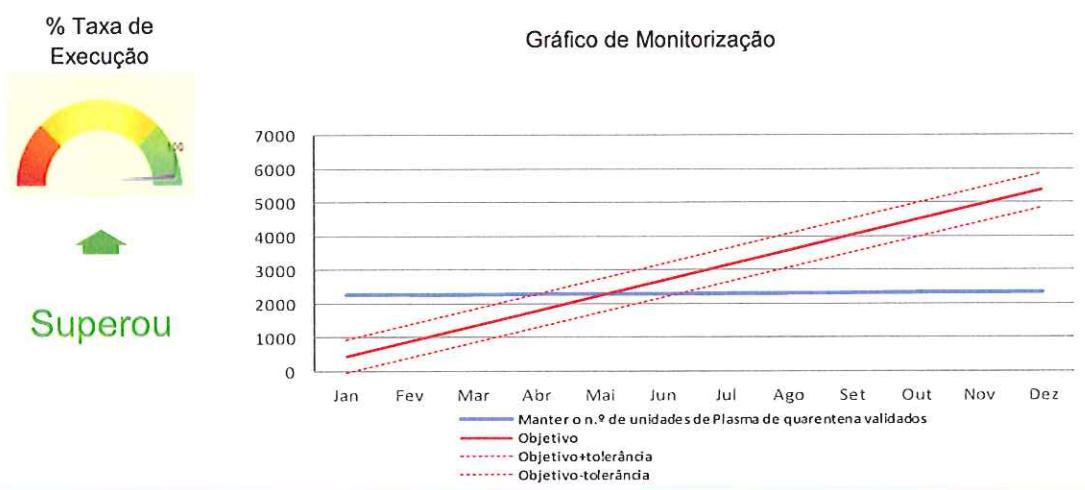
7.3.85. Manter a reserva média de unidades de CE existentes (Dias)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	9	1	11	135%	16,9



7.3.86. Manter o n.º de unidades de Plasma de quarentena validados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	5374	508	4500	135%	2342

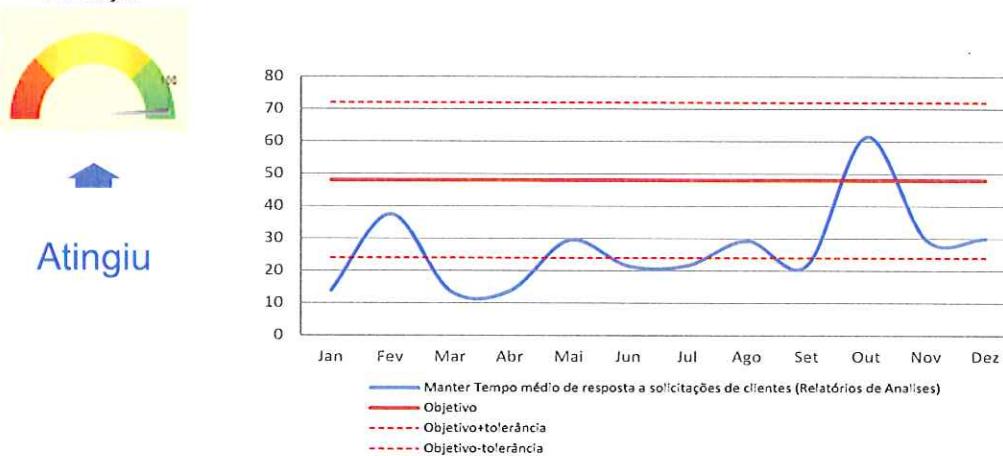


7.3.87. Manter Tempo médio de resposta a solicitações de clientes – todos os laboratórios (Relatórios de Analises)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	32	16	15,3	100%	27

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

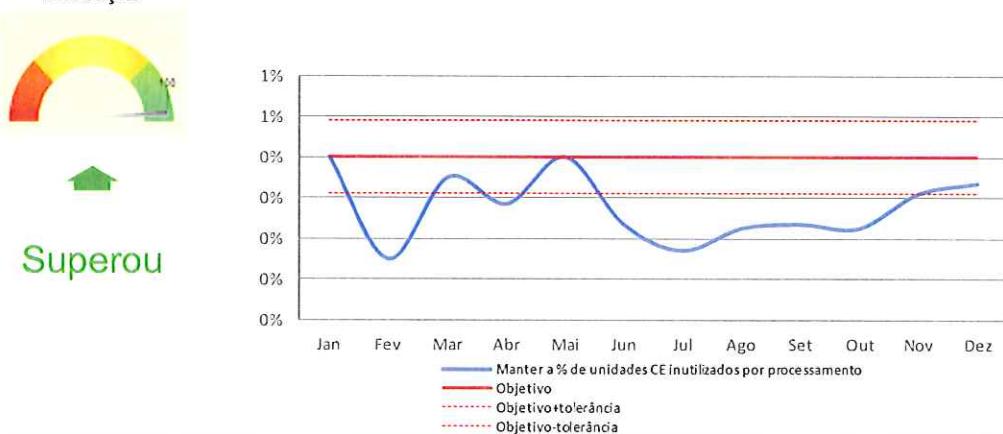


7.3.88. Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	0,4%	0,09%	0,3%	131%	0,3%

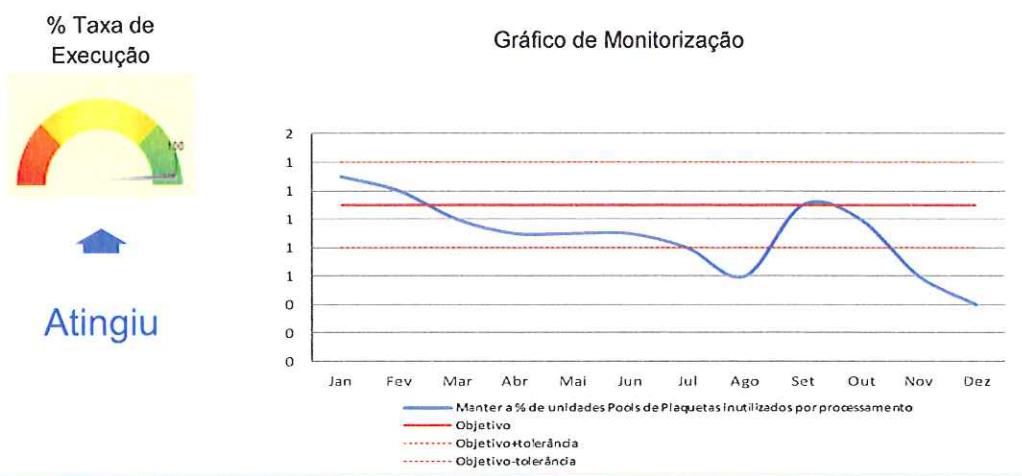
% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



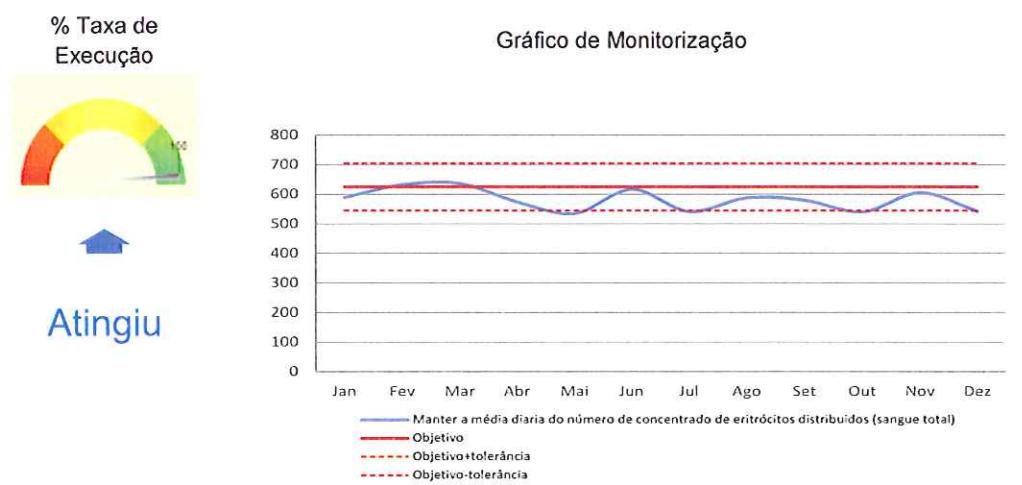
7.3.89. Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	1,1%	0,3%	0,7%	100%	0,9%



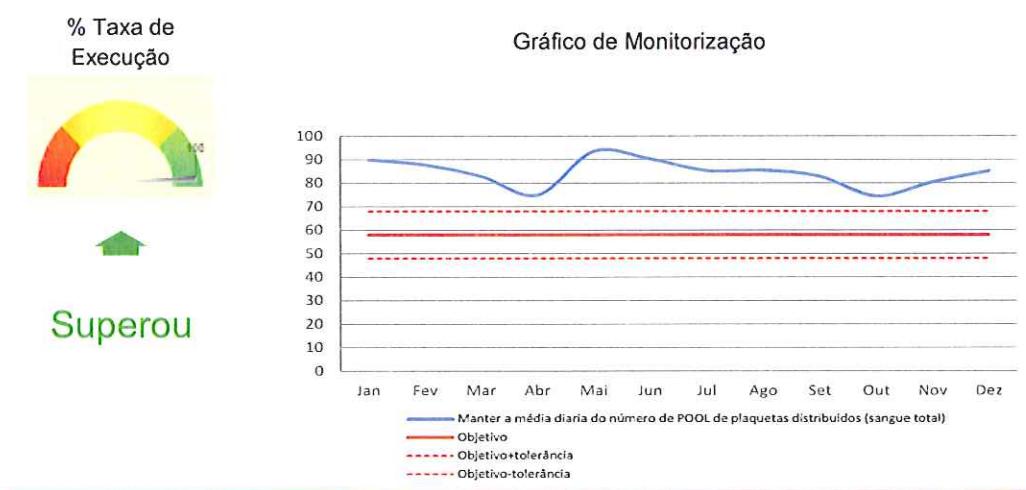
7.3.90. Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (ST)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	625	80	716	100%	582



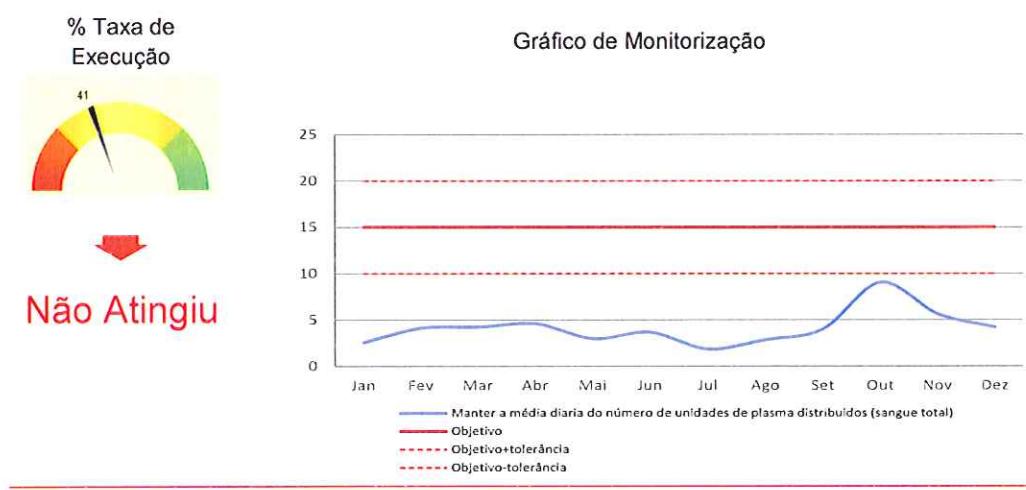
7.3.91. Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	58	10	71	135%	84



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

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	ASIS	15	5	21	41%	4



7.4. Medição e análise dos indicadores - *Dashboard* área da Transplantação

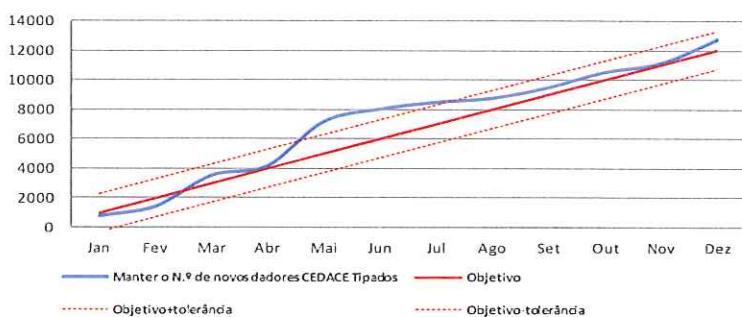
Transplantação

7.4.1. Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	12000	1300	13850	100%	12789



Gráfico de Monitorização

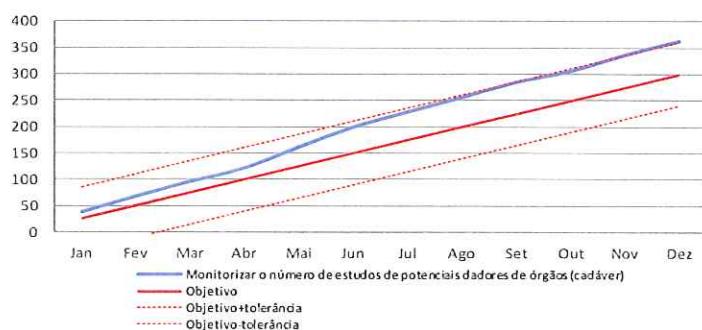


7.4.2. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	300	60	363	125%	362

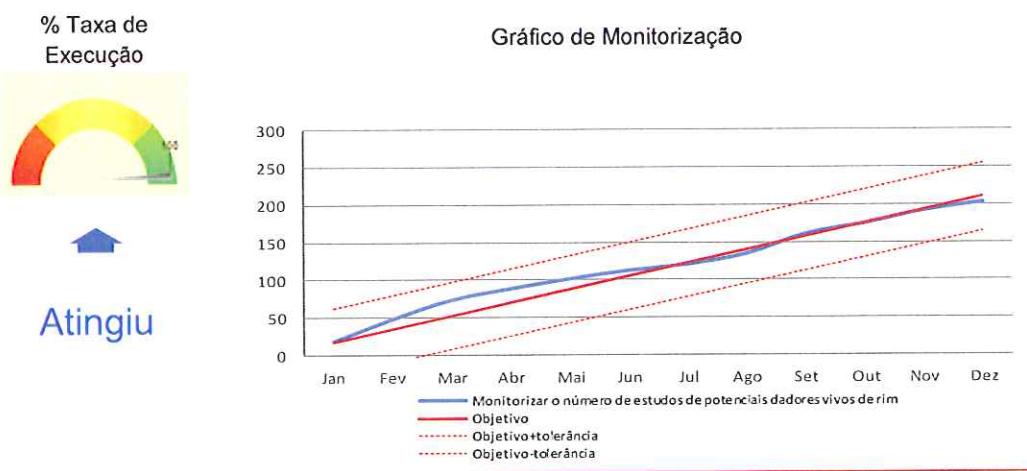


Gráfico de Monitorização



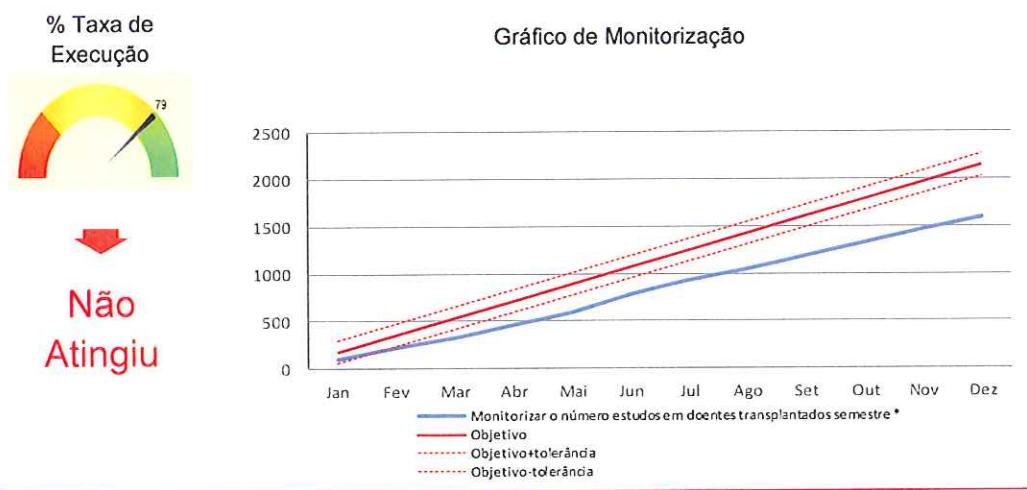
7.4.3. Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	210	45	257	100%	203



7.4.4. Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	2150	120	2276	79%	1597



7.4.5. Monitorizar o N.º estudos em candidatos a transplante de Rim

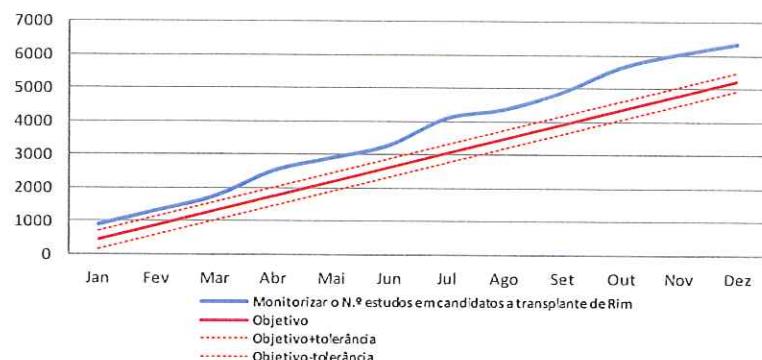
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	5220	270	5481	135%	6336

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



7.4.6. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

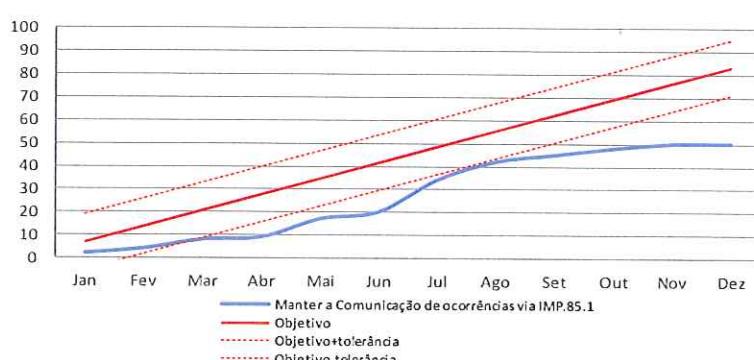
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	83	12	97	70%	50

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

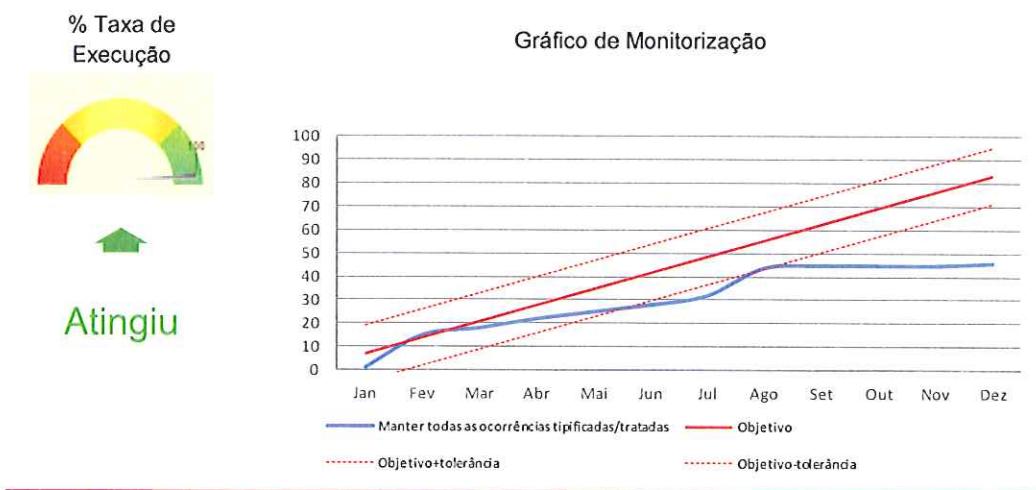


Não Atingiu



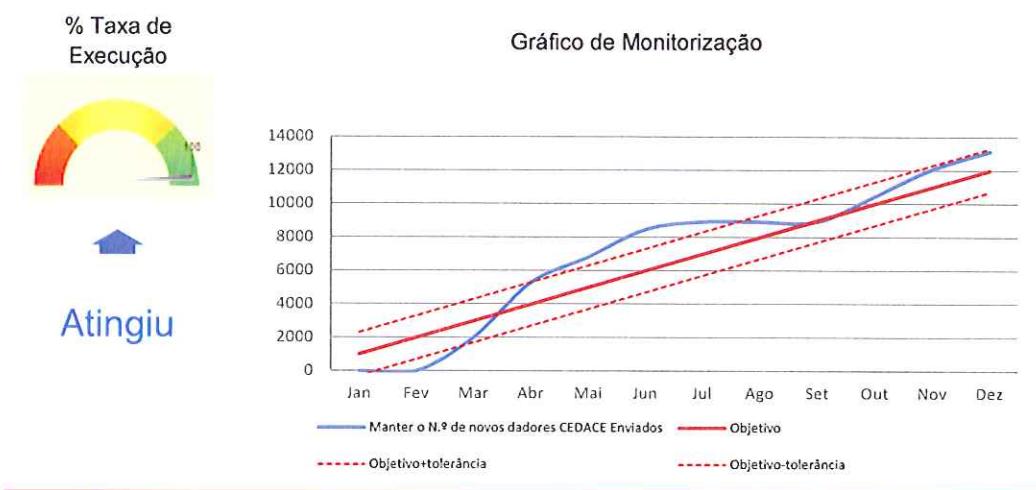
7.4.7. Manter todas as ocorrências tipificadas/tratadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	83	12	97	70%	46



7.4.8. Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	1200	1300	13885	100%	13131



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

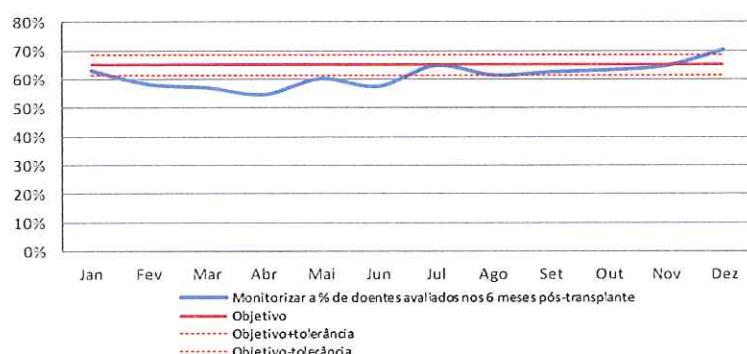
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	65%	4%	74%	100%	61,5%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu

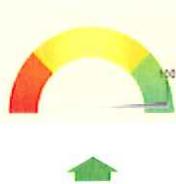


7.4.10. Manter a AEQ de Crossmatch CDC

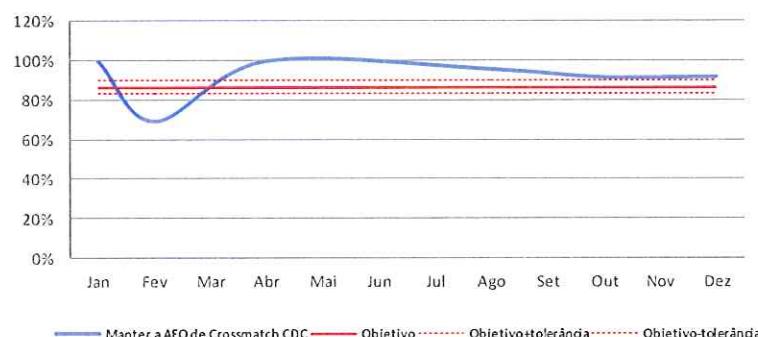
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	AEQ	87%	4%	91%	125%	91,3%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



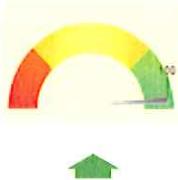
Superou



7.4.11. Manter a AEQ de Crossmatch CF

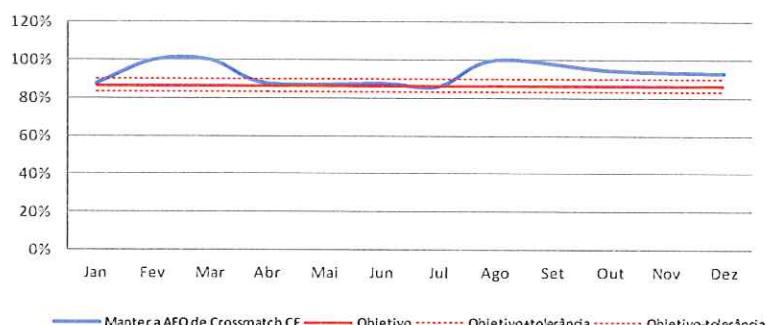
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	AEQ	87%	4%	91%	133%	92,8%

% Taxa de Execução



Superou

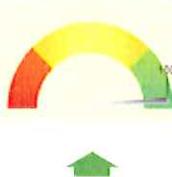
Gráfico de Monitorização



7.4.12. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA (pesquisa)

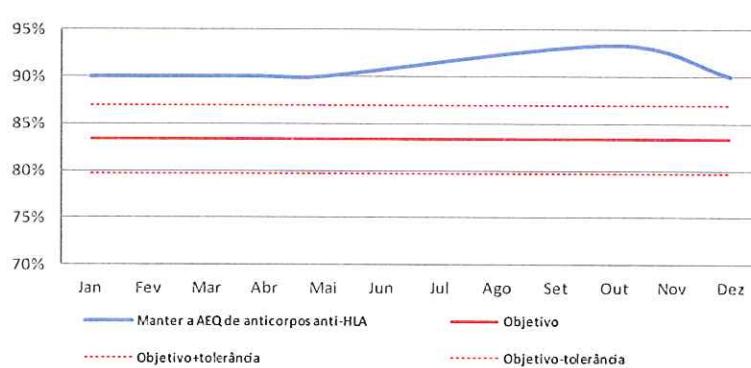
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	AEQ	83%	4%	88%	135%	90,8%

% Taxa de Execução



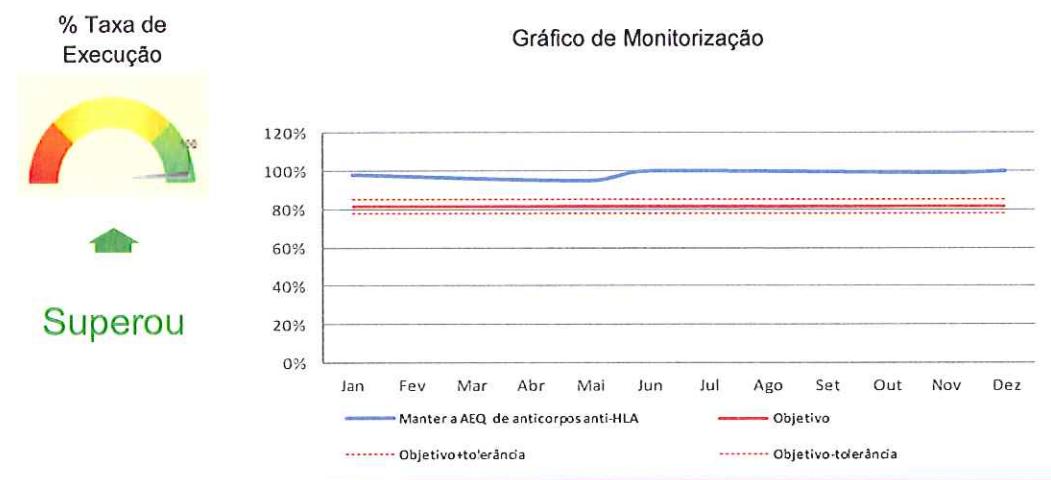
Superou

Gráfico de Monitorização



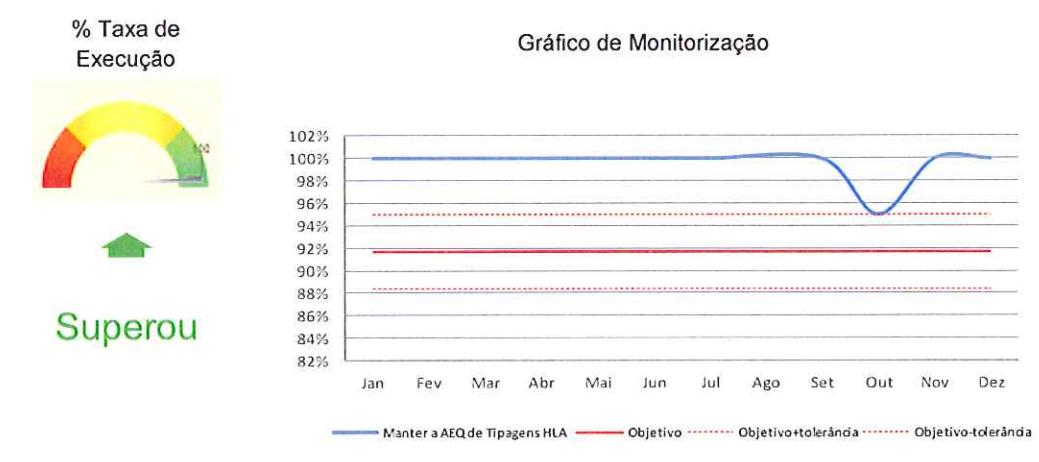
7.4.13. Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA (identificação)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	AEQ	82%	4%	86%	135%	98%



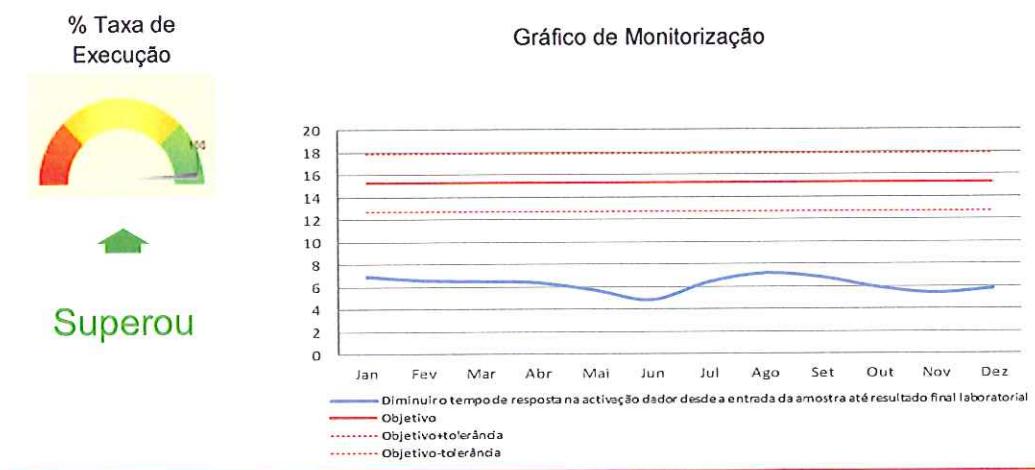
7.4.14. Manter a AEQ de Tipagens HLA

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	AEQ	92%	3%	96%	135%	99,5%



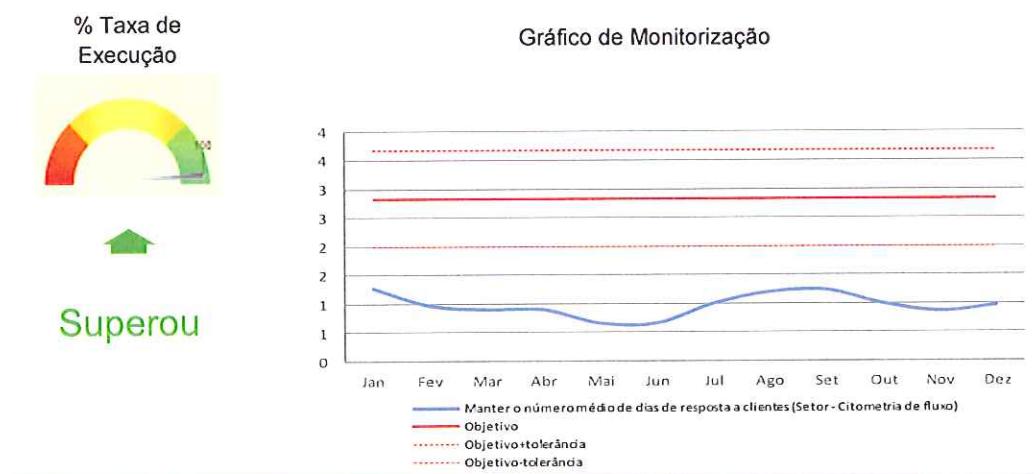
7.4.15. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	15,3	2,6	12,3	135%	6



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

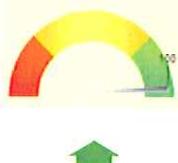
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	2,8	0,8	1,8	135%	1,0



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

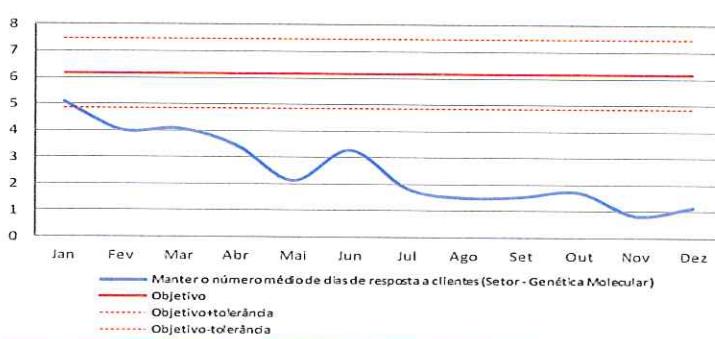
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	6,2	1,3	4,7	135%	3

% Taxa de Execução



Superou

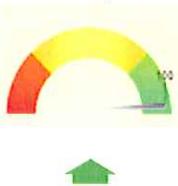
Gráfico de Monitorização



7.4.18. Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA - GS e ID Acs)

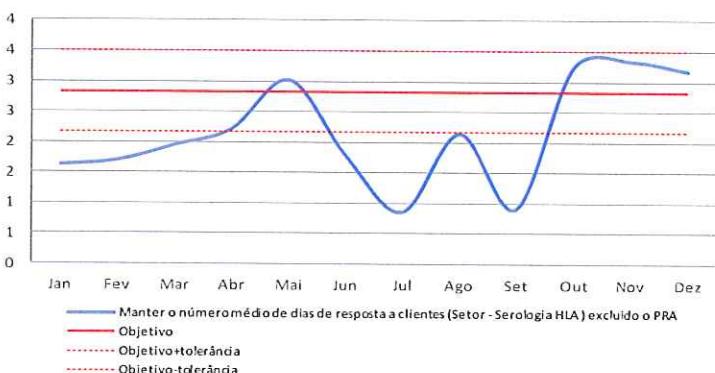
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	LUSOT	2,8	0,7	2,0	135%	2

% Taxa de Execução



Superou

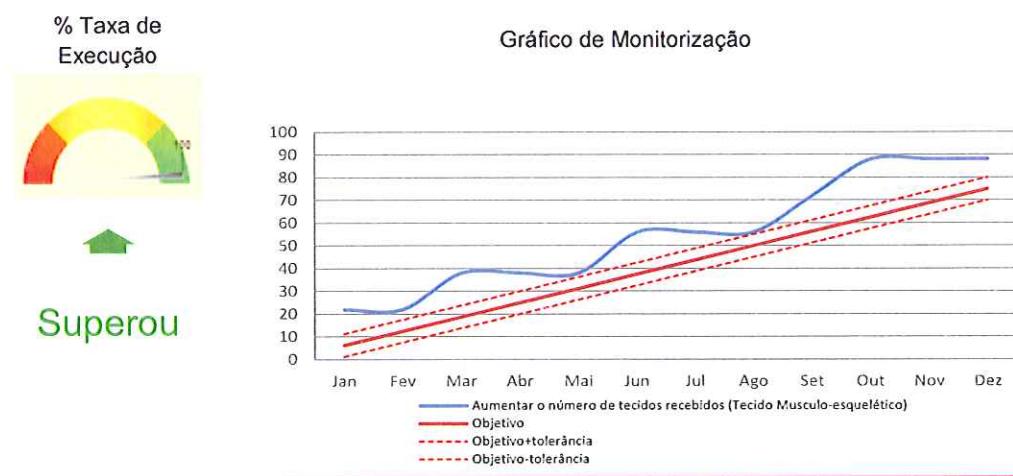
Gráfico de Monitorização



Banco Tecidos

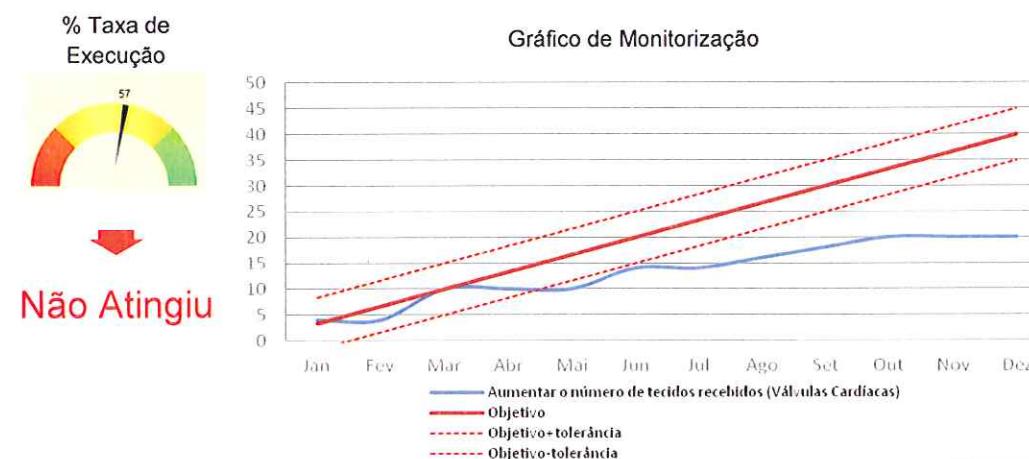
7.4.19. Aumentar o número de tecidos recebidos (Tecido Músculo-esquelético)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	75	5	81	135%	88



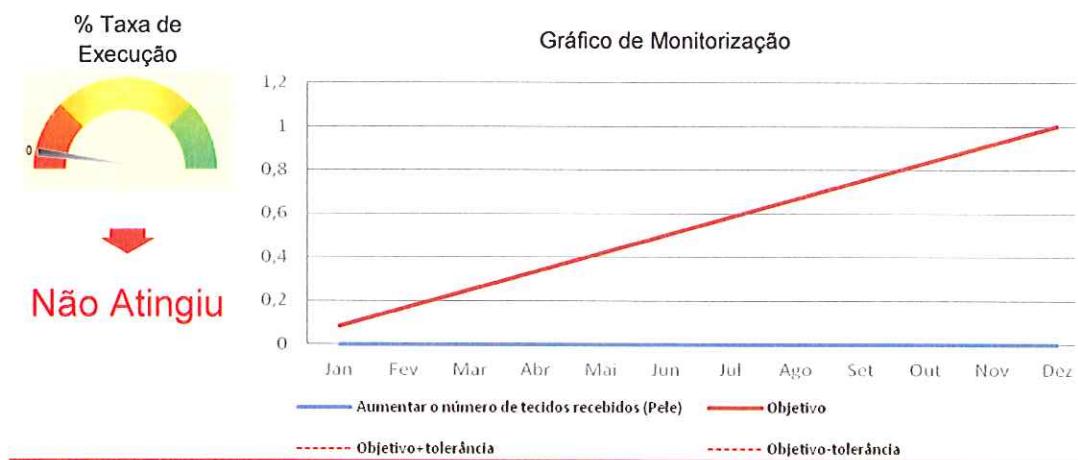
7.4.20. Aumentar o número de tecidos recebidos (Válvulas Cardíacas)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	40	5	45	57%	20



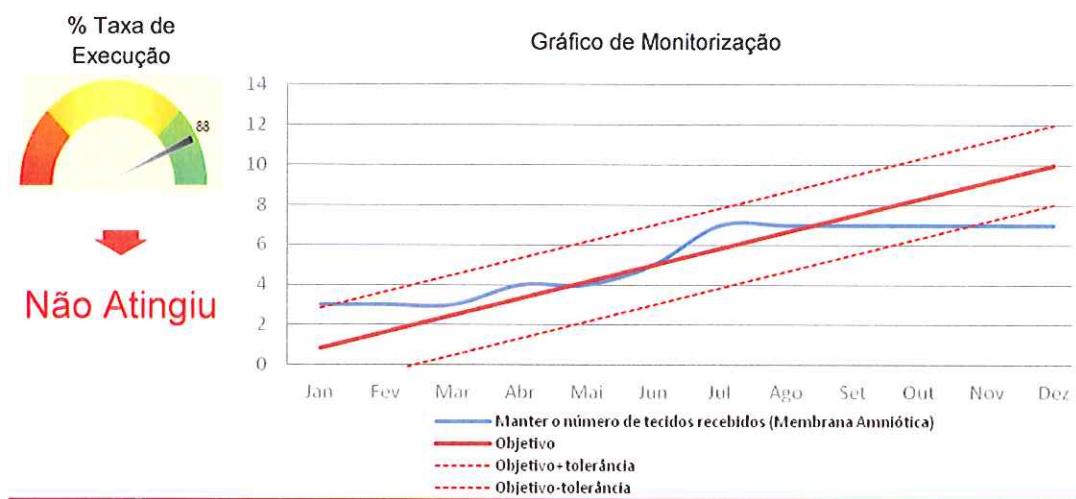
7.4.21. Aumentar o número de tecidos recebidos (Pele)

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	1	0	1	0%	0



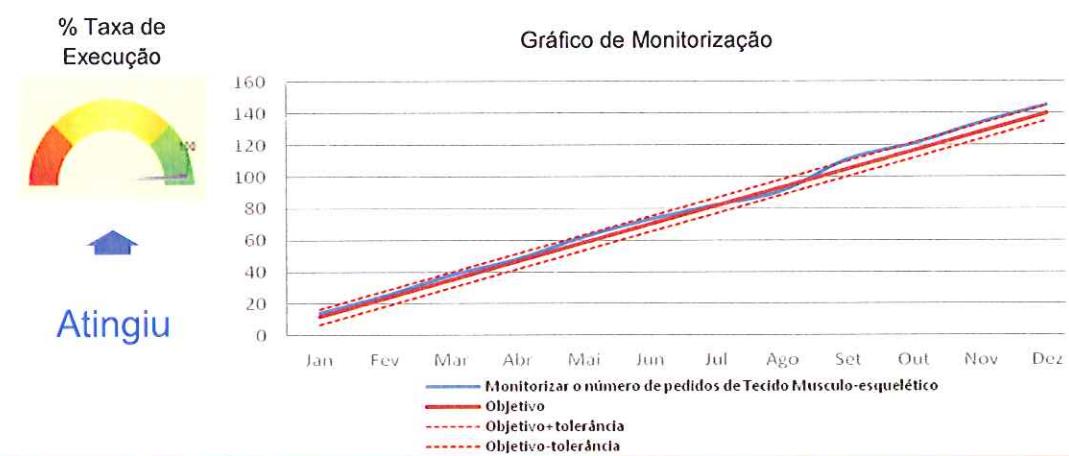
7.4.22. Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	10	2	12	88%	7



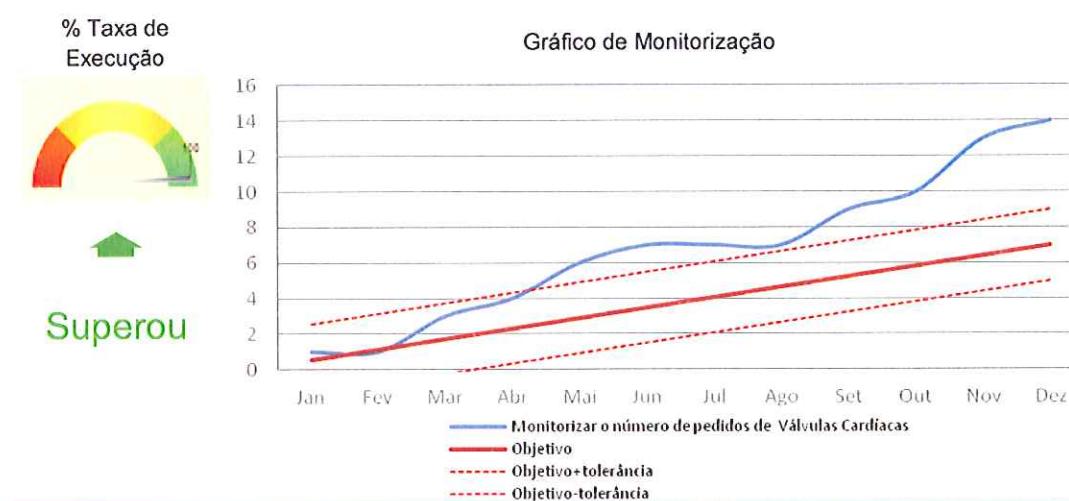
7.4.23. Monitorizar o número de pedidos de Tecido Músculo-esquelético

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot/Outros	140	5	146	100%	145



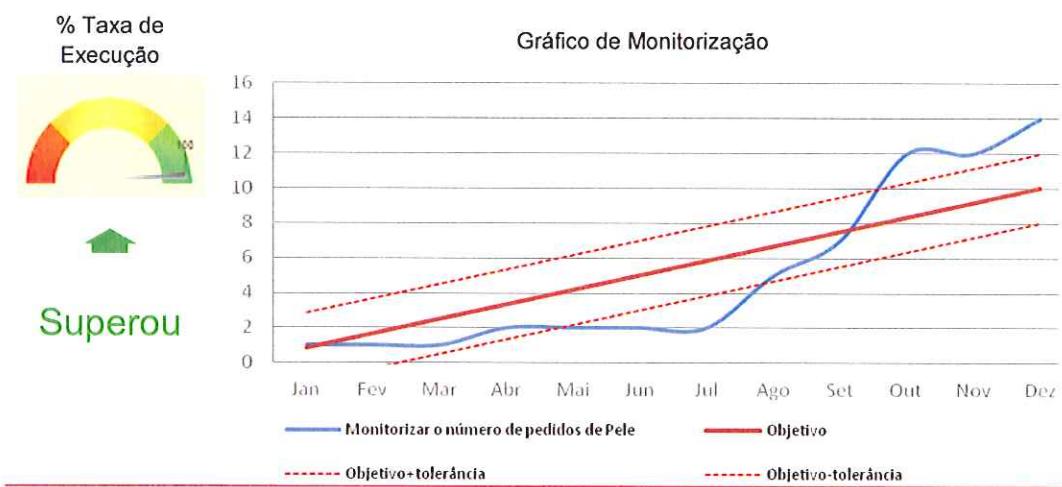
7.4.24. Monitorizar o número de pedidos de Válvulas Cardíacas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	7	2	10	135%	14



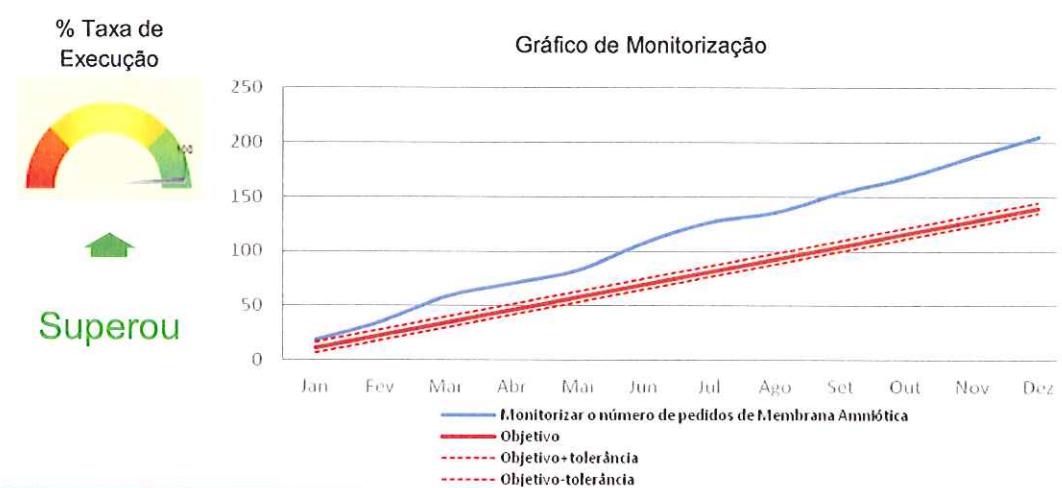
7.4.25. Monitorizar o número de pedidos de Pele

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot/Outros	10	2	15	120%	14



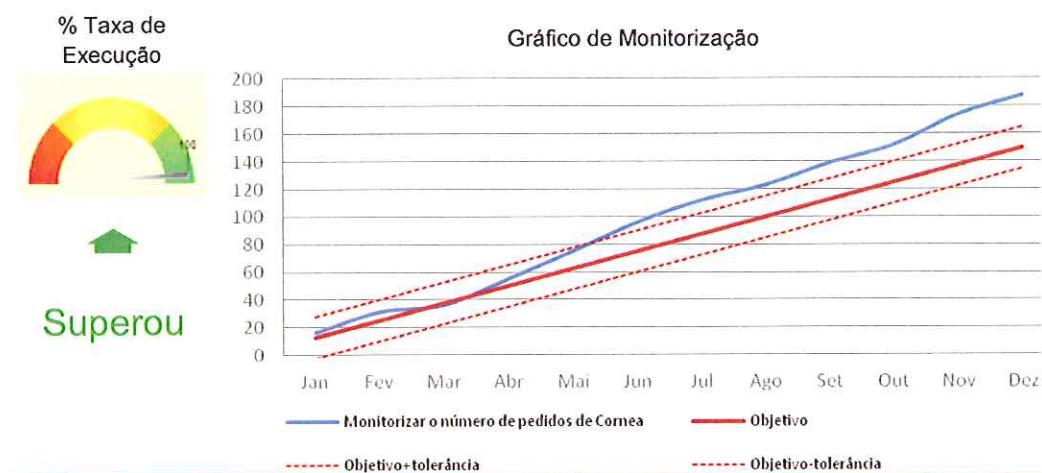
7.4.26. Monitorizar o número de pedidos de Membrana Amniótica

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	140	5	146	135%	205



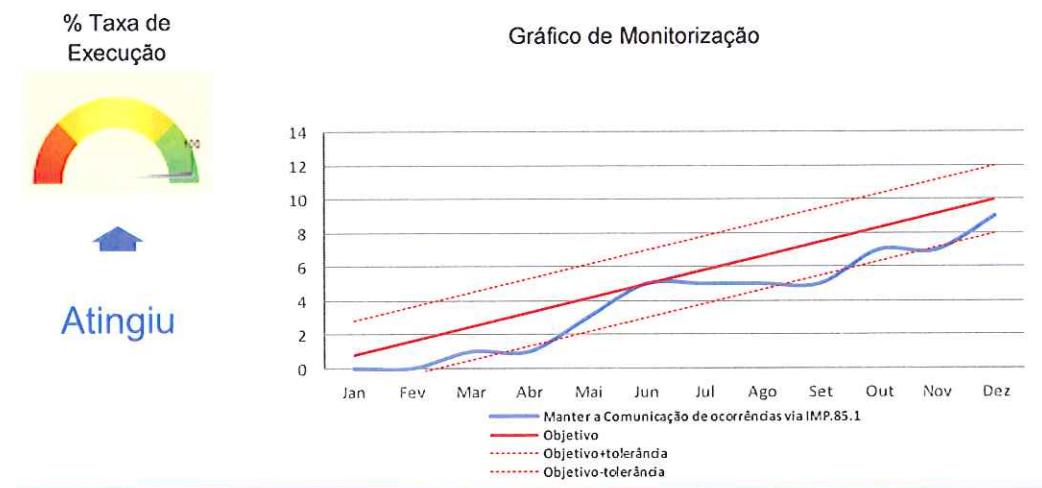
7.4.27. Monitorizar o número de pedidos de Córnea

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Outro	150	15	175	135%	188



7.4.28. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

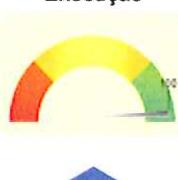
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	BT	10	2	15	100%	9



7.4.29. Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas

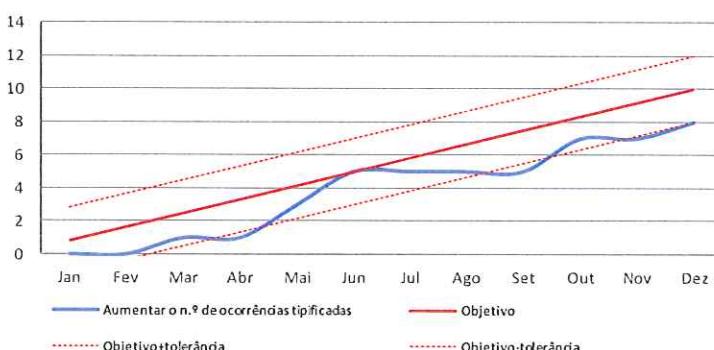
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	BT	10	2	15	100%	8

% Taxa de Execução



Atingiu

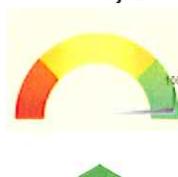
Gráfico de Monitorização



7.4.30. Manter a taxa de aproveitamento de peças de Tecido Músculo-esquelético processado

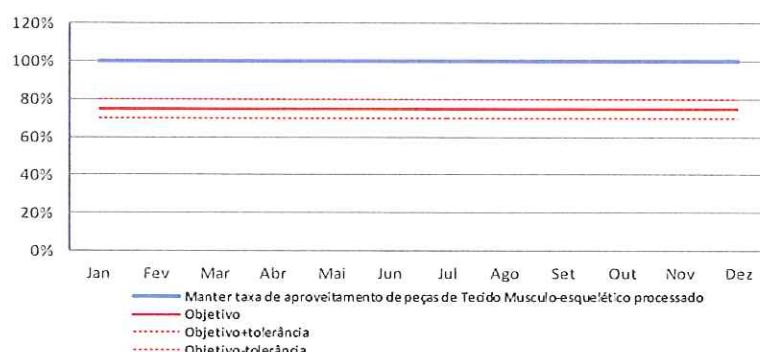
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	75%	5%	80%	135%	100%

% Taxa de Execução



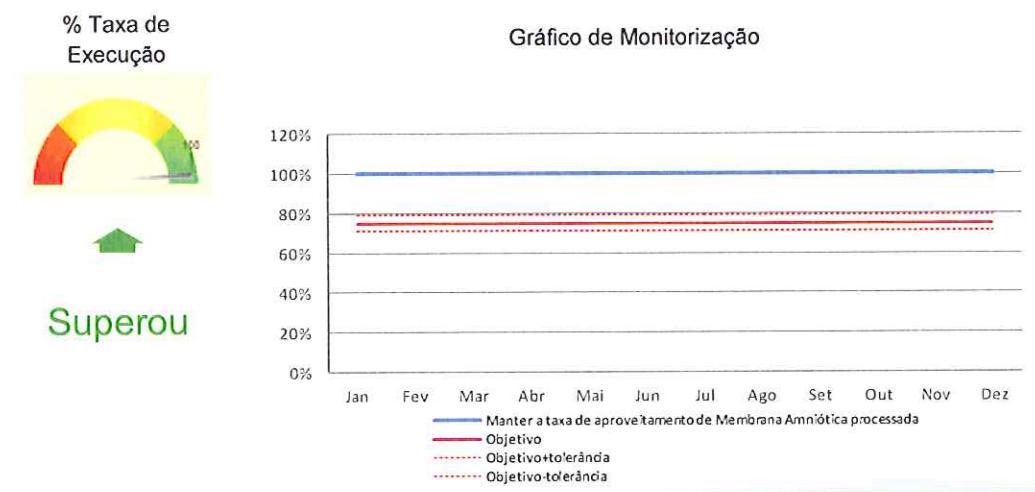
Superou

Gráfico de Monitorização



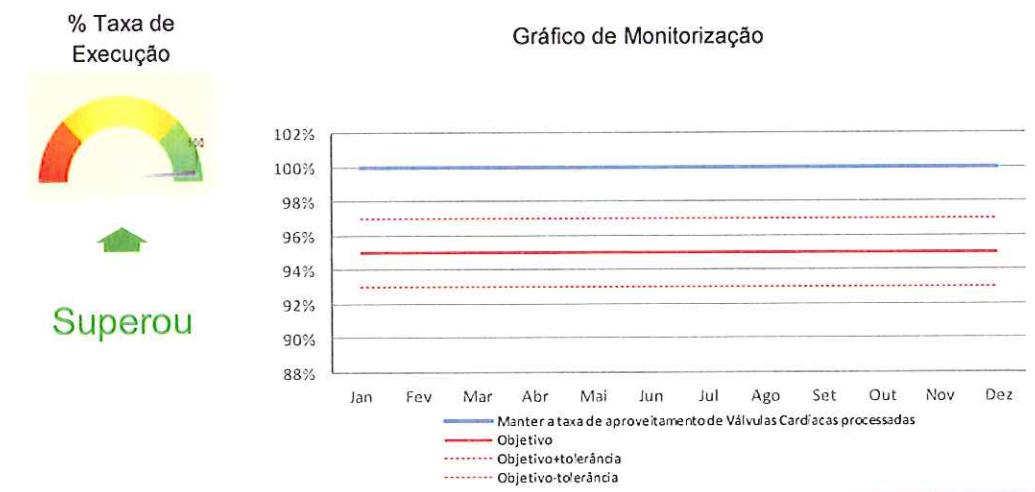
7.4.31. Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	75%	4%	80%	135%	100%



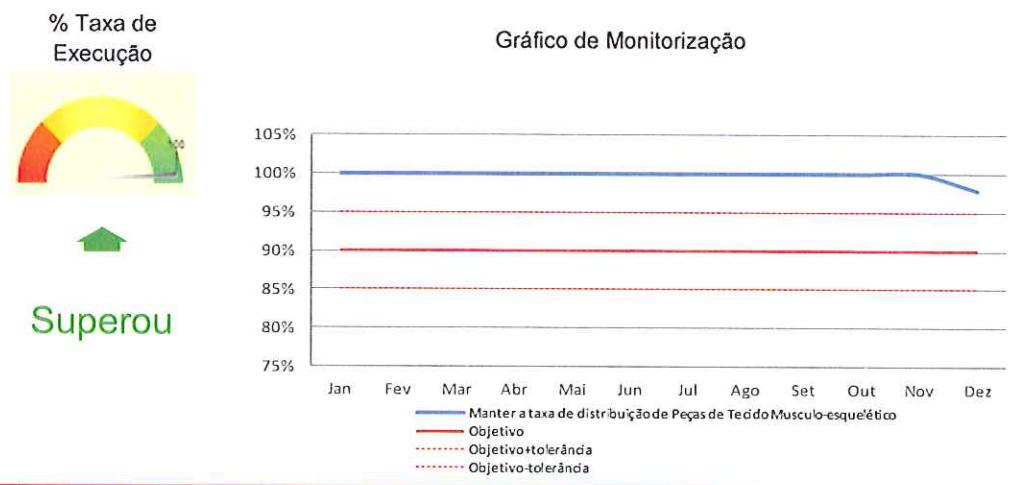
7.4.32. Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	95%	2%	98%	135%	100%



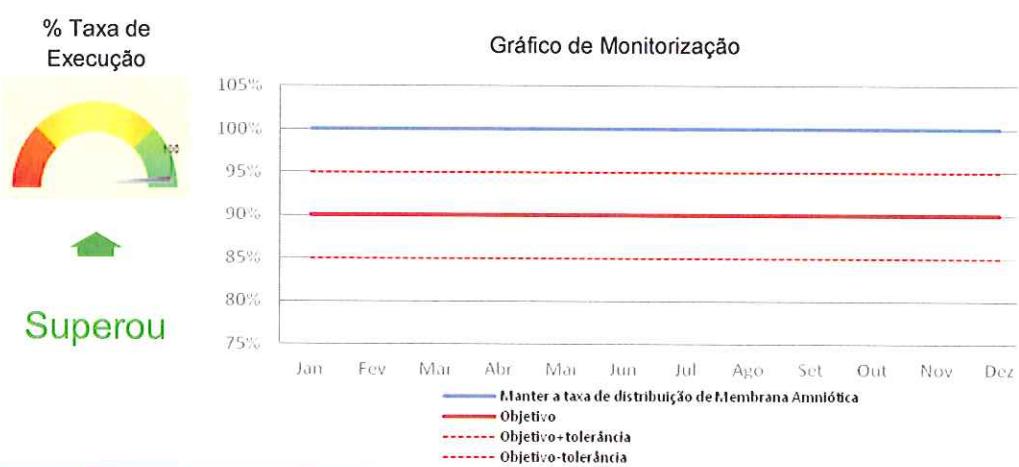
7.4.33. Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido Músculo-esquelético

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot/Outros	90%	5%	96%	135%	99,8%



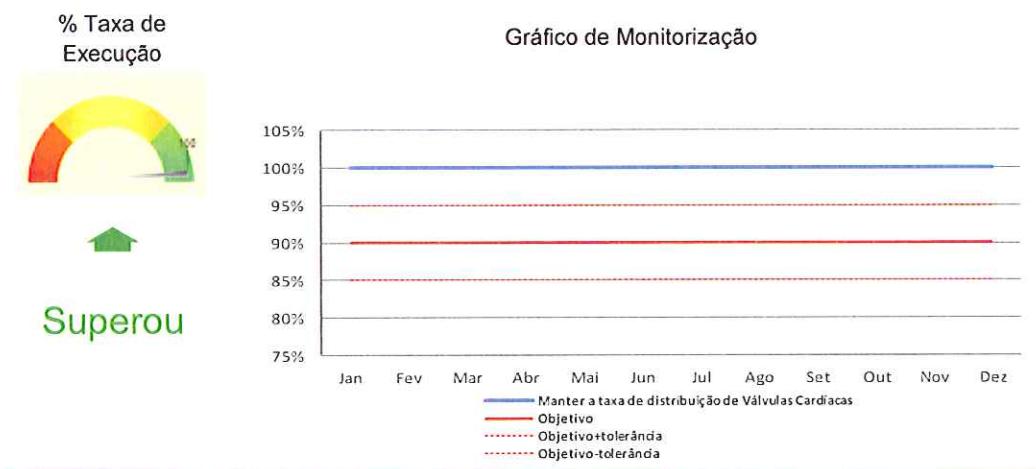
7.4.34. Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	90%	5%	96%	135%	100%



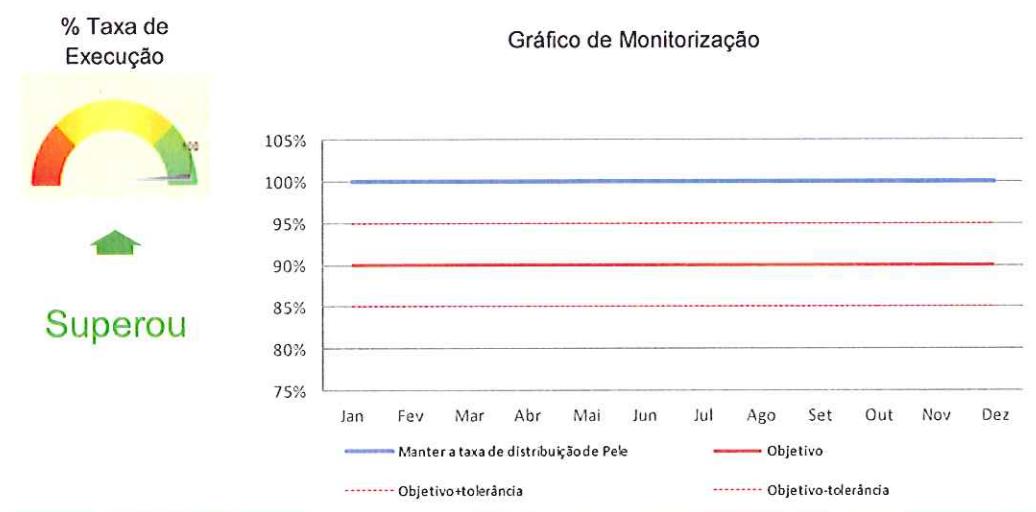
7.4.35. Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	90%	5%	96%	135%	100%



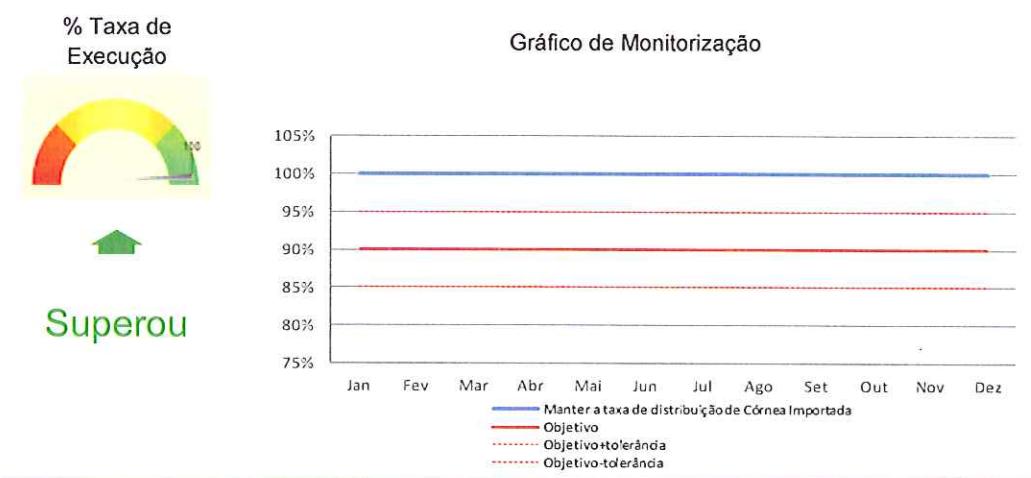
7.4.36. Manter a taxa de distribuição de Pele

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot/Outros	90%	5%	96%	135%	100%



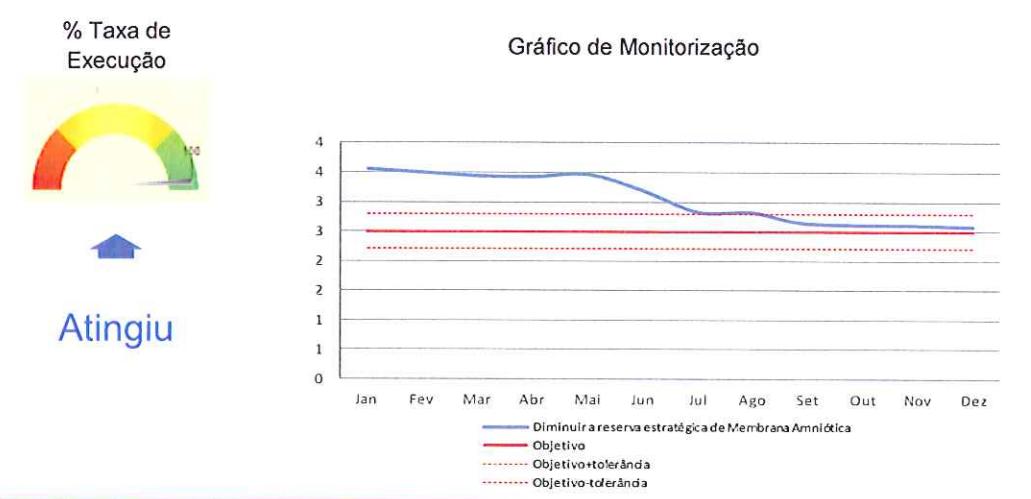
7.4.37. Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Outros	90%	5%	96%	135%	100%



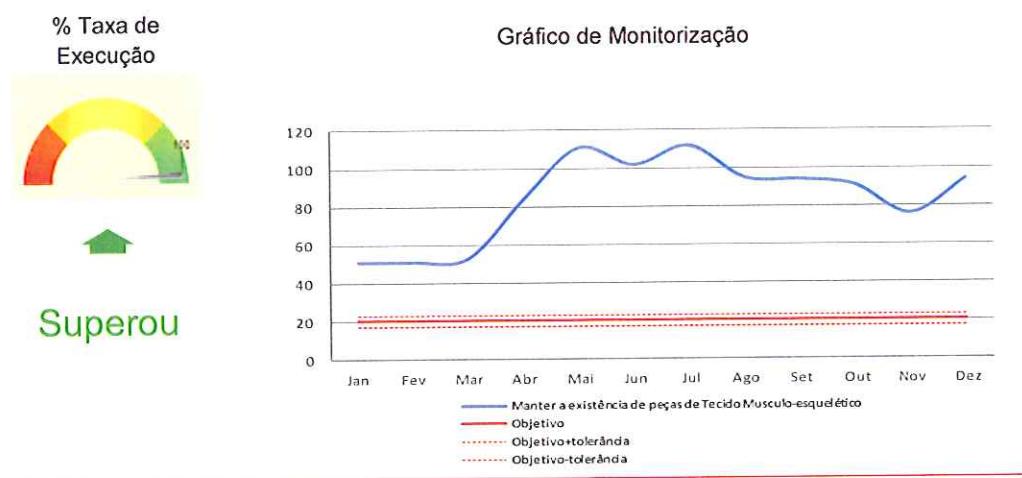
7.4.38. Diminuir a reserva estratégica de Membrana Amniótica

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	2,5	0,3	2,1	100%	2,59



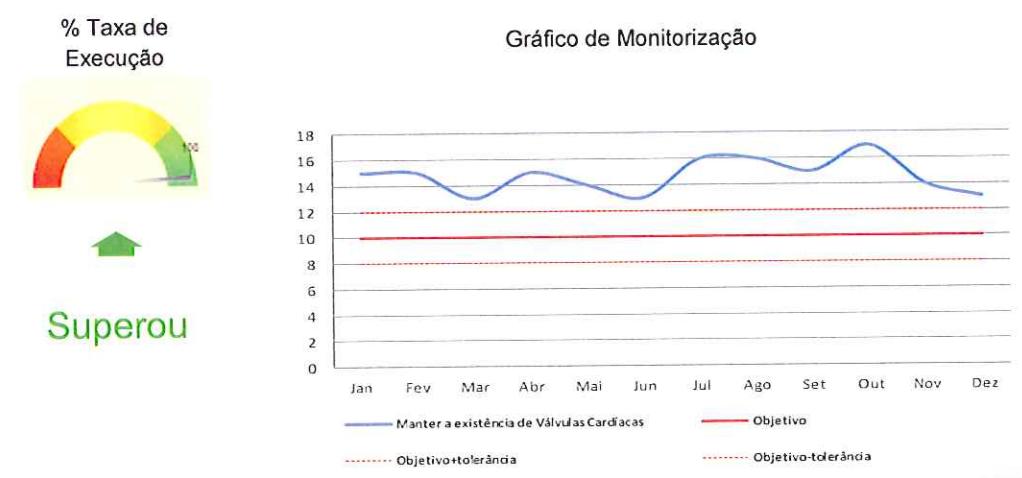
7.4.39. Manter a existência de peças de Tecido Músculo-esquelético

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	20	3	24	135%	94



7.4.40. Manter a existência de Válvulas Cardíacas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	10	2	13	125%	13

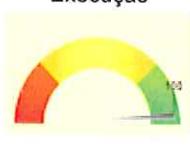


7.4.41. Manter a resposta a pedidos de Córnea

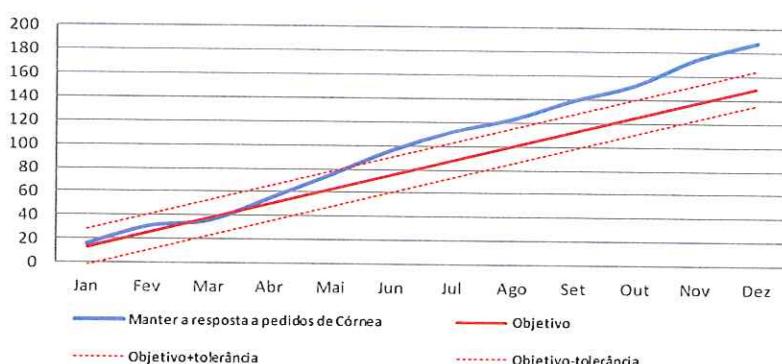
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Outros	150	15	175	135%	188

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou

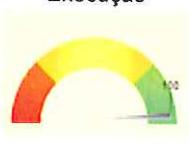


7.4.42. Manter a resposta a pedidos de Pele (m^2)

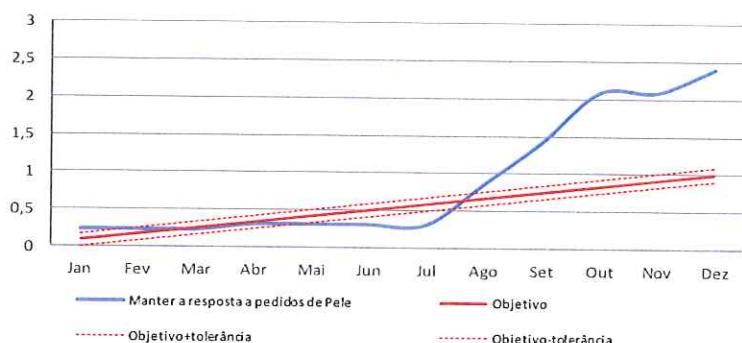
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot/Outros	1m ²	0,0	1,1	135%	2,41

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



CEDACE

7.4.43. Monitorizar o N.º de pedidos de dadores CEDACE recebidos

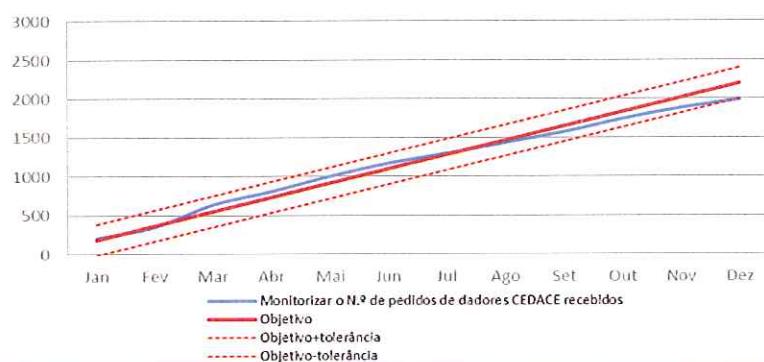
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	2200	200	2410	99%	1989

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu

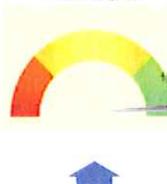


7.4.44. Manter o nº de ativações a dadores CEDACE

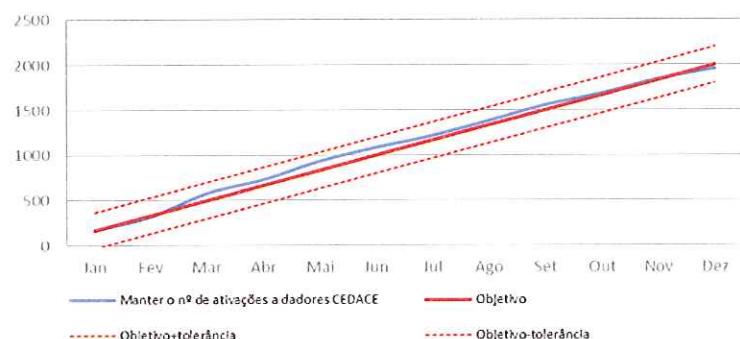
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	2000	200	2001	100%	1955

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu

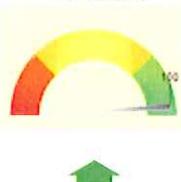


7.4.45. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - Suspensos

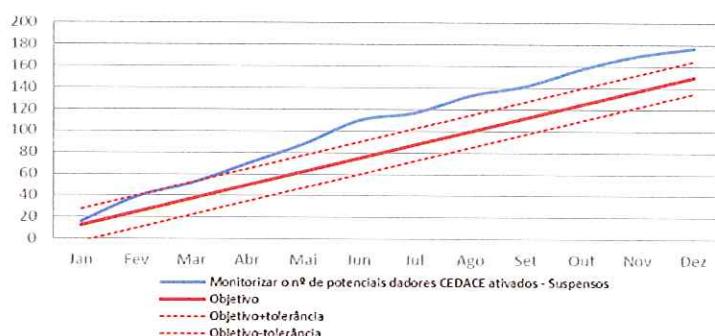
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	150	15	134	93%	177

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



7.4.46. Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - eliminados

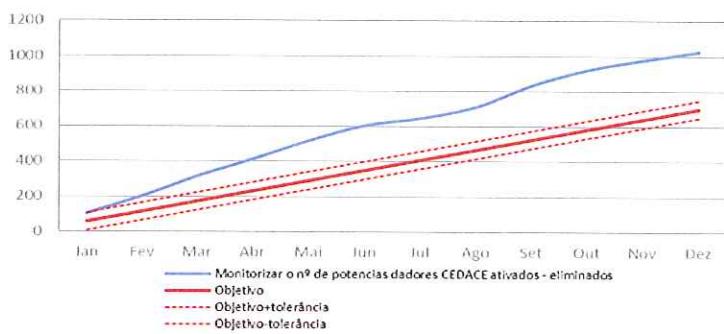
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	700	50	755	135%	1027

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

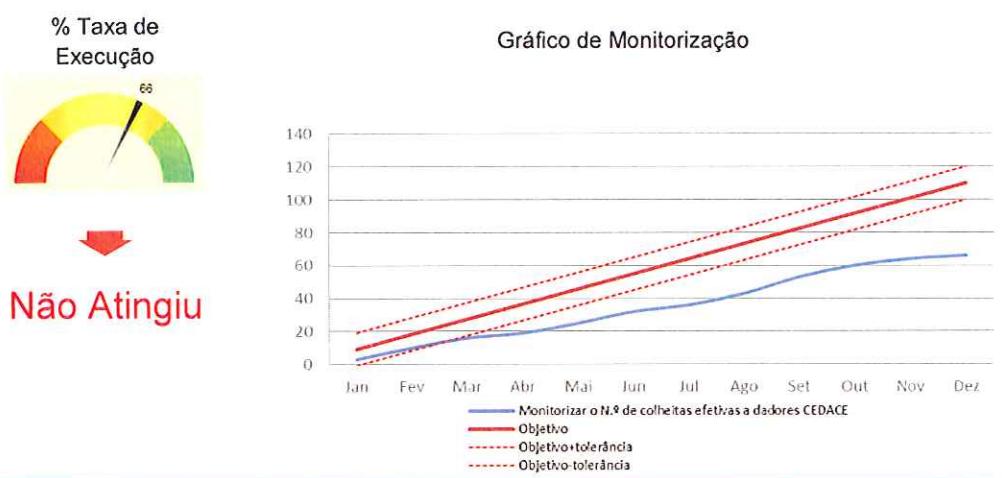


Superou



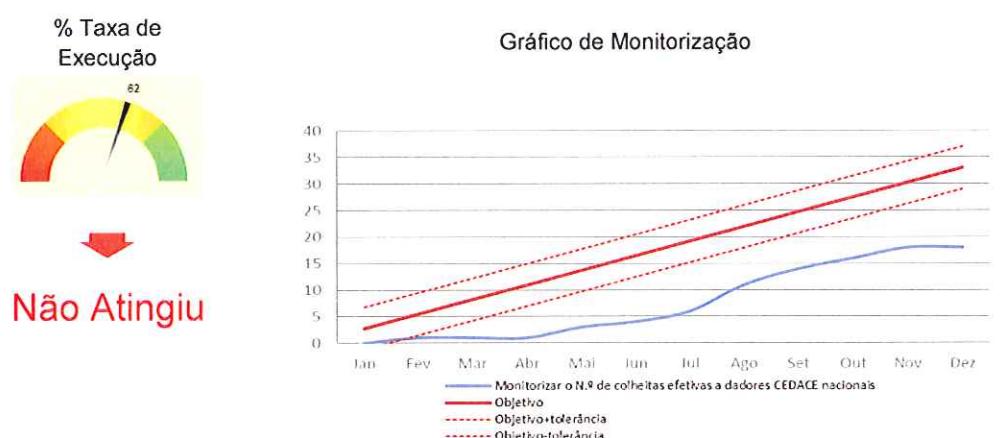
7.4.47. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	110	10	121	66%	66



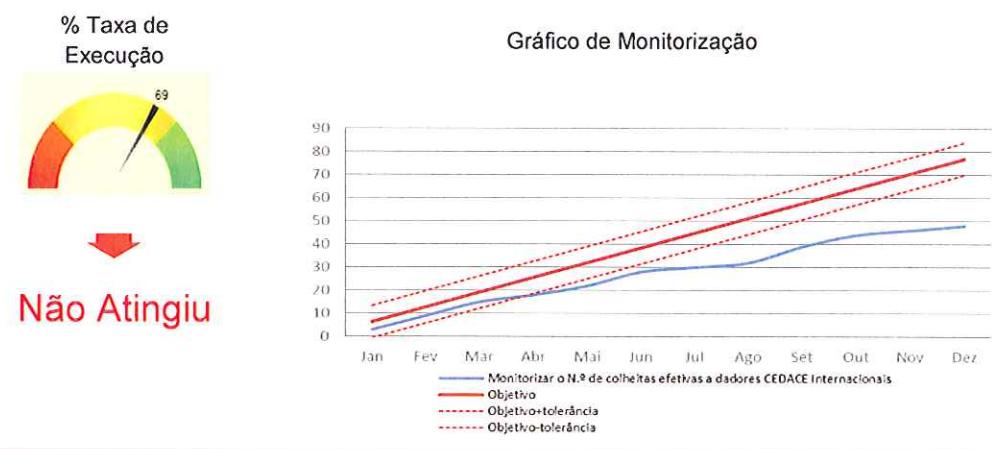
7.4.48. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE nacionais

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	33	4	38	62%	18



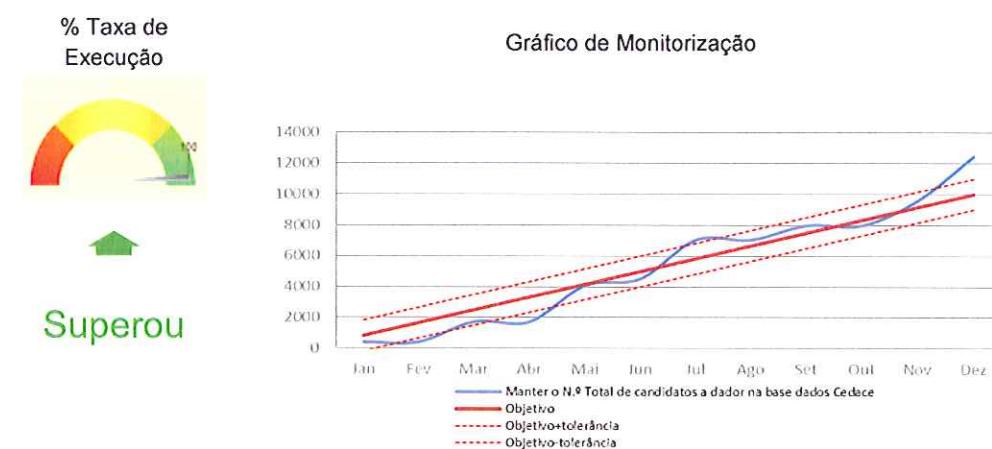
7.4.49. Manter o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE internacionais

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	77	7	85	69%	48



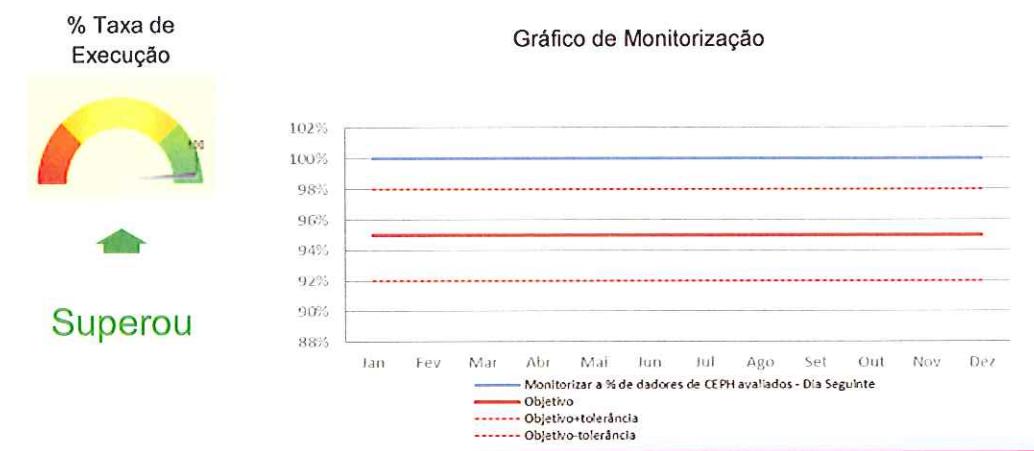
7.4.50. Manter o N.º Total de candidatos a dador na base dados Cedace

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	10000	1000	11000	135%	12451



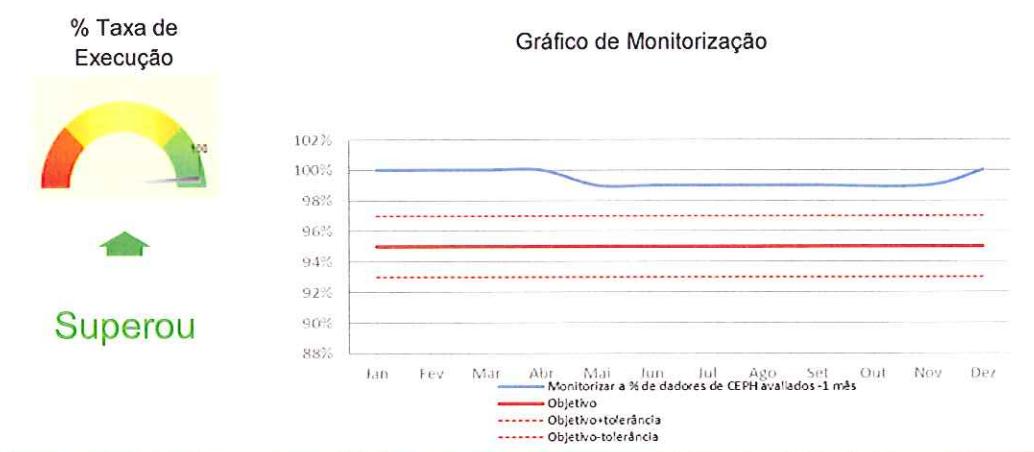
7.4.51. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - Dia Seguinte

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	95%	3%	99%	131%	100%



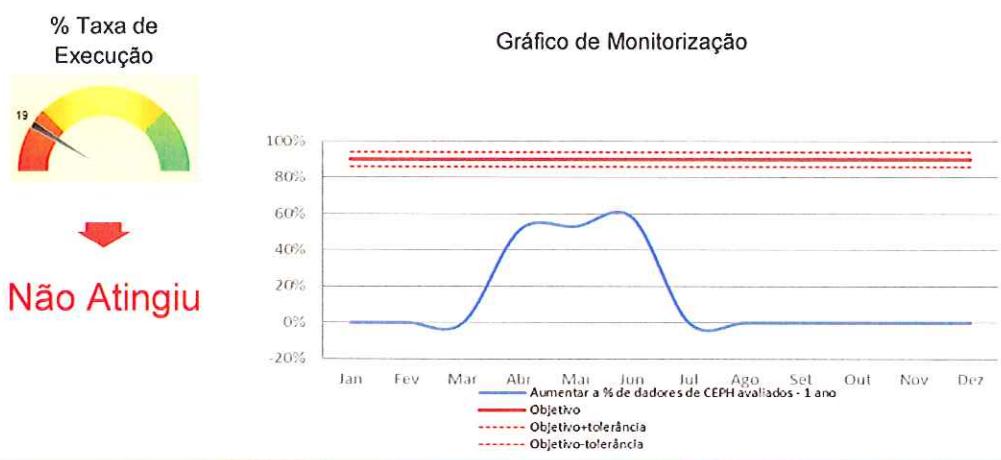
7.4.52. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	95%	2%	98%	135%	99,4%



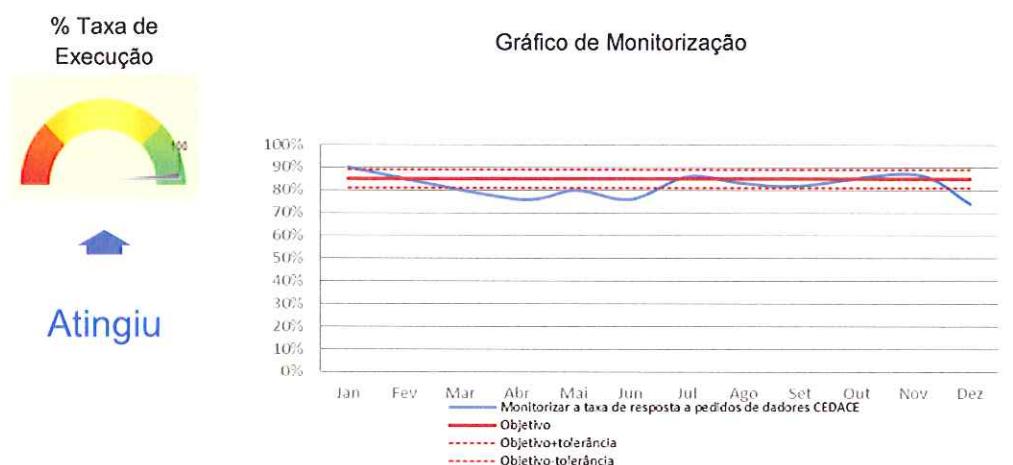
7.4.53. Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	C	90%	4%	95%	19%	16.2%



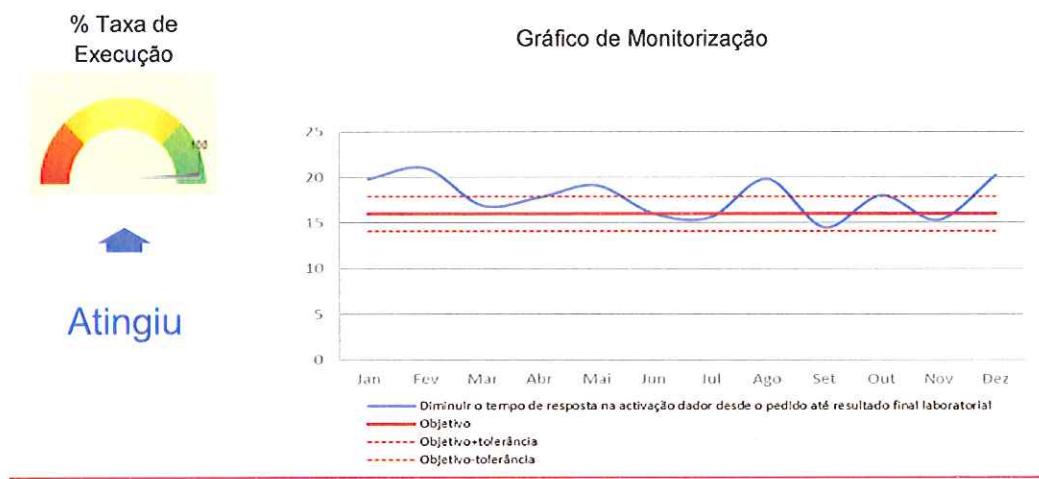
7.4.54. Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	85%	4%	90%	100%	82.5%



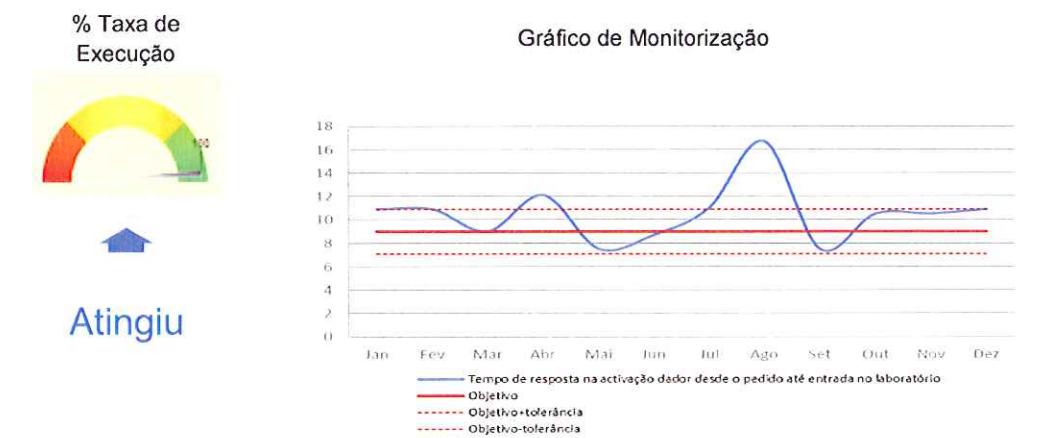
7.4.55. Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até resultado final laboratorial

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	16,0	1,9	14,0	100%	18



7.4.56. Tempo de resposta na ativação dador desde o pedido até entrada no laboratório

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Lusot	9,0	1,9	7,0	100%	11



BPCCU

7.4.57. Manter N.º de unidades de sangue do cordão umbilical armazenadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	85	10	96	130%	98

% Taxa de Execução

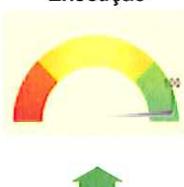
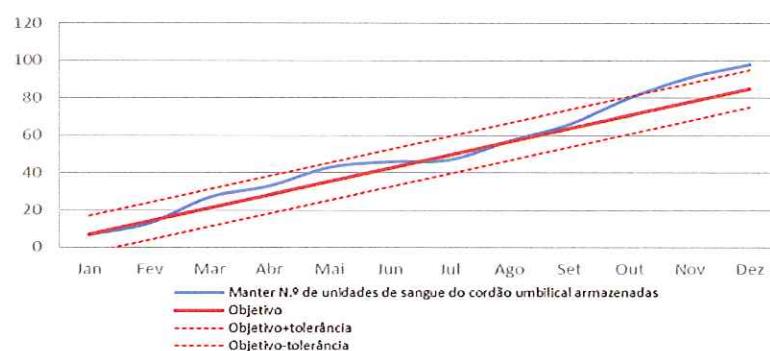


Gráfico de Monitorização



7.4.58. Manter o n.º de unidades de SCU aceites armazenadas e aptas para uso terapêutico

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Exel PX	55	10	67	135%	150

% Taxa de Execução

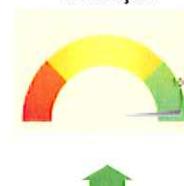
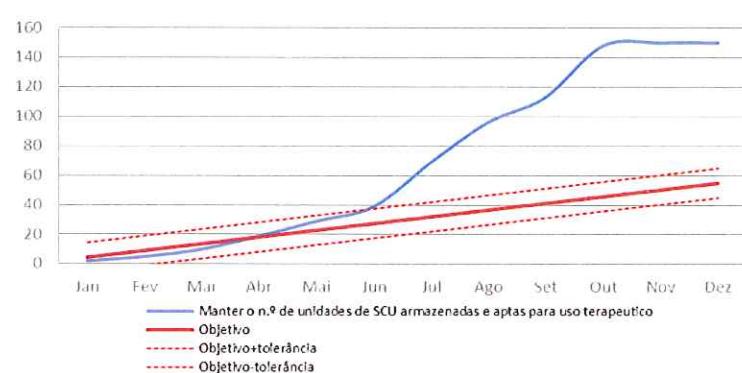
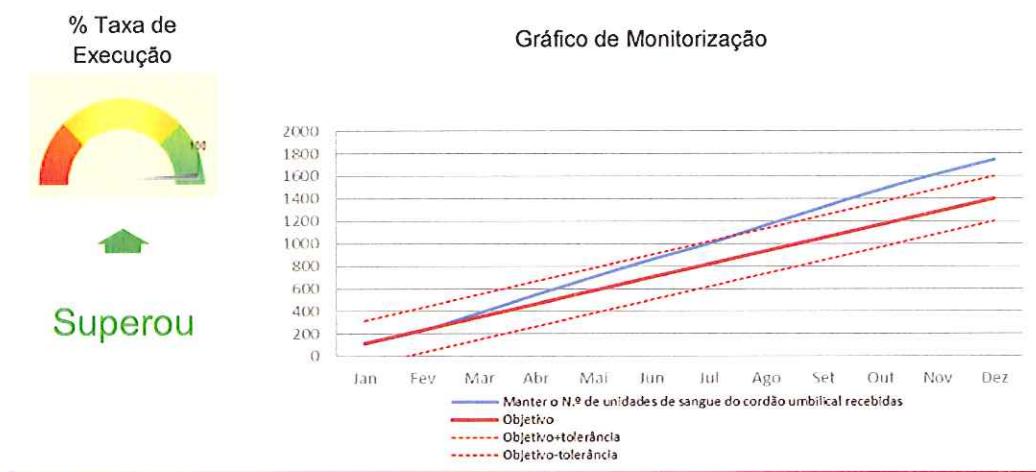


Gráfico de Monitorização



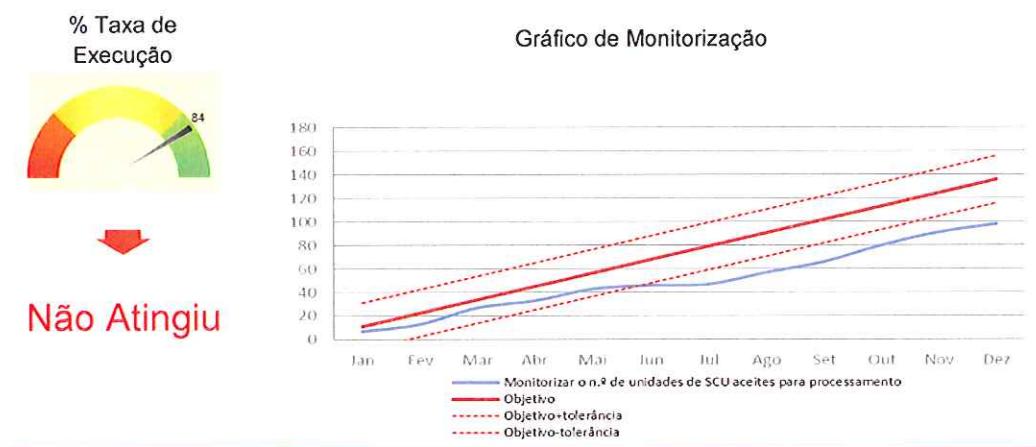
7.4.59. Manter o N.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	1401	200	1605	135%	1746



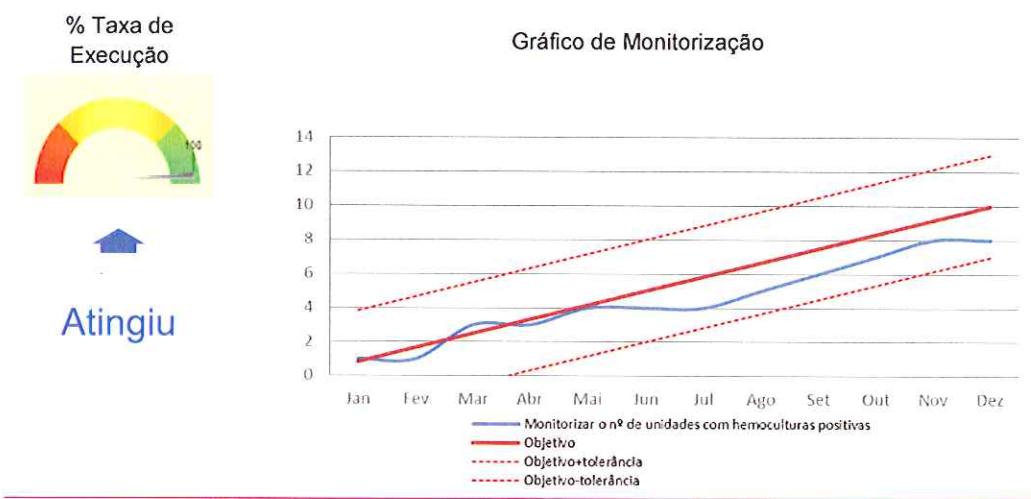
7.4.60. Monitorizar o n.º de unidades de SCU aceites para processamento

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	136	20	160	84%	98



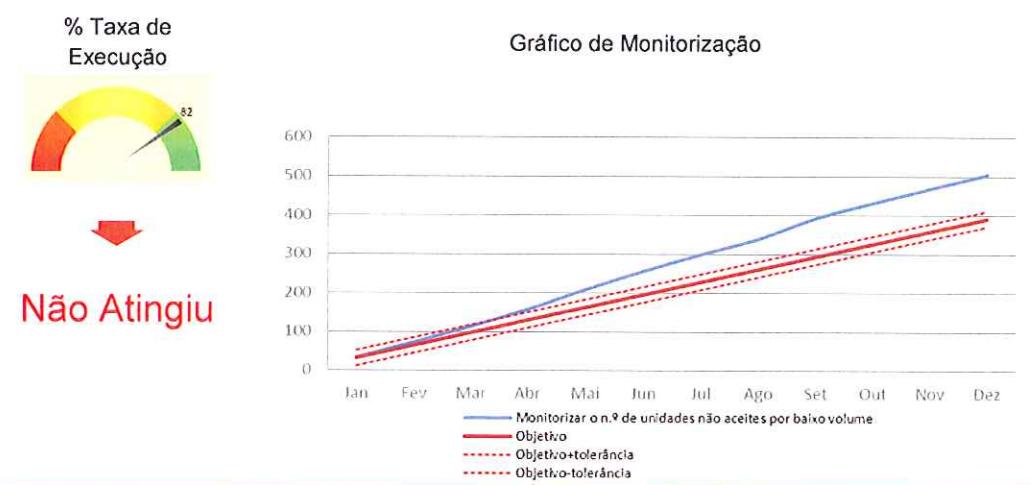
7.4.61. Monitorizar o nº de unidades com hemoculturas positivas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Exel PX	10	3	6	100%	8



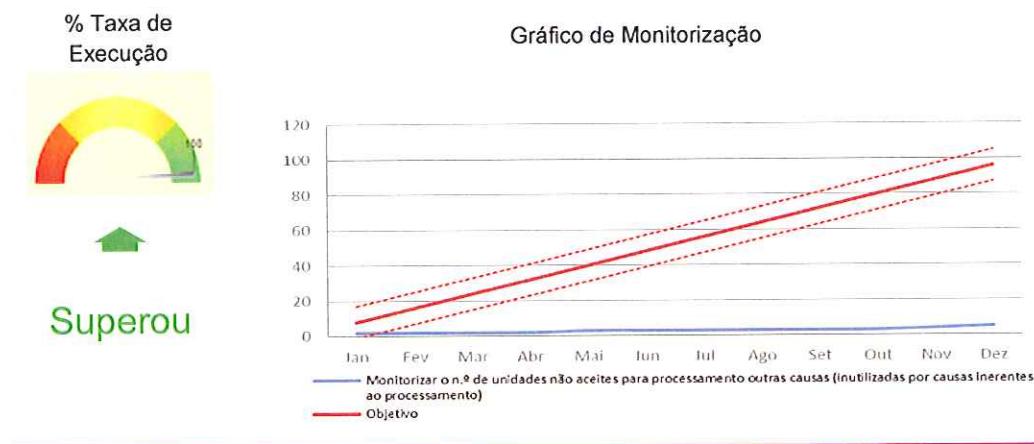
7.4.62. Monitorizar o n.º de unidades não aceites por baixo volume

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	392	20	370	82%	505



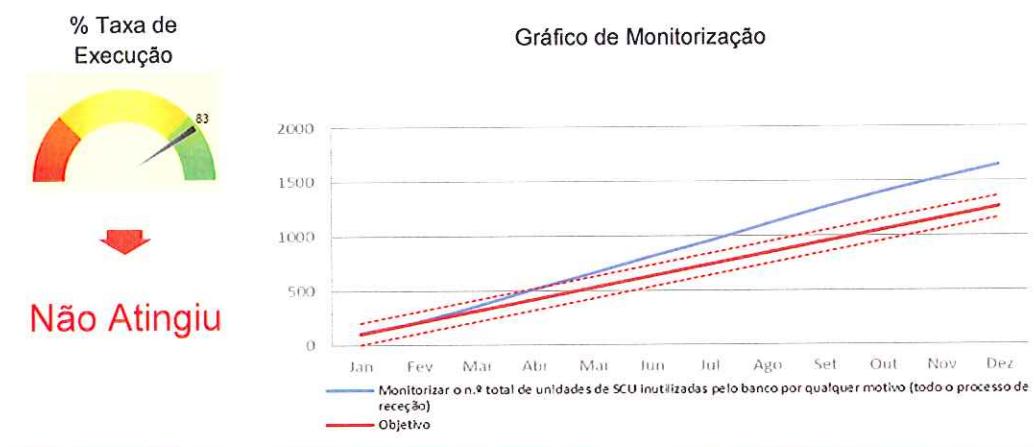
7.4.63. Monitorizar o n.º de unidades não aceites para processamento outras causas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Exel PX	96	9	85	135%	5



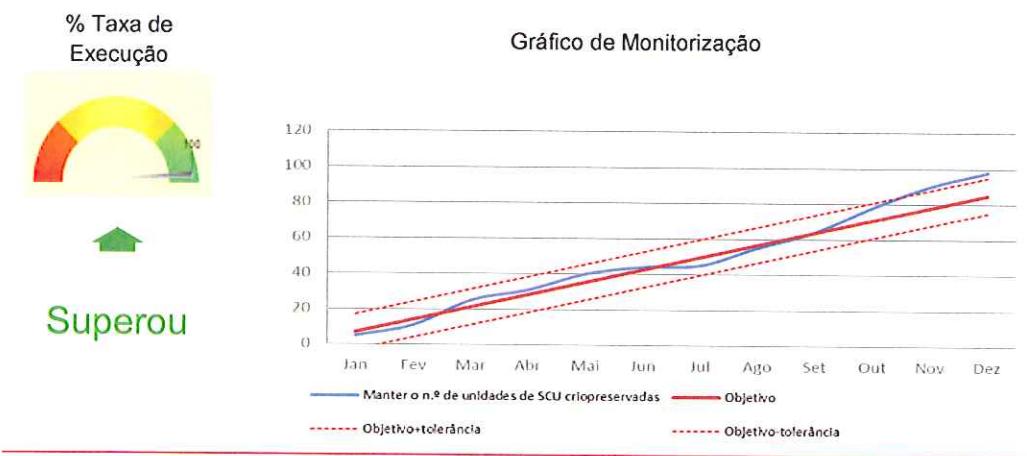
7.4.64. Monitorizar o n.º total de unidades de SCU inutilizadas pelo banco por qualquer motivo (todo o processo de receção)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	1265	100	1164	83%	1648



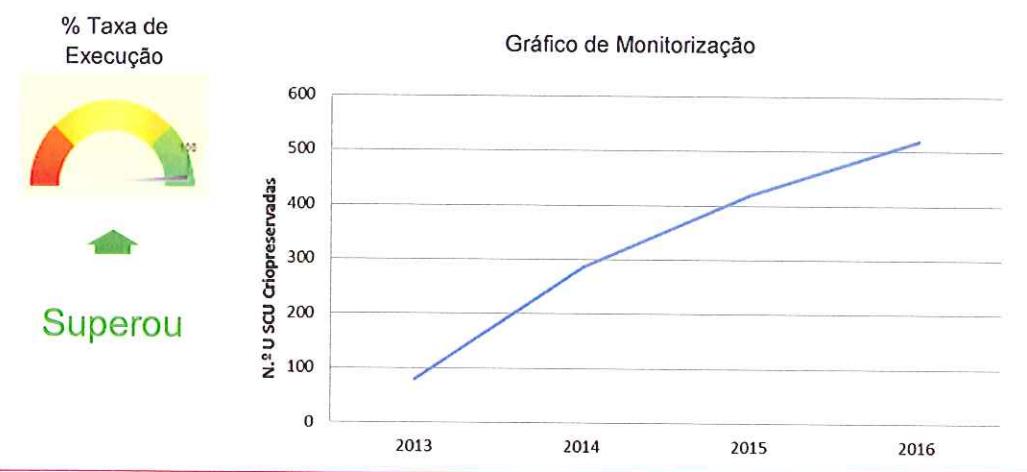
7.4.65. Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	85	10	96	130%	98



7.4.66. Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	TP-SCU	442	20	465	135%	518



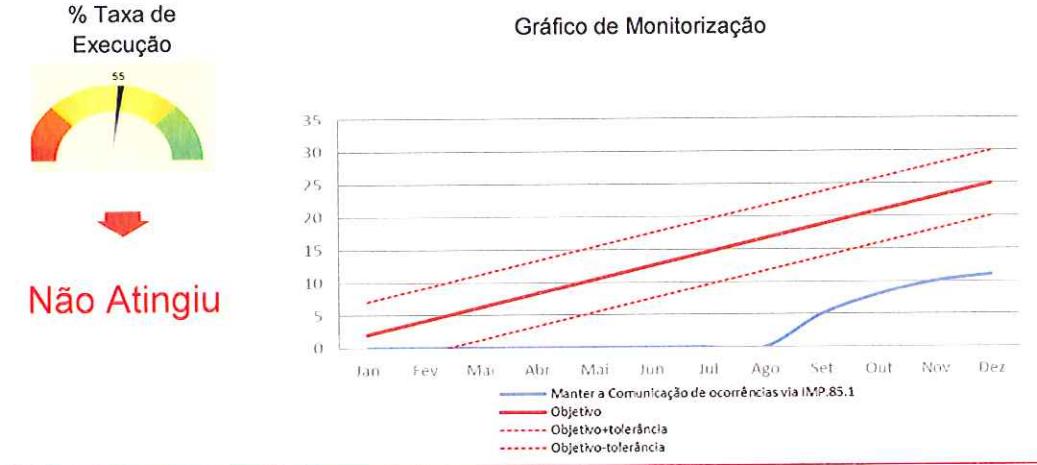
7.4.67. Manter o n.º de unidades de SCU validadas (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Exel PX	109	10	120	135%	209



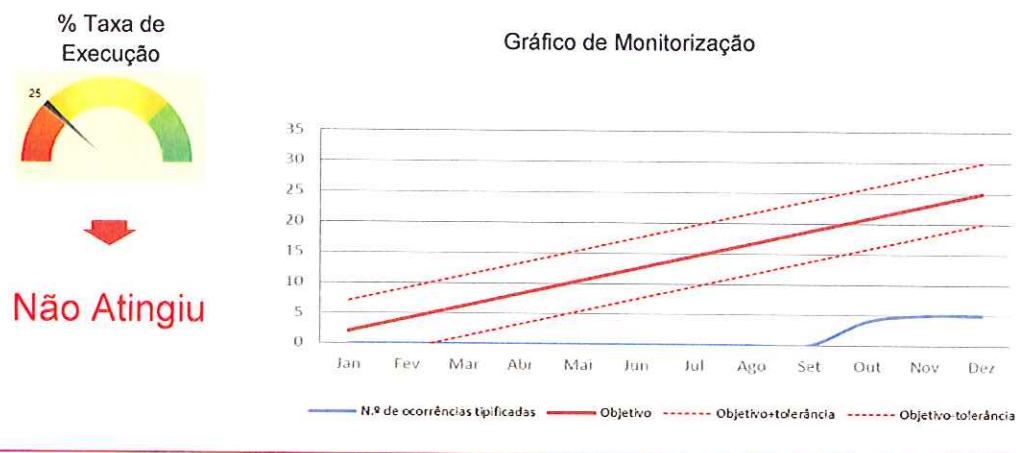
7.4.68. Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiver	25	5	31	55%	11



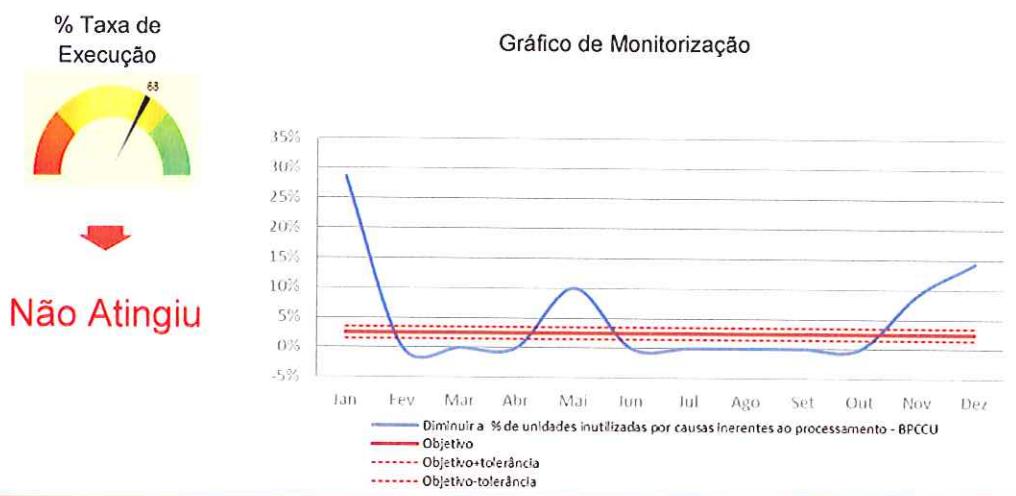
7.4.69. N.º de ocorrências tipificadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	Achiever	25	5	31	25%	5



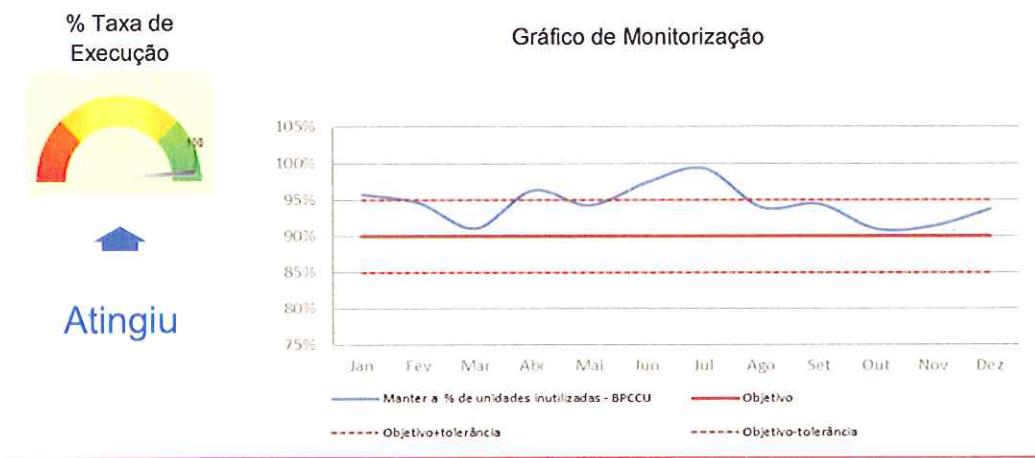
7.4.70. Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento - BPCCU

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	2,5%	1%	1%	68%	5,2%



7.4.71. Manter a % de unidades inutilizadas - BPCCU

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	B-Lab	90%	5%	84%	100%	94,4%



7.5. Unidades Orgânicas

7.5.1. Objetivos do Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST via *email*
- Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST via *email*
- Monitorizar o número de injunções impostas a privados
- Reducir o valor das quebras registadas em balanço em comparação com o ano anterior
- Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores
- Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos de compra simplificados

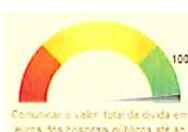
N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	4	2	0	0

7.5.1.1. Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST via email

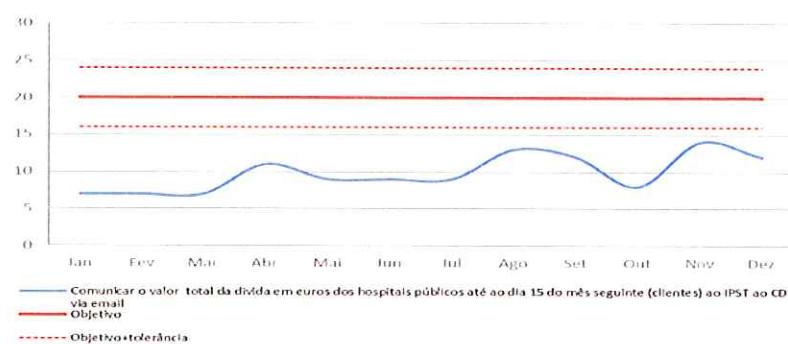
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficiência	E-mail	20	4	10	125%	10

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou



7.5.1.2. Aumentar Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 15 do mês seguinte (clientes) ao CD do IPST via email

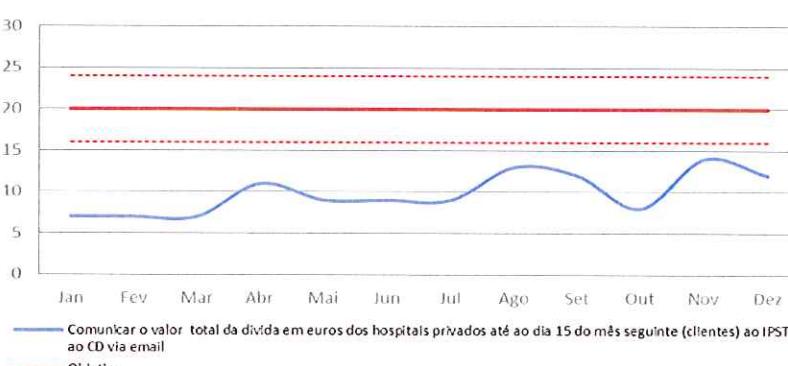
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficiência	E-mail	20	4	10	125%	10

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

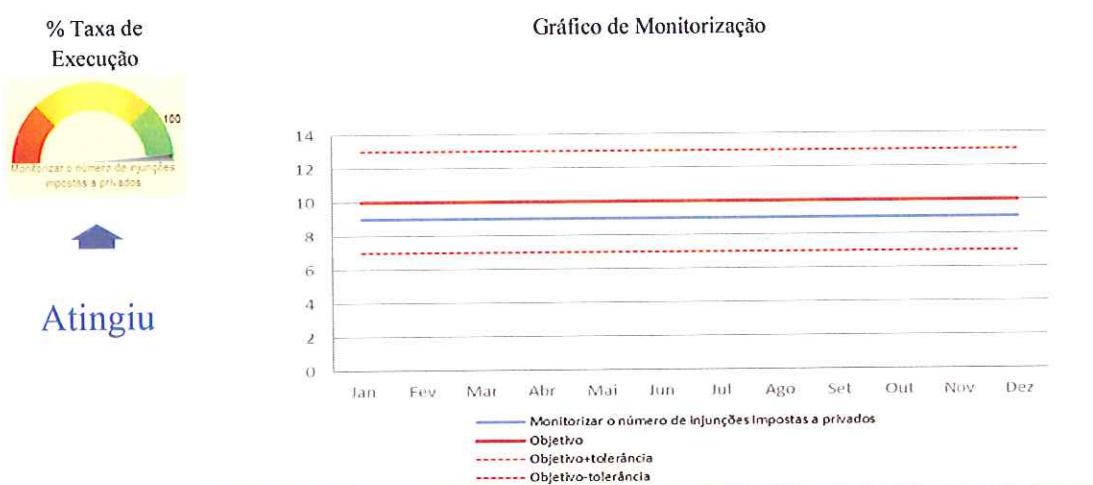


Superou



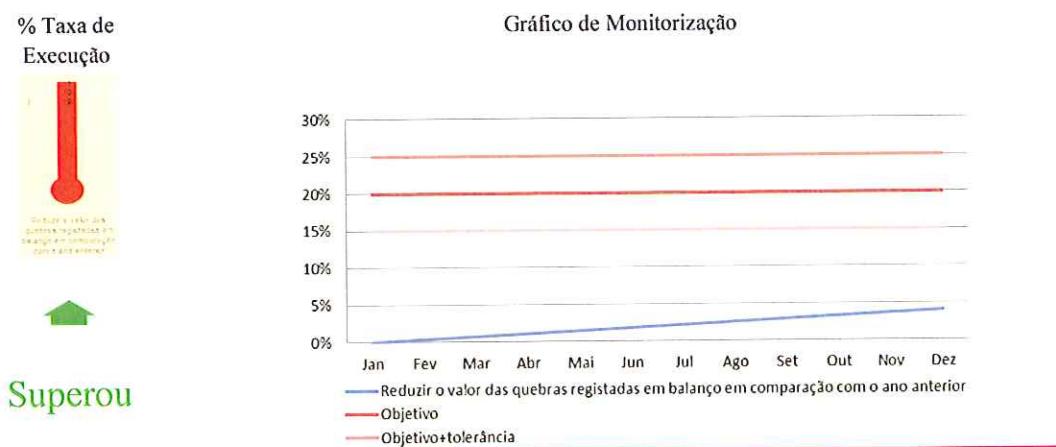
7.5.1.3. Aumentar o número de Monitorizar o número de injunções impostas a privados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficiência	Jurista	10	3	14	100%	9	9



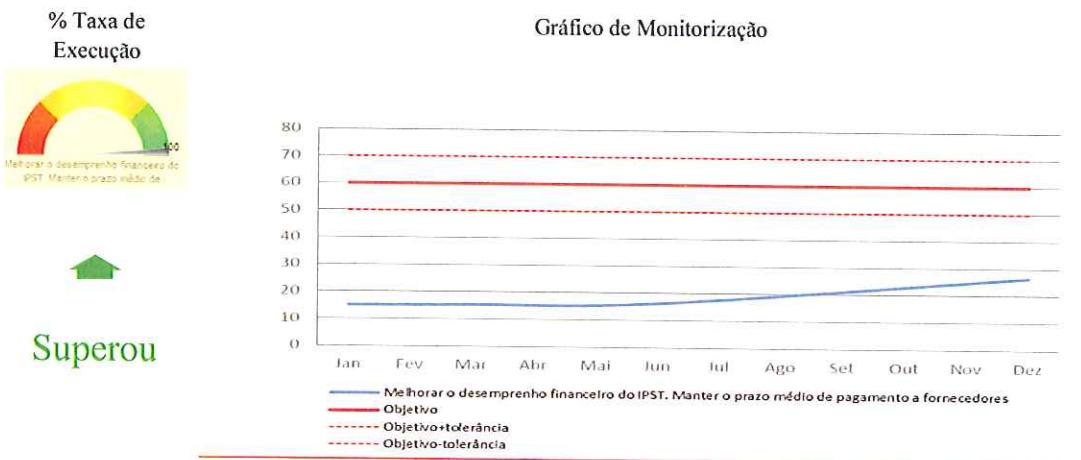
7.5.1.4. Reduzir o valor das quebras registadas em balanço em comparação com o ano anterior

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficiência		20%	5%	14%	135%	4%	4%



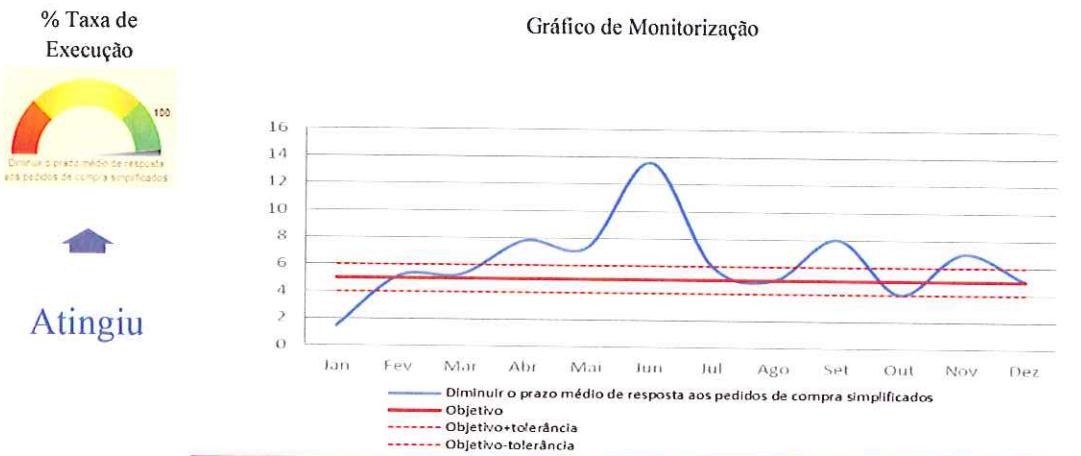
7.5.1.5. Aumentar Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficiência	ACSS	60,0	10,0	25,0	124%	26,5	26



7.5.1.6. Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos de compra simplificados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficiência		5,0	1,0	2,0	100%	5	6

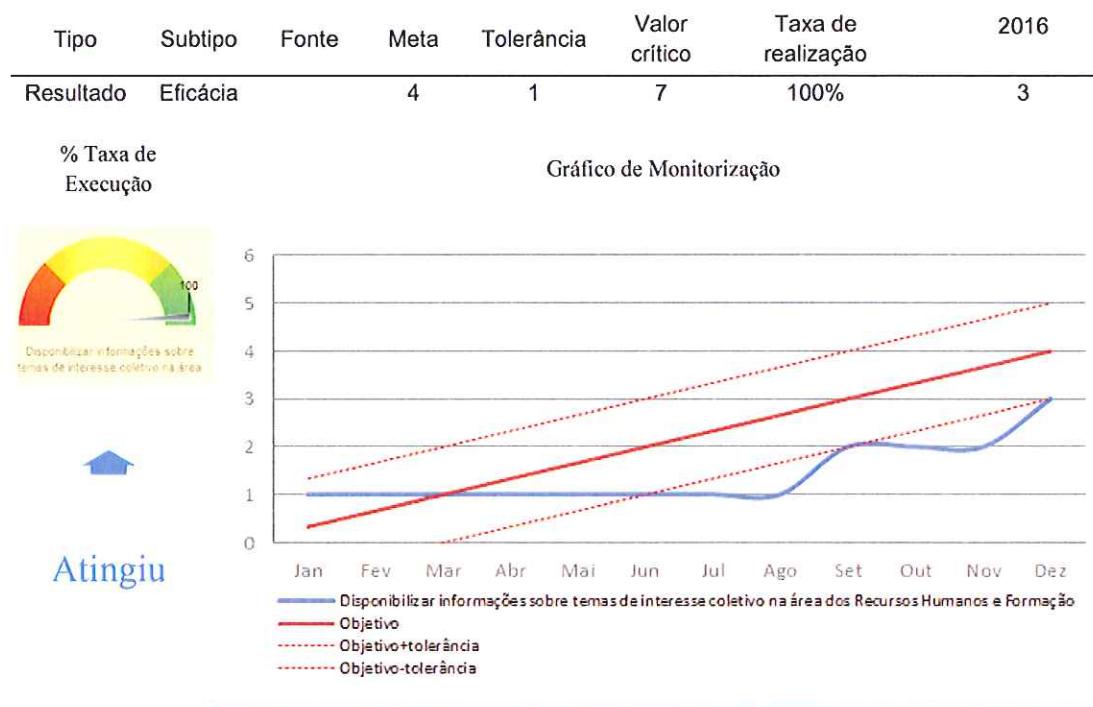


7.5.2. Objetivos do Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

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

N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	2	3	0	0

7.5.2.1. Disponibilizar informações sobre temas de interesse coletivo na área dos Recursos Humanos e Formação



7.5.2.2. Implementação da modalidade de e-learning na formação interna

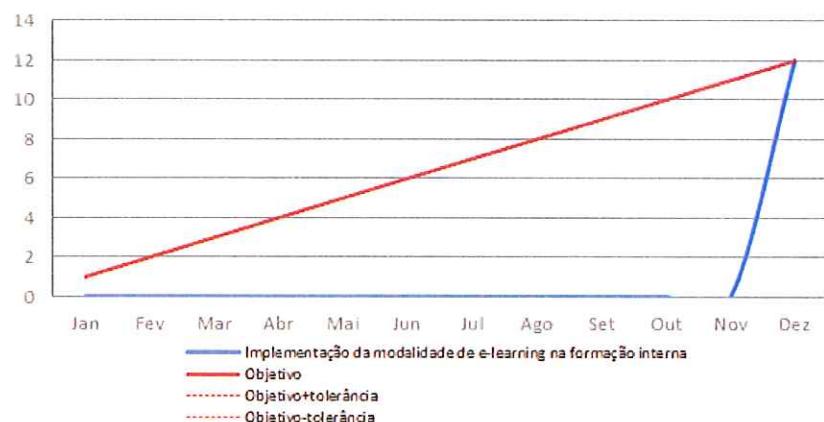
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia		12	0	10	100%	12

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



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

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficácia		60%	10%	75%	100%	58%	58%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu

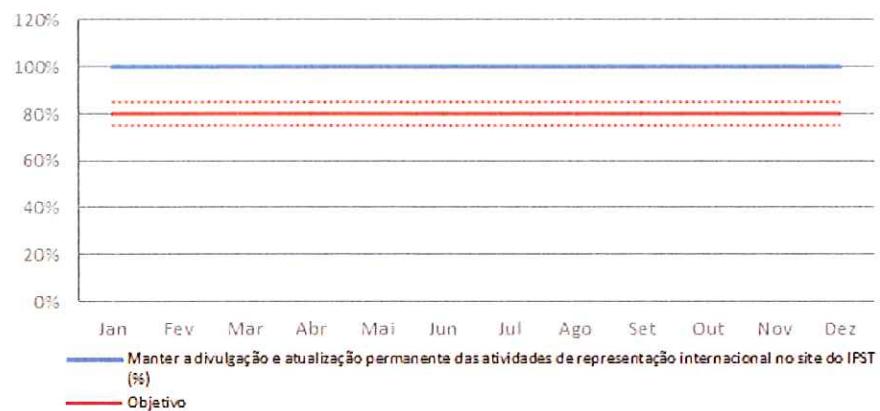


7.5.2.4. Manter a divulgação e atualização permanente das atividades de representação internacional no site do IPST (%)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia		80%	5%	90%	135%	100%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



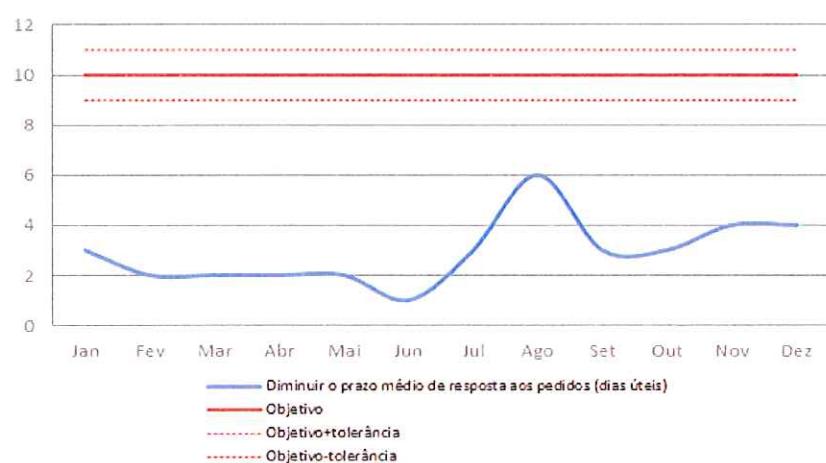
Superou

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

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Eficácia		10	1	8	135%	4	3

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Superou

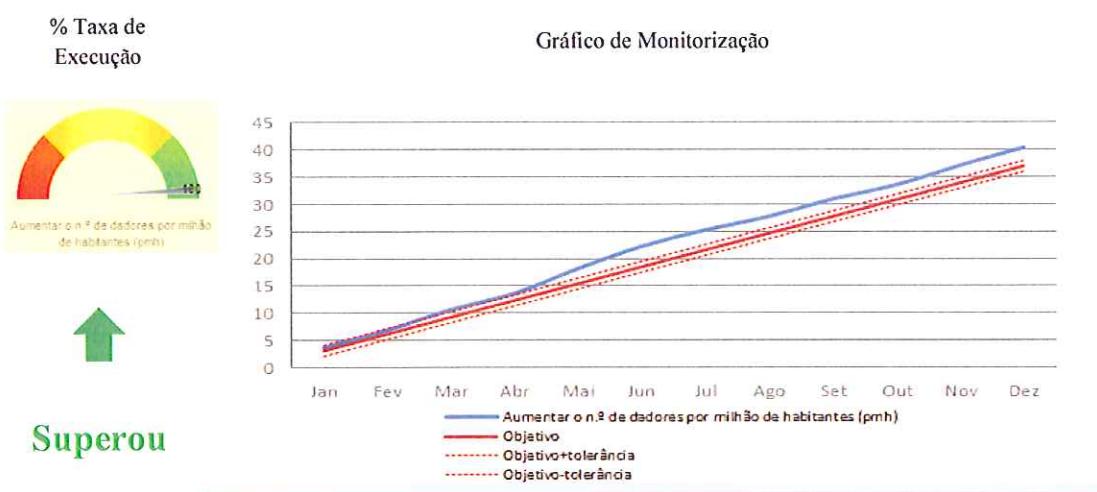
7.5.3. Objetivos da Coordenação Nacional da Transplantação

- a) Número de dadores por milhão de habitantes (pmh) ($\Delta\%$)
- b) Número de doentes em lista de espera para transplante cardíaco
- c) Número de doentes em lista de espera para transplante renal
- d) Número de doentes em lista de espera para transplante hepático
- e) Número de doentes em lista de espera para transplante pancreático
- f) Número de doentes em lista de espera para transplante pulmonar
- g) Número de doentes transplantados de coração
- h) Número de doentes transplantados de rim
- i) Número de doentes transplantados de fígado
- j) Número de doentes transplantados de pâncreas
- k) Número de doentes transplantados de pulmão
- l) Referenciação de dadores falecidos ($\Delta\%$)
- m) Monitorizar a percentagem de implementação do projeto-piloto do RPT
- n) Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação – respostas a pedidos de parecer
- o) Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação – representação em atividades internacionais

N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	6	7	2	0

7.5.3.1. Aumentar o número de dadores por milhão de habitantes (pmh)

Impacto	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
	Qualidade	SIOPT	37	1	39	135%	18



7.5.3.2. Monitorizar o n.º de doentes em lista de espera para transplantação cardíaca

Impacto	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	Unidades de Transplantação	20	3	16	100%	17



7.5.3.3. Monitorizar o n.º de doentes em lista de espera para transplantação renal

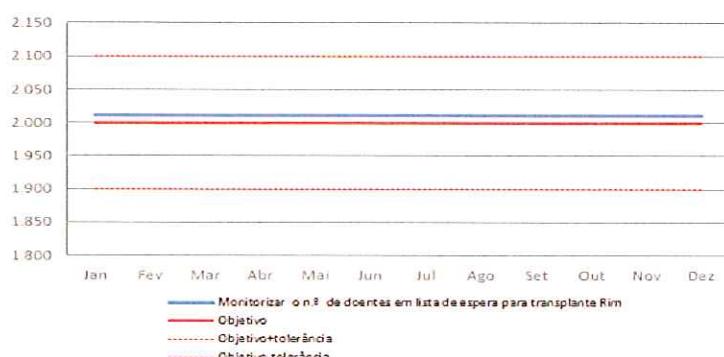
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	LUSOT	2000	100	1850	100%	2011

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



7.5.3.4. Monitorizar o n.º de doentes em lista de espera para transplantação hepática

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Qualidade	Unidades de Transplantação	140	10	120	135%	-	108

% Taxa de Execução

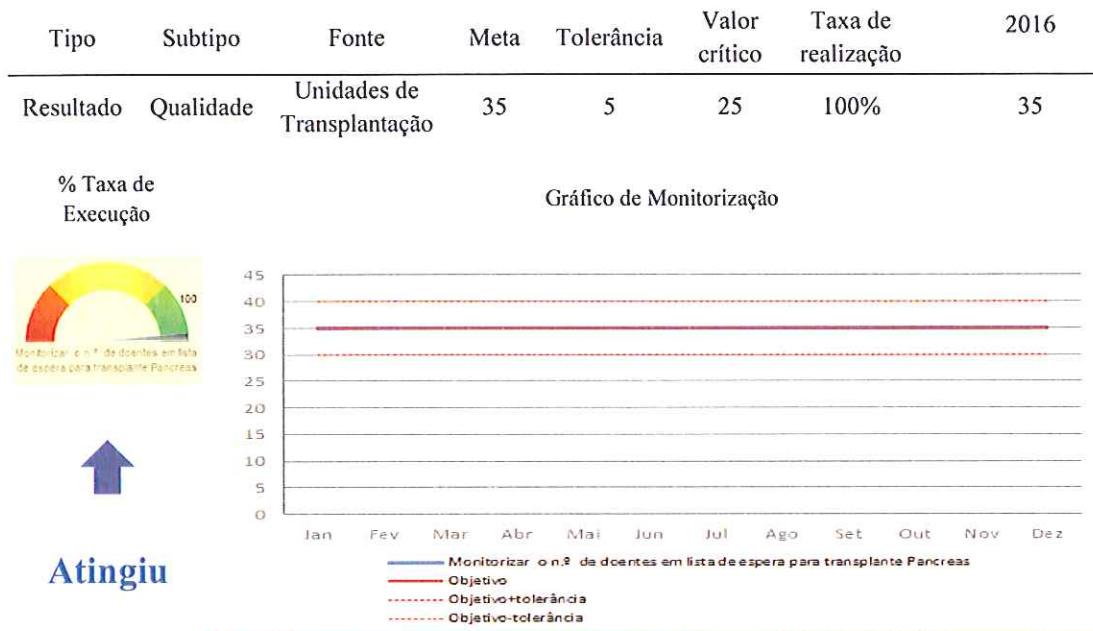
Gráfico de Monitorização



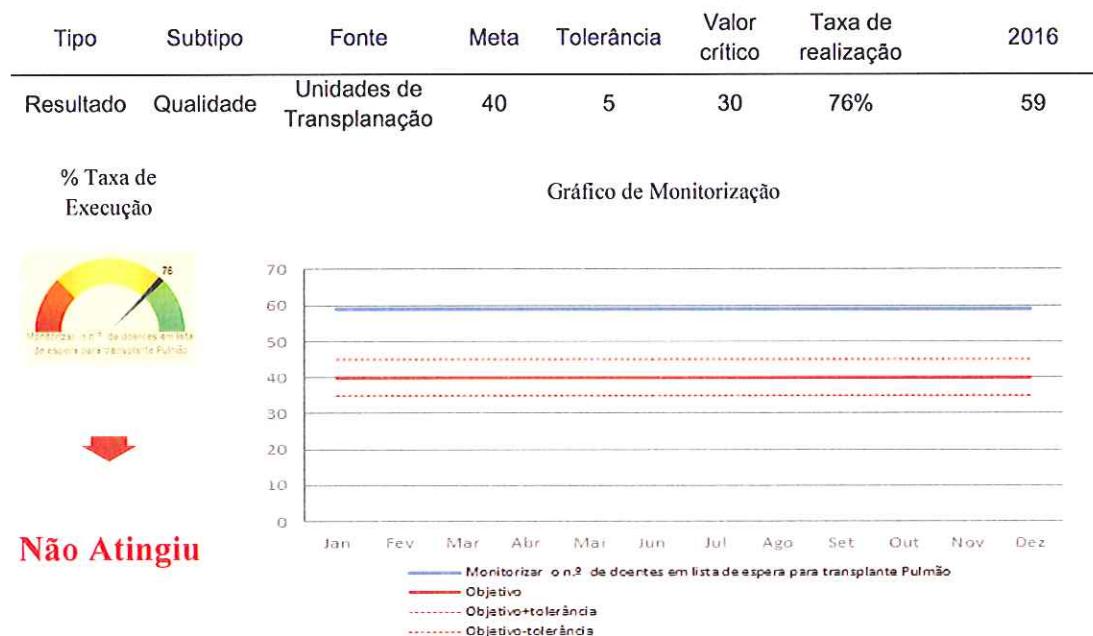
Superou



7.5.3.5. Monitorizar o n.º de doentes em lista de espera para transplantação pancreática



7.5.3.6. Monitorizar o n.º de doentes em lista de espera para transplantação pulmonar

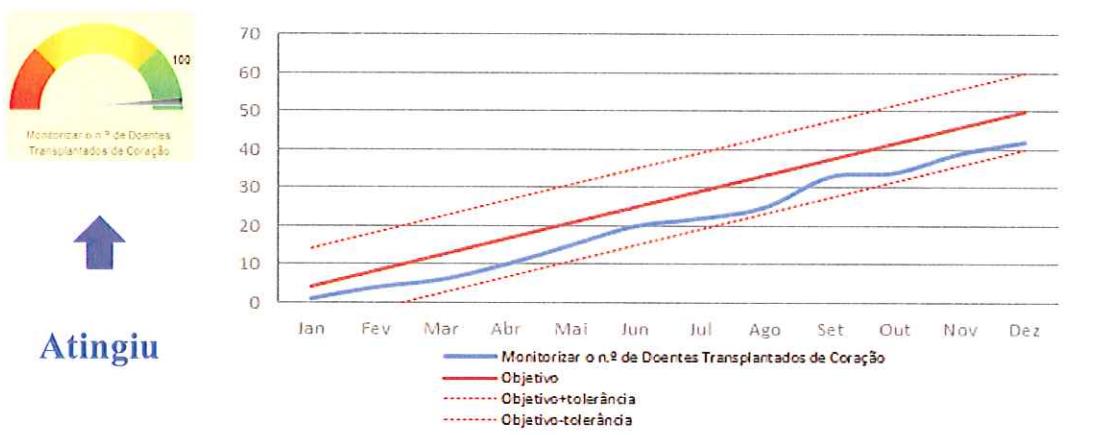


7.5.3.7. Monitorizar o n.º de doentes transplantados de coração

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	SIOPT	50	10	65	100%	42

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



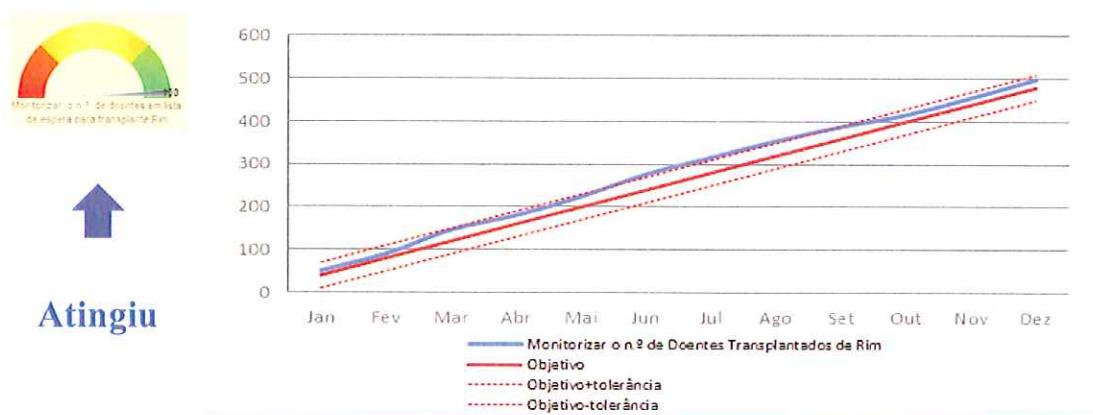
Atingiu

7.5.3.8. Monitorizar o n.º de doentes transplantados de rim

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	SIOPT	480	30	515	100%	499

% Taxa de Execução

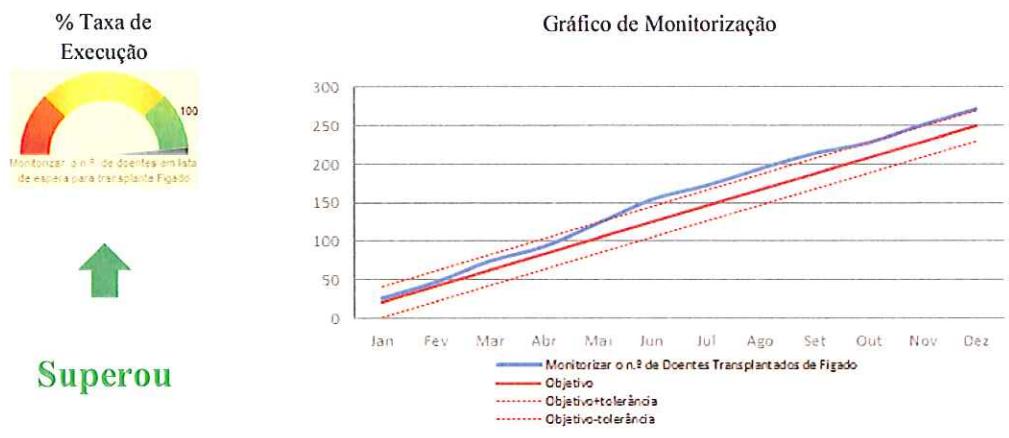
Gráfico de Monitorização



Atingiu

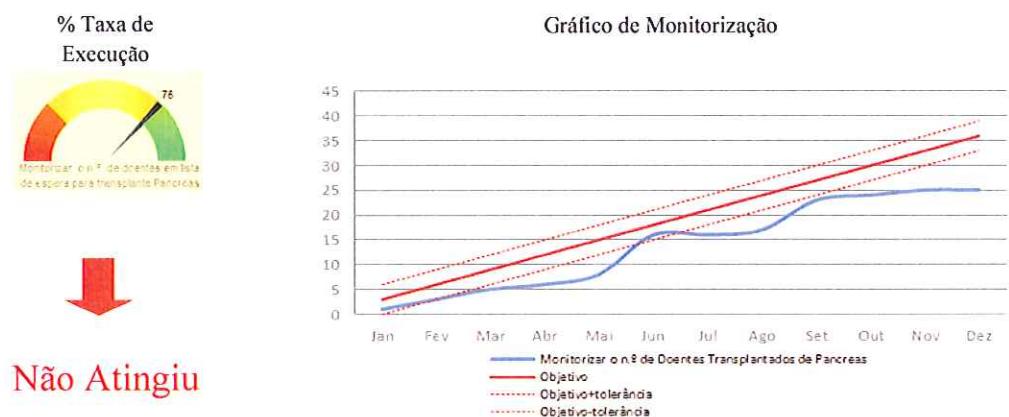
7.5.3.9. Monitorizar o n.º de doentes transplantados de fígado

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	SIOPT	250	20	275	122%	272



7.5.3.10. Monitorizar o n.º de doentes transplantados de pâncreas

Tipos	Subtipos	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	SIOPT	36	3	40	76%	25

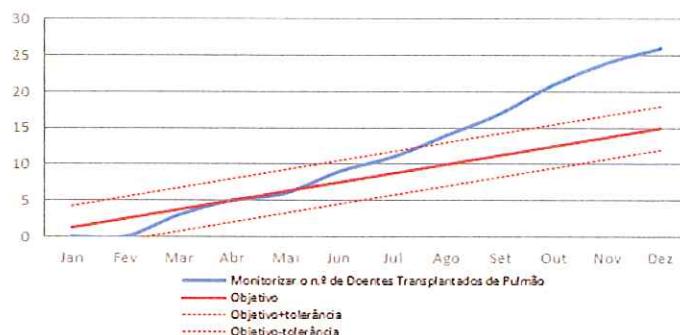


7.5.3.11. Monitorizar o n.º de doentes transplantados de pulmão

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	SIOPT	15	3	20	135%	26



Gráfico de Monitorização



Superou

7.5.3.12. Monitorizar a % de aumento da referenciação de dadores

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	GCCT/SIOPT	5%	1%	10%	106%	6,2%

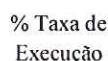
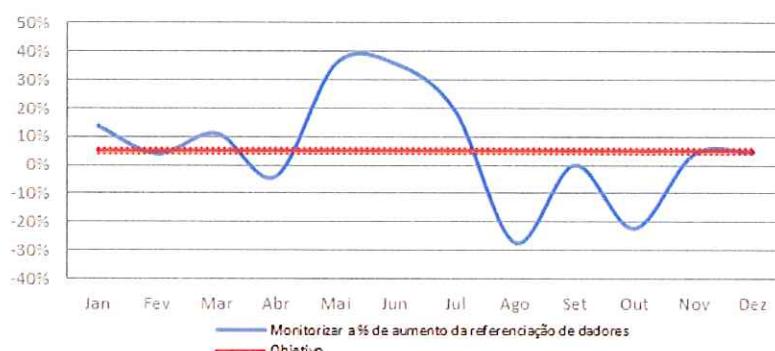
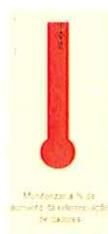


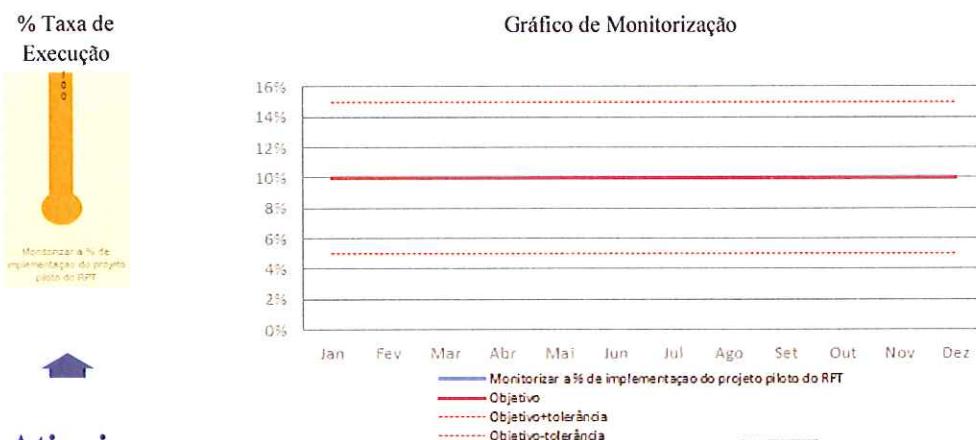
Gráfico de Monitorização



Superou

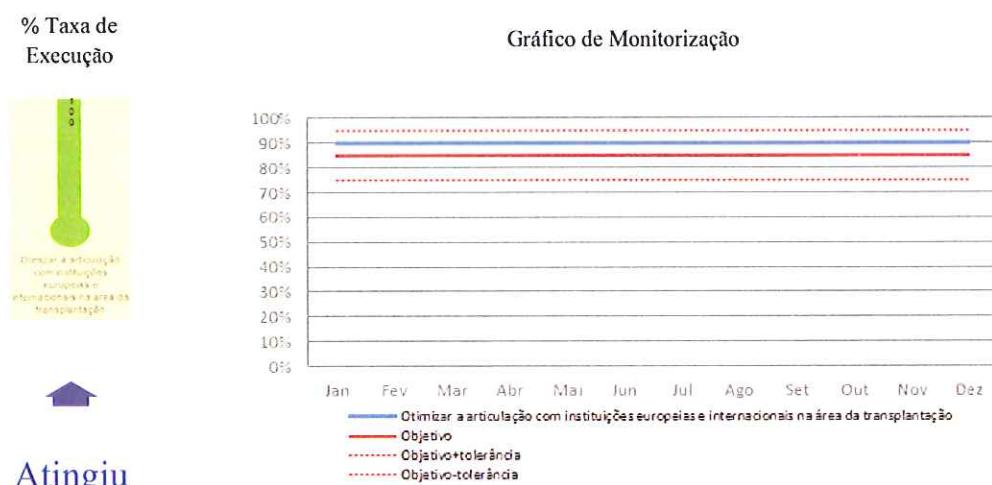
7.5.3.13. Monitorizar a % de implementação do projeto piloto do RPT

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Impacto	Eficácia	RPT	10%	5%	20%	100%	10%



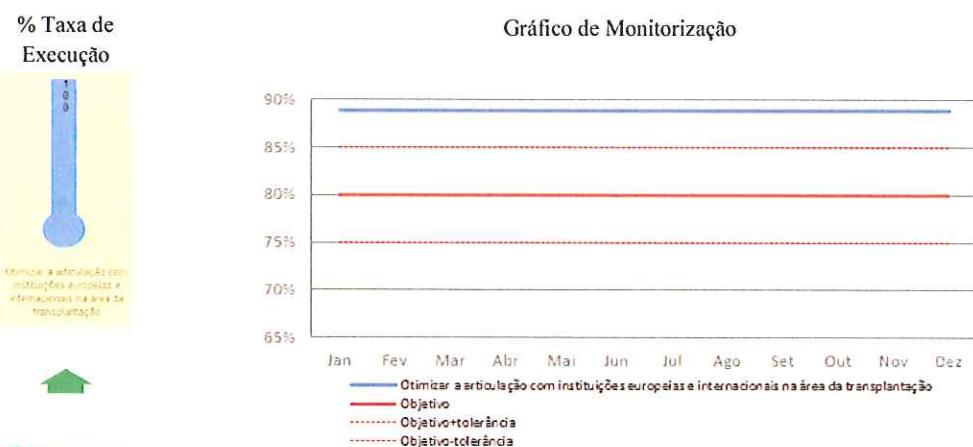
7.5.3.14. Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação – respostas a pedidos de parecer

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
			85%	10%	100%	100%	90%



7.5.3.15. Otimizar a articulação com instituições europeias e internacionais na área da transplantação – representação em atividades internacionais

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
			80%	5%	90%	122%	88,9%

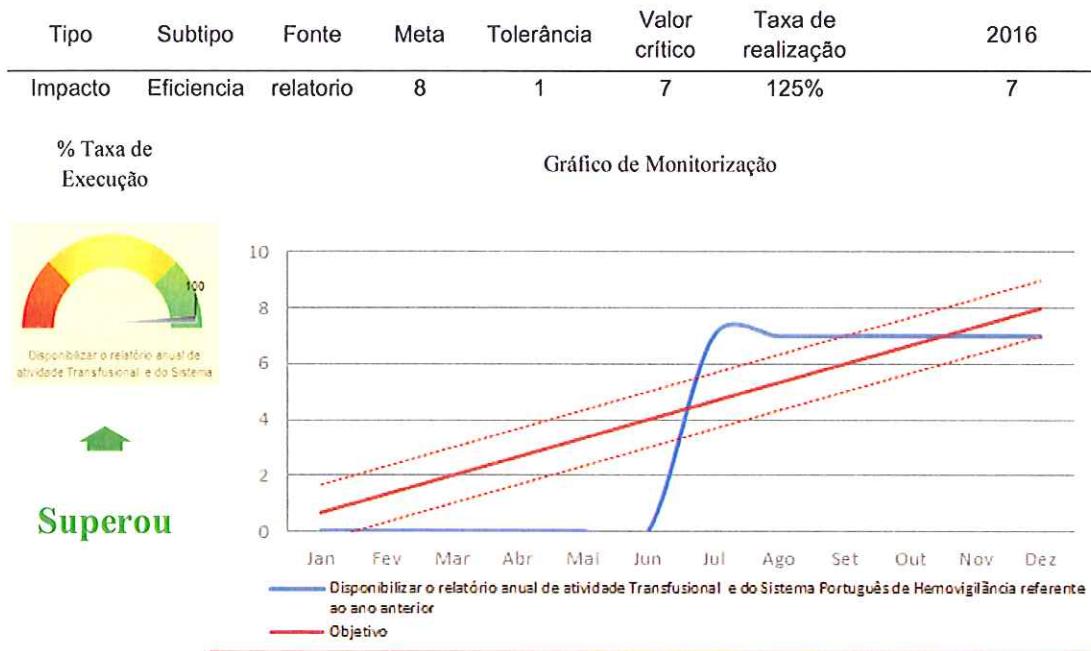


7.5.4. Objetivos da Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

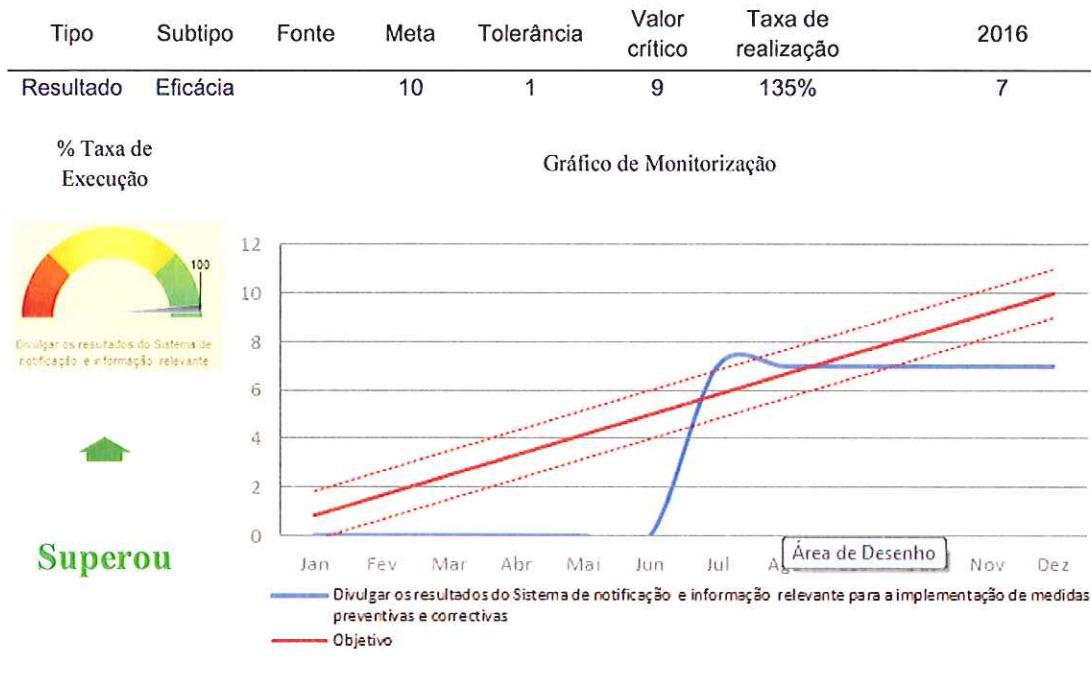
- Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior;
- Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e corretivas;
- Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços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

N.º de Objetivos	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	5	0	0	0

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

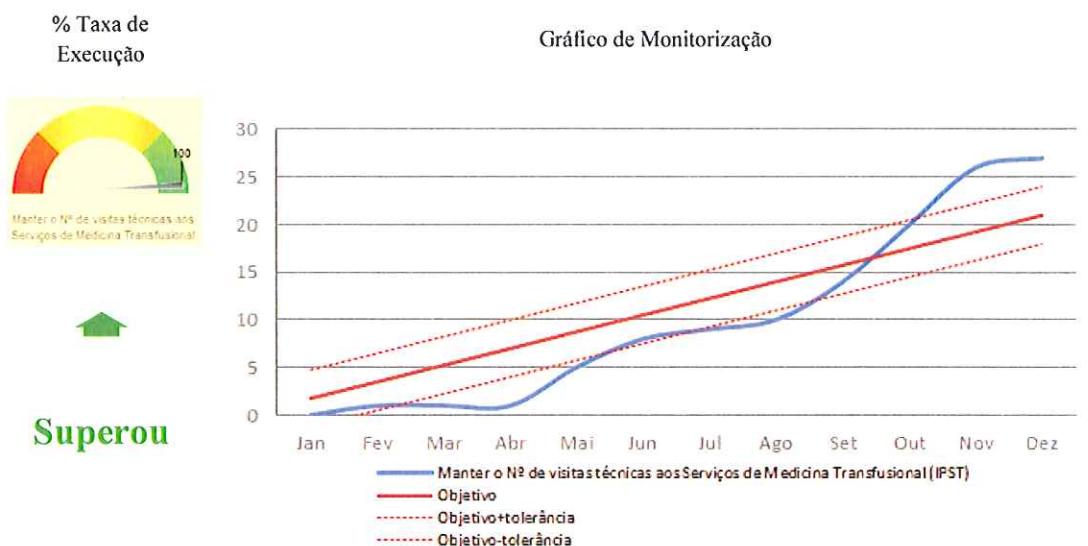


7.5.4.2. Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e corretivas (meses)



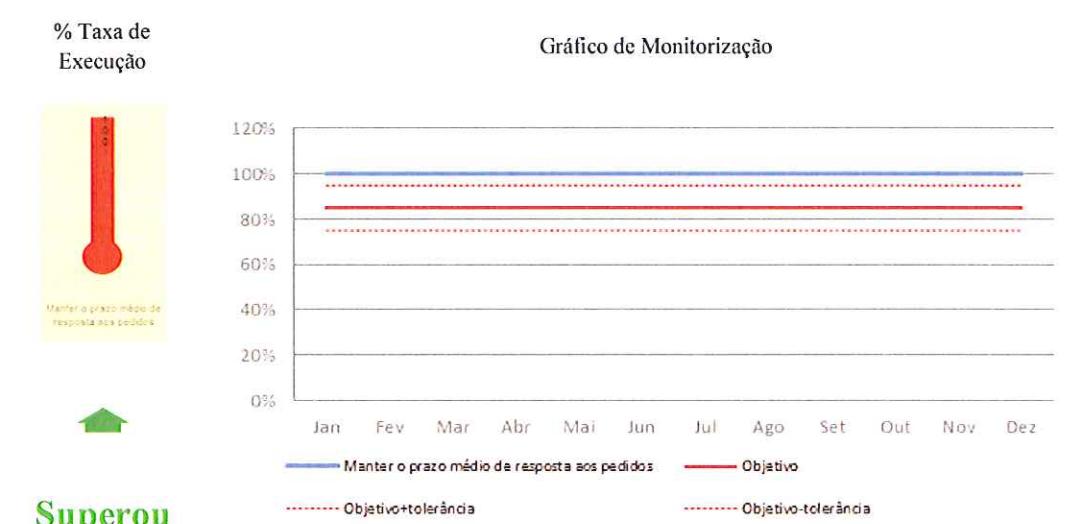
7.5.4.3. Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST)

Descrição	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Realização	Qualidade	MAIG	21	3	27	125%	27

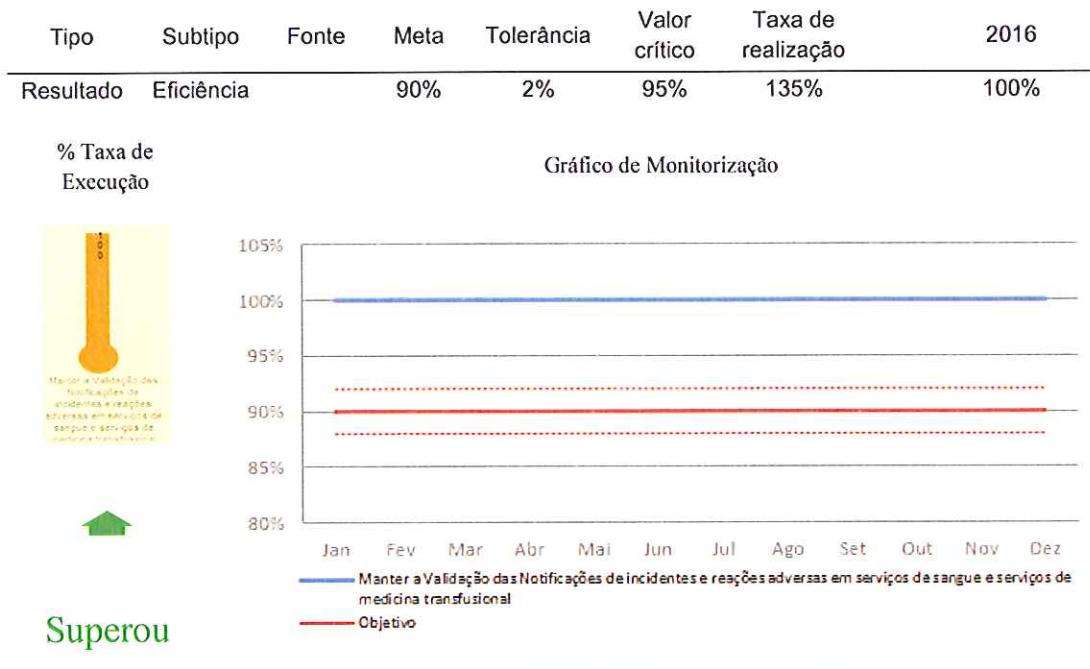


7.5.4.4. Manter o prazo médio de resposta aos pedidos

Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	85%	10%	95%	135%	100%



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



7.5.5. Objetivos do Gabinete de Comunicação Promoção Dádiva e Voluntariado

- Nº de reuniões de trabalho a realizar entre os Serviços Centrais e os CST's;
- Nº de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Sectores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais;
- Prazo de resposta a pedidos de informação externos;
- Cumprimento de prazos legalmente previstos no processo de atribuição de apoios financeiros.

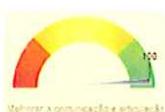
N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	1	3	0	0

7.5.5.1. Nº de reuniões de trabalho a realizar entre os Serviços Centrais e os CST's

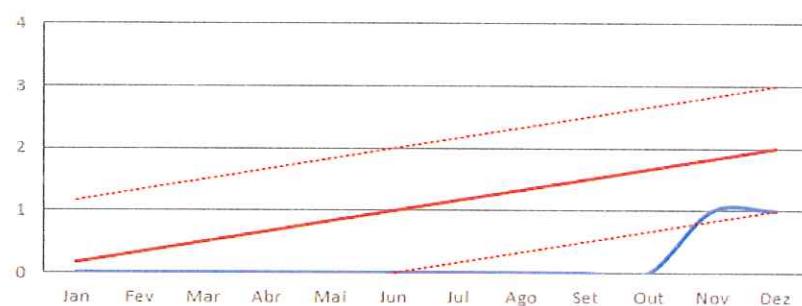
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	GCPDV	2	1	3	100%	1

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



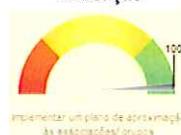
— Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST, no âmbito da informação/atividade relacionada com o cartão nacional de dador de sangue, galardões, apoios financeiros concedidos pelo IPST e outra que venha a ser

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

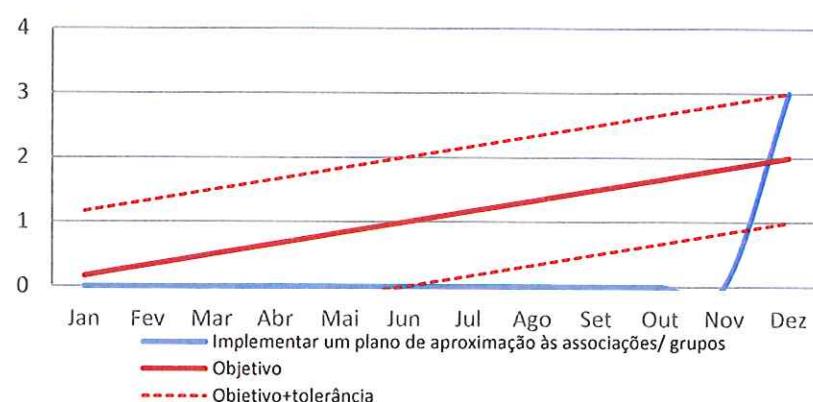
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficácia	GCPV	2	1	4	100%	3

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu



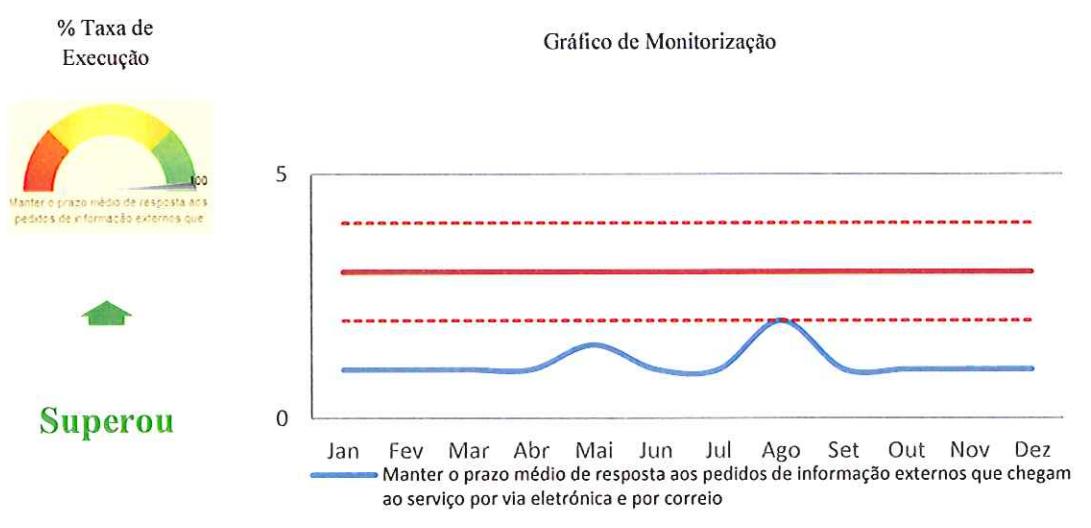
— Implementar um plano de aproximação às associações/ grupos

— Objetivo

— Objetivo+tolerância

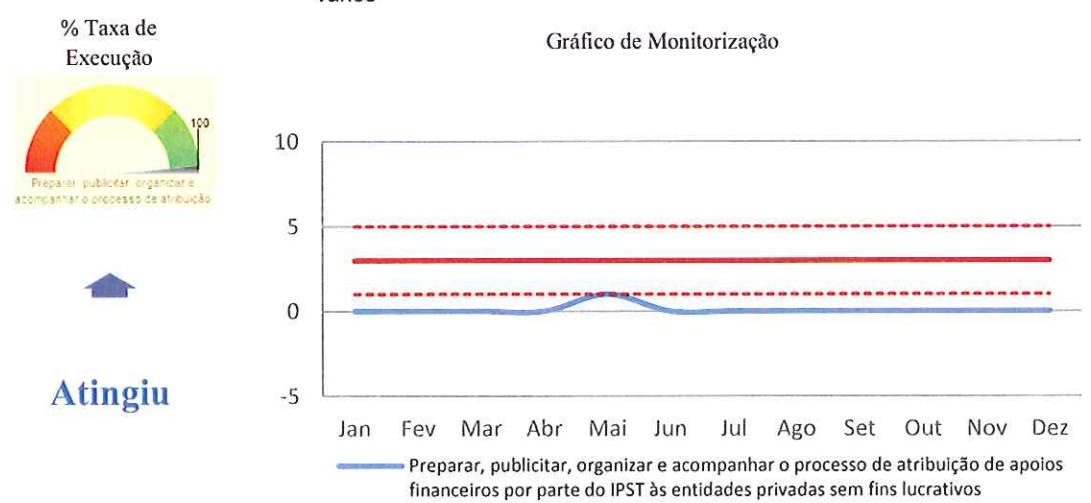
7.5.5.3. Prazo de resposta a pedidos de informação externos

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Eficiência	Mail	3	1	2	135%	1,1



7.5.5.4. Cumprimento de prazos legalmente previstos no processo de atribuição de apoios financeiros

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Dezembro	2016
Resultado	Qualidade	Documentos vários	3	2	1	135%	0	5



7.5.6. Objetivos do Gabinete de Gestão da Qualidade

- a) Atualizar abordagem ISO 9001:2008 para ISO 9001:2015;
- b) Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos;
- c) Aumentar % testes metrológicos efetuados;
- d) Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal;
- e) Aumentar % de ações corretivas fechadas;
- f) Aumentar % de ações preventivas fechadas;
- g) Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis);
- h) Atingir a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade;
- i) Atingir a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade;
- j) Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) –LCP;
- k) Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) --LCP / Screnning microbiológico.

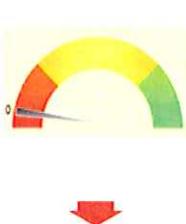
N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem Dados
	6	3	2	0

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

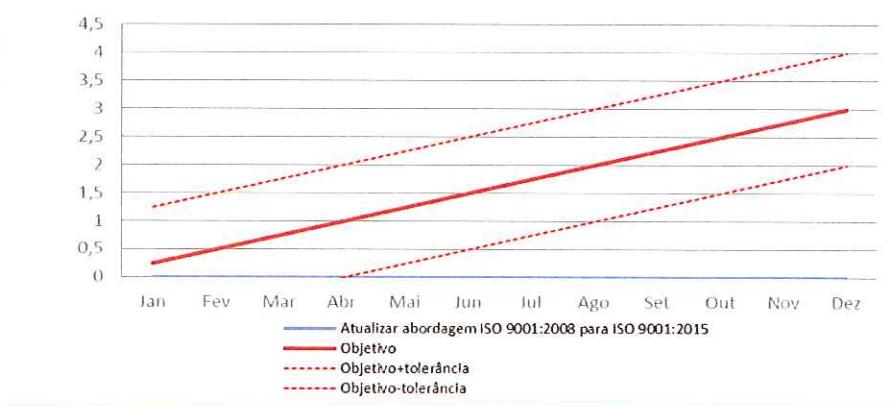
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	Achiever	3	1	5	0%	0

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Não atingiu

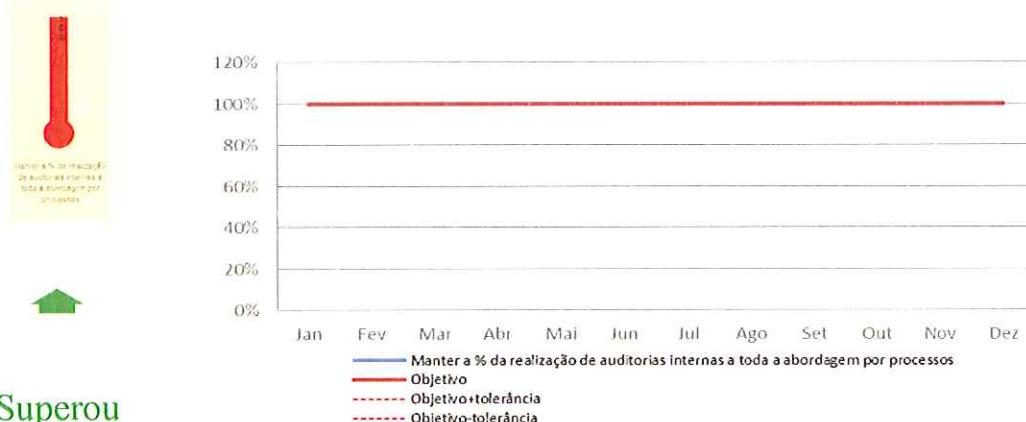


7.5.6.2. Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	Achiever	100%	0%	100%	135%	100%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



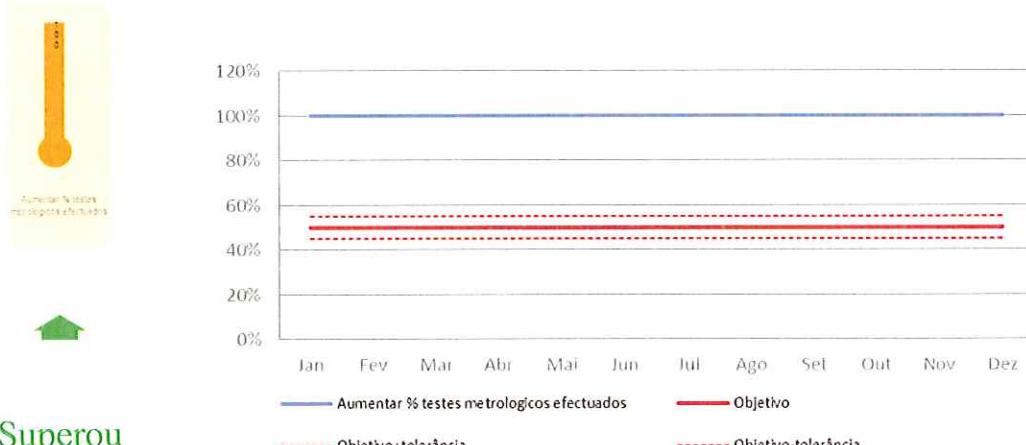
Superou

7.5.6.3. Aumentar % testes metrológicos efectuados

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	-	50%	5%	60%	135%	100%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



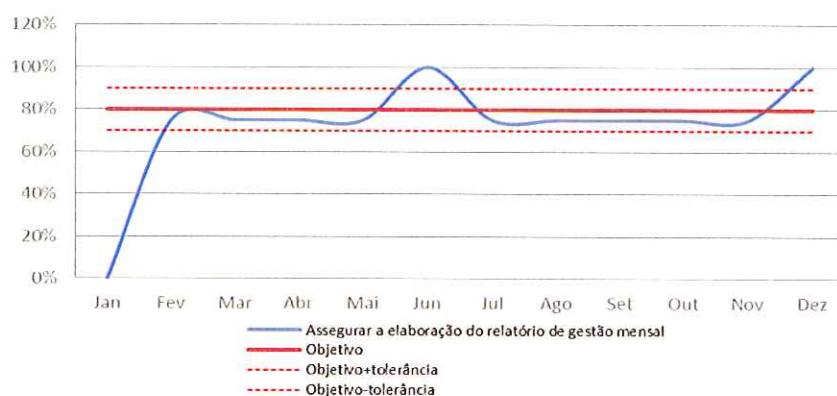
Superou

7.5.6.4. Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade		80%	10%	90%	100%	72,9%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



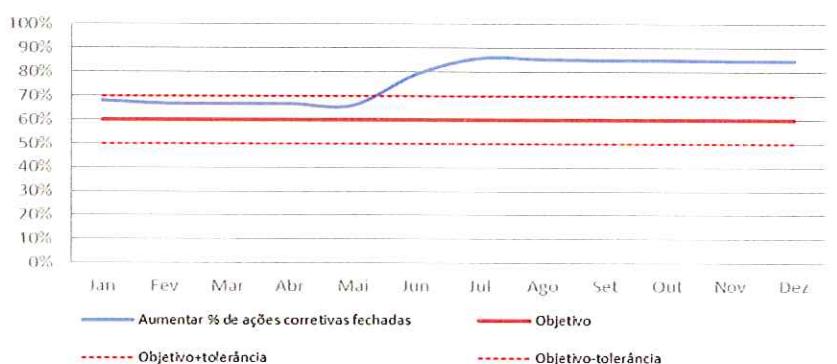
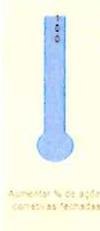
Atingiu

7.5.6.5. Aumentar % de ações corretivas fechadas

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade		60%	10%	70%	135%	77,0%

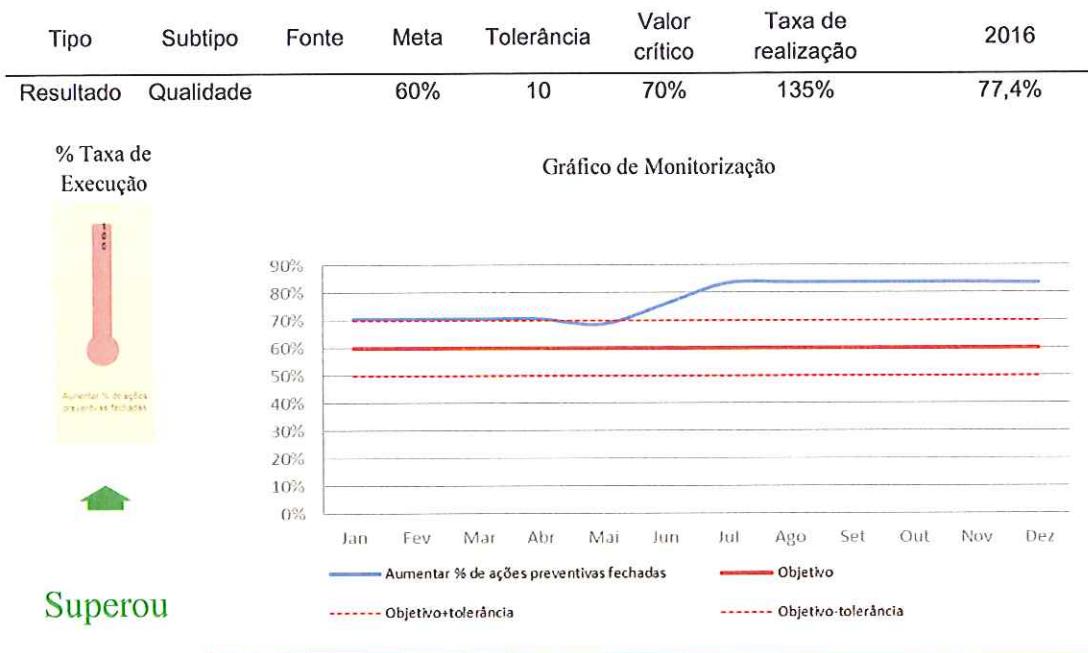
% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização

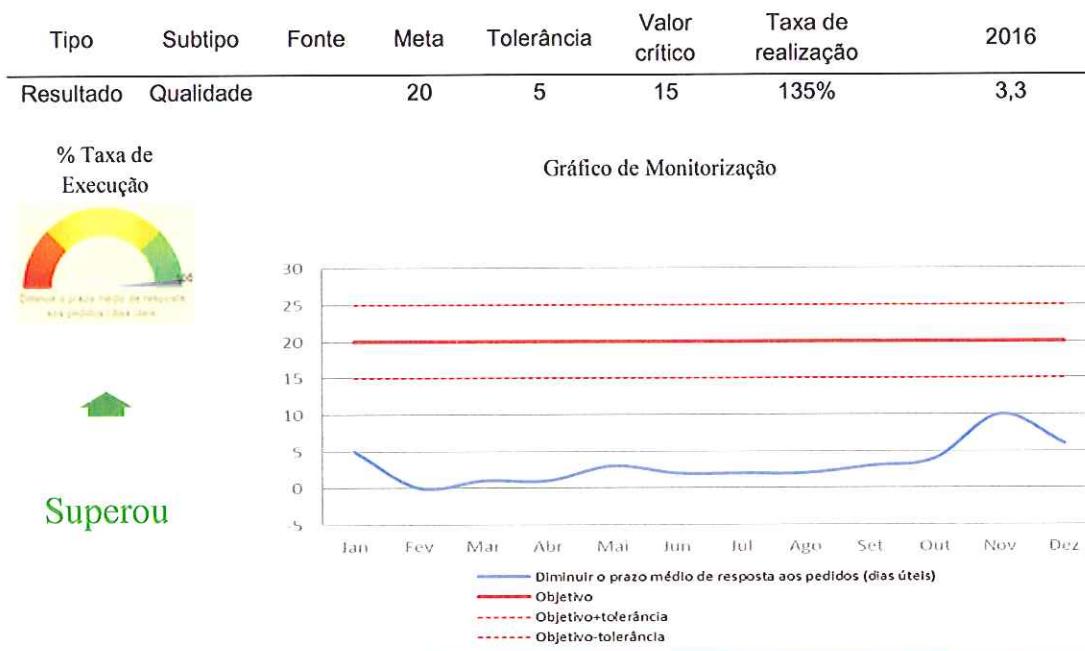


Superou

7.5.6.6. Aumentar % de ações preventivas fechadas



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



7.5.6.8. Atingir a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade

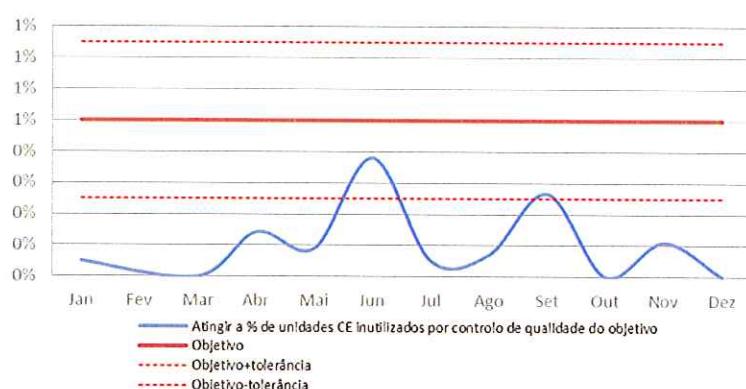
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	Mapa 670c	0,50%	0,25%	0,25%	135%	0,11%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



Atingiu % de execução
é indicativo de controlo de qualidade ok



Superou

7.5.6.9. Atingir a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade

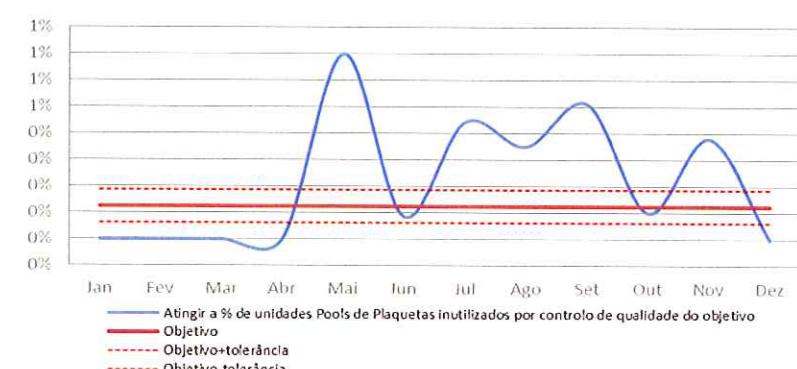
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	Mapa 670c	0,13%	0,063%	0,063%	88%	0,21%

% Taxa de Execução

Gráfico de Monitorização



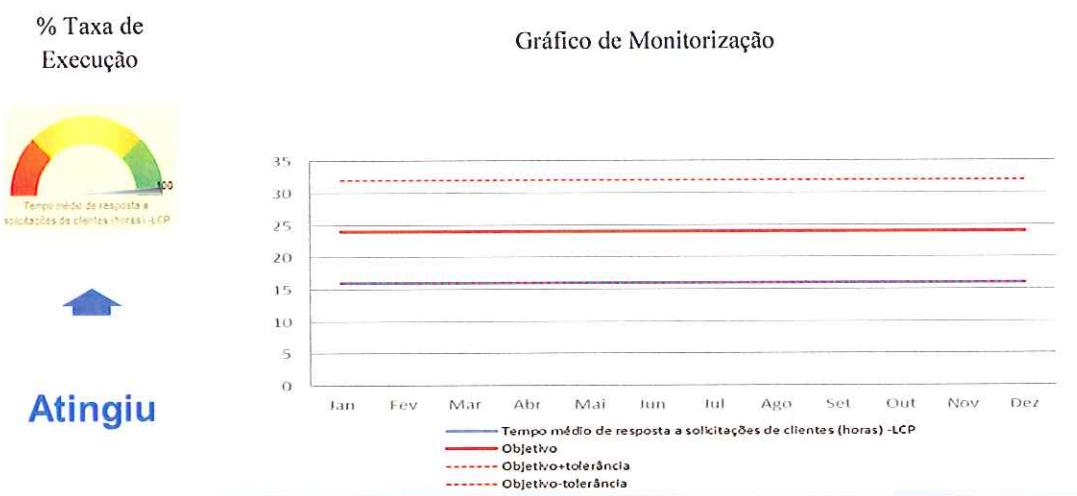
Não atingiu % de execução
é indicativo de controlo de qualidade ruim



Não atingiu

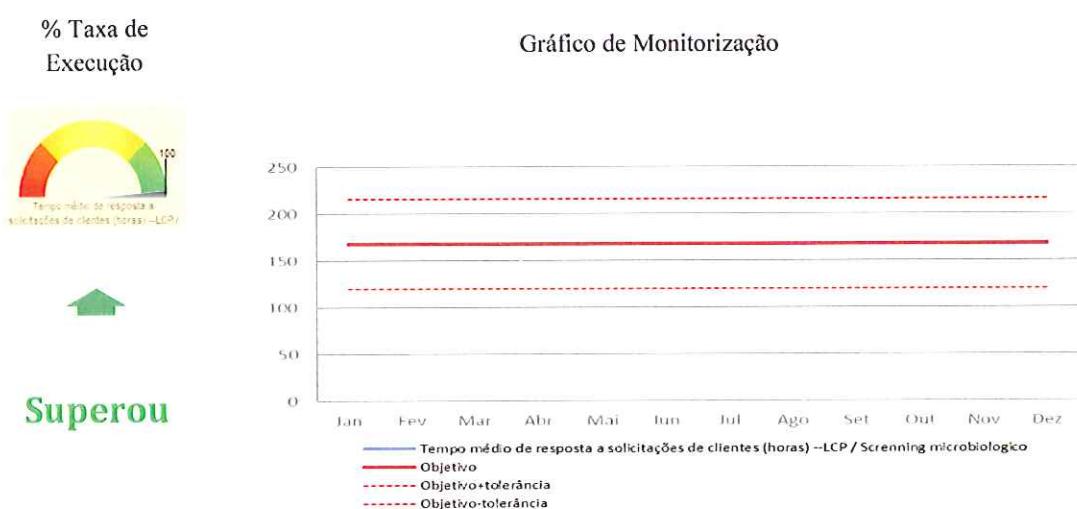
7.5.6.10. Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LCP

2016	Taxa de realização	Valor crítico	Tolerância	Meta	Fonte	Subtipo	Tipo
16	100%	15	8	24		Qualidade	Resultado



7.5.6.11. Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) - LCP / Screenning microbiologico

Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade	168	48	115	100%	168



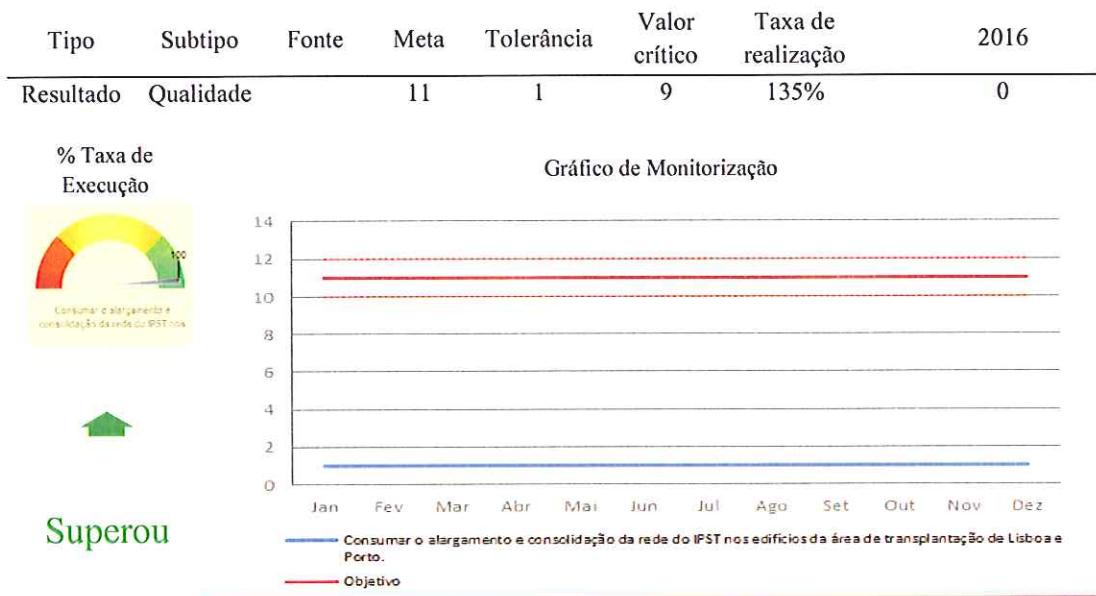
7.5.7. Objetivos do Gabinete de Tecnologias Informação e Comunicação

- a) Consumar o alargamento e consolidação da rede do IPST nos edifícios da área de transplantação de Lisboa e Porto.
- b) Instalar uma rede estruturada no CTSP do Porto - área da transplantação.
- c) Completar a reestruturação dos domínios ipst.pt, darsangue.pt e dador.pt.
- d) Finalizar a Instalação do ASIS gráfico nos CST.
- e) Finalizar instalação do ASIS gráfico em todos serviços de sangue e medicina transfusional.
- f) Remodelar para ambiente gráfico o sistema de informação de faturação IPST - área do sangue.
- g) Renovar a solução de virtualização do IPST
- h) Desencadear o desenvolvimento, instalação e arranque do site intranet do IPST.
- i) Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.
- j) Monitorizar o Índice de disponibilização para a dádiva (30 dias seguintes) dos dadores contatados pelo centro de contatos da PT.
- k) Monitorizar o Índice de dádiva efetuada (60 dias seguintes) dos dadores contatados pelo centro de contatos da PT.
- l) Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.
- m) Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)
- n) Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)
- o) Automatizar o sistema de monitorização da gestão
- p) Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.

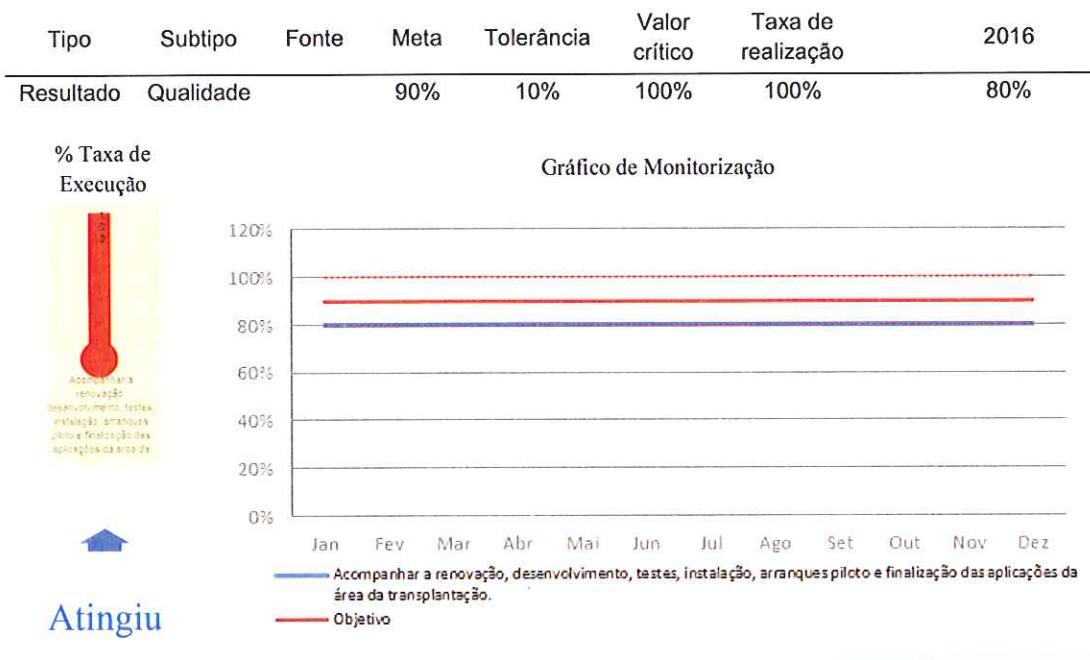
N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	2	3	0	11

Os 11 objetivos sem dados de monitorização são objetivos plurianuais, de acordo com a sua dimensão e procedimentos envolvidos de aquisição, não foi possível avaliar-los em 2016.

7.5.7.1. Consumar o alargamento e consolidação da rede do IPST nos edifícios da área de transplantação de Lisboa e Porto.

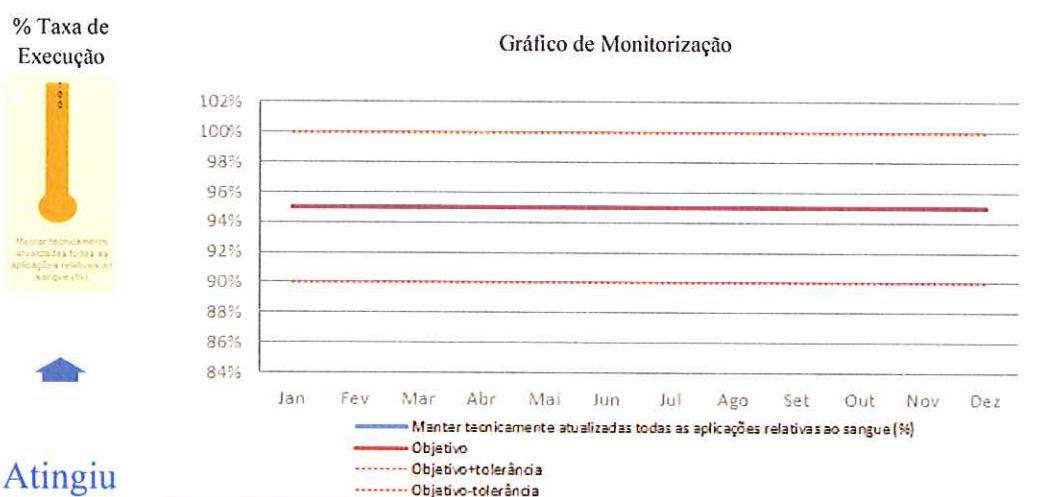


7.5.7.2. Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.



7.5.7.3. Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)

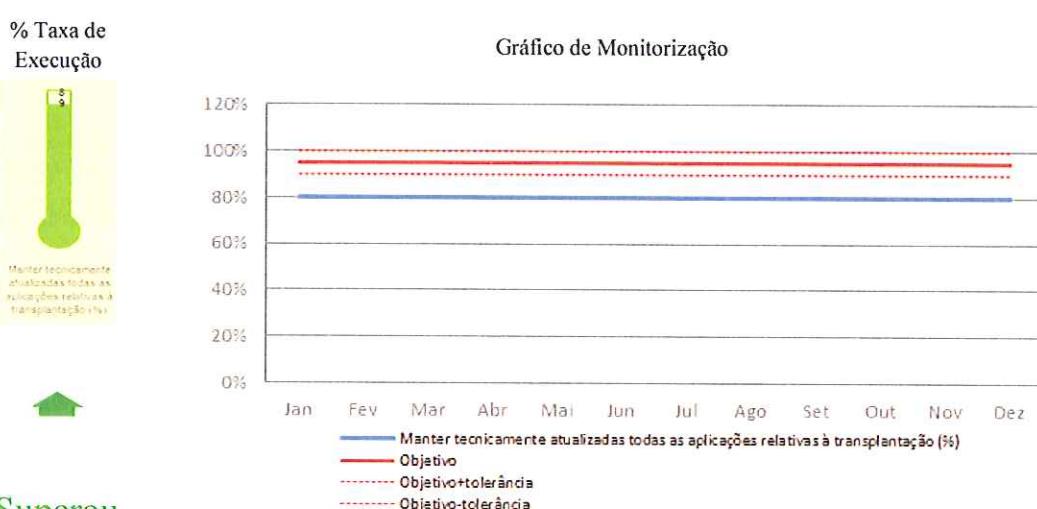
Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade		95%	5%	100%	100%	95%



Atingiu

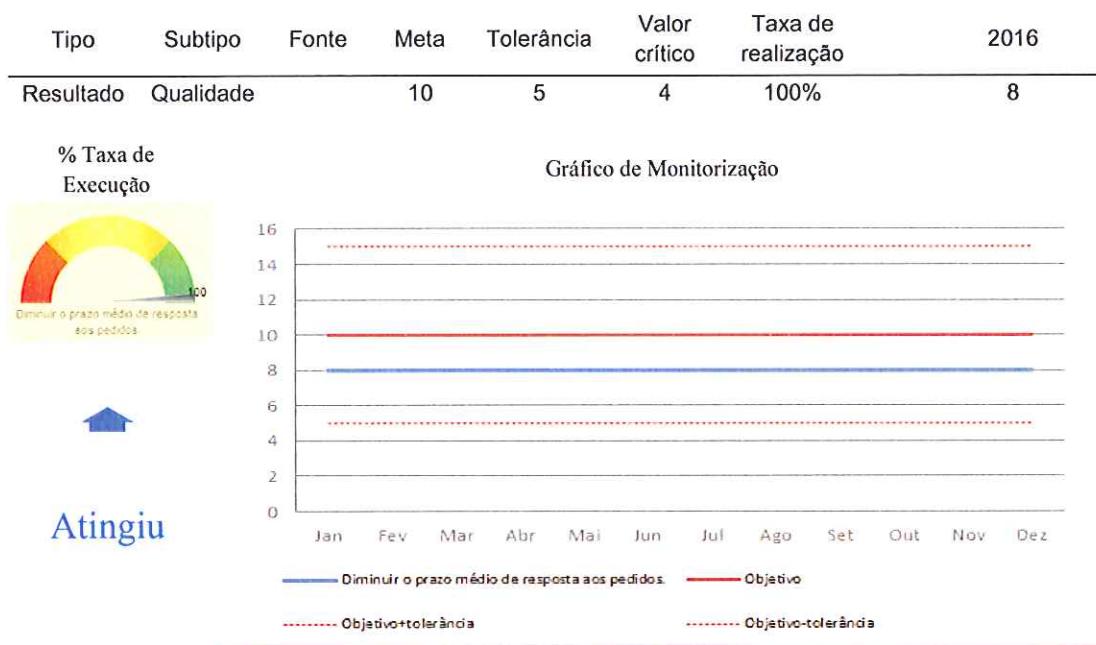
7.5.7.4. Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)

Tipo	Subtipo	Fonte	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	2016
Resultado	Qualidade		95%	5%	100%	89%	80%



Superou

7.5.7.5. Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.

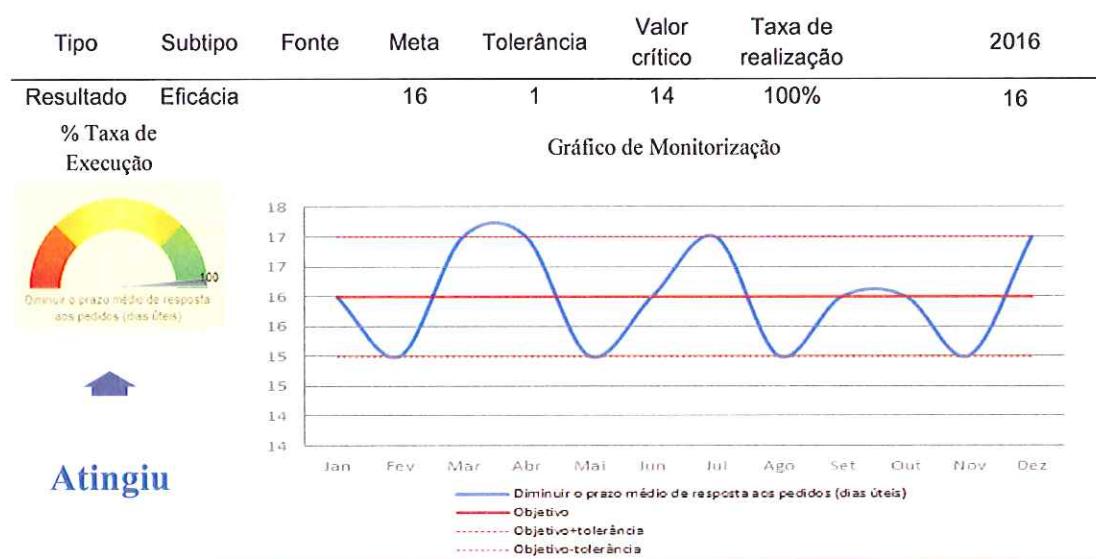


7.5.8. Objetivos do Gabinete Jurídico

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

N.º de Objetivos:	Superados	Atingidos	Não atingidos	Sem dados
	0	1	0	0

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



7.5.9. Centro Sangue e da Transplantação Coimbra

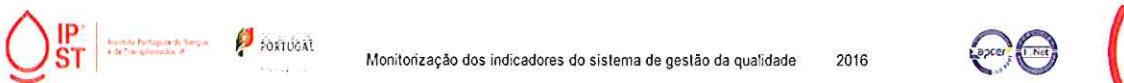
Colheita

Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2016			Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
				2016	Meta	Tolerância			
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de ST colhidas	55194	59000	5900	64901	100%	Atingiu
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	8119	8000	800	8801	100%	Atingiu
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	13467	12000	1200	13201	131%	Superou
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o nº de dadores no posto fixo	509	500	50	551	100%	Atingiu
Resultado	Eficácia	asis	Aumentar número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	3630	3500	350	3851	100%	Atingiu
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (Primeira vez no CSTC)	487	400	40	450	135%	Superou
Resultado	Eficácia	Asis	Manter o número total de dádivas de novos dadores de ST em Sessão de Colheita(Primeira vez no CSTC) (excepto PF)	10785	10500	1050	11551	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	Asis	Diminuir o número de dadores de sangue total suspensos	14430	16600	1660	14939	133%	Superou
Resultado	Eficiência	site SPHv	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	77	200	20	179	135%	Superou
Resultado	Eficiência	site SPHv	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	1	5	2	2	133%	Superou
Resultado	Eficiência	asis	Manter o número de dadores previstos para sangue total	66469	65000	6500	71501	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	Asis	Número de dadores inscritos para sangue total	69872	76000	7600	83601	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	Asis	Manter o número de dadores de sangue total (elégitíveis) que iniciaram a colheita	66526	55000	5500	60501	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar o número de dádivas de sangue total completas (em que qualquer componente resultante é utilizável para processamento) Reduzir	66204	54500	5450	59951	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	achiever	Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	62	50	5	56	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	achiever	Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas	60	50	5	56	100%	Atingiu
Resultado	Eficácia	asis	Aumentar o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	64,1%	60,0%	8,0%	66,0%	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a Taxa de comparação (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	104,0%	97,0%	1,0%	99,0%	135%	Superou
Resultado	Eficiência	asis	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	20,8%	22,0%	1,0%	21,0%	131%	Superou
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	83,7%	83,0%	3,0%	84,0%	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	asis	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	91,7%	100,0%	20,0%	120,0%	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	SPHv	Diminuir a percentagem de dádivas de sangue total e de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	0,0%	0,104%	0,0%	0,1%	135%	Superou
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a média de unidades de sangue total colhidas no período de segunda a sexta feira	60	30,0	8,0	39,0	135%	Superou
Resultado	Eficácia	asis	Manter a média de unidades de sangue total colhidas por dia	166	161,0	10,0	172,0	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita	41	40,0	5,0	46,0	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas em PF	11	10,0	5,0	16,0	100%	Atingiu
Resultado	Eficiência	asis	Manter o desempenho das equipas de colheita	1	1,0	0,1	1,2	113%	Superou
Resultado	Eficácia	asis	Frequência da dádiva (Anual)	2	1,19	0,2	2,0	110%	Superou

Aférese

ID	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade			2016	LacerNet	Classificação anual
					2016	Meta	Tolerância			
35	Resultado	Eficácia	mapa107f.pco	Manter o nº de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).	319	300	30	331	100%	Atingiu
37	Resultado	Eficácia	mapa8002b.pco	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34	92	80	8	89	133%	Superou
38	Resultado	Eficácia	mapa670a.pco	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	698	450	45	496	135%	Superou
39	Resultado	Eficácia	mapa670a.pco	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	386	350	35	386	125%	Superou
40	Resultado	Eficácia	mapa670a.pco	Monitorizar o número de unidades plasma produzidos (aférese)	212	150	15	168	135%	Superou
41	Resultado	Eficácia	mapa670a.pco	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	374	330	33	364	132%	Superou
42	Resultado	Eficácia	mapa7c.pco	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	377	330	33	364	135%	Superou
43	Resultado	Eficácia	mapa670a.pco	Monitorizar o número de procedimentos de aférese com colheita de plaquetas e plasma.	212	150	15	165	135%	Superou
44	Resultado	Eficiência	mapa670a.pco	Diminuir o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	108	110	10	100	100%	Atingiu
45	Resultado	Eficiência		Aumentar o número total de dádivas de novos dadores por aférese	33	25	4	30	135%	Superou
46	Resultado	Eficiência	107f.pco	Diminuir o número de dadores de aférese suspensos	42	40	4	35	100%	Atingiu
47	Resultado	Eficiência	mapa107f.pco	Diminuir o número de dadores plaquetaférese suspensos	42	40	4	35	100%	Atingiu
48	Resultado	Qualidade	Hv-enferma	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações não graves	7	20	2	17	135%	Superou
49	Resultado	Qualidade	Hv-enferma mapas 107f.pco	Eventos Adversos em Dadores de aférese - reações graves	0	1	1	0	125%	Superou
50	Resultado	Eficiência	107f.pco	Aumentar o número de dadores inscritos para aférese	361	280	28	308	135%	Superou
51	Resultado	Eficiência	mapa8002b	Aumentar o número de dadores inscritos para plaquetaférese (Multicomponente)	361	280	28	308	135%	Superou
52	Resultado	Eficiência	mapa107f.pco	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	11,2%	13,0%	2,0%	10,0%	100%	Atingiu
53	Resultado	Qualidade	Hv-enferma gem	Diminuir a percentagem de dádivas de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	0,0%	0,0%	0,0%	0,00%	125%	Superou
54	Resultado	Eficiência	mapa7000.pco	Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	66,3%	70%	7%	78%	100%	Atingiu
55	Resultado	Eficiência	mapa107f.pco	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	68,6%	56%	3%	60%	100%	Atingiu
56	Resultado	Eficiência	mapa107f.pco	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	104,2%	75%	7,5%	83%	135%	Superou
57	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese	2,23	2	1	3	100%	Atingiu
58	Resultado	Eficiência	mapa107f.pco	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese	1,43	1,5	0,5	2,5	100%	Atingiu
59	Resultado	Eficiência		Frequência da dádiva (Anual)	2	2	0,2	2,3	100%	Atingiu
60	Resultado	Eficiência	mapas 107f.pco	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	2,7	2	0,2	2,3	135%	Superou
61	Resultado	Eficiência		Manter o número de sessões de aférese por mês	20	17	2	20	124%	Superou
62	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês	45	40	4	45	127%	Superou
63	Resultado	Eficiência	Achiever	Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	18	7	1	9	135%	Superou
64	Resultado	Eficiência	Achiever	Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas	14	7	1	9	135%	Superou
65	Resultado	Eficiência		Monitorizar o numero médio de doses de plaquetas colhidas por procedimento (Split rate)	1,23	1,15	0,10	1,20	100%	Atingiu

Produção



Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2016		Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual	
				2016	Meta					
3	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total)	131104	137000	13700	150800	100%	Atingiu
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de Buffy Coat produzidos (sangue total)	131103	137000	13700	150800	100%	Atingiu
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas (sangue total)	12767	13000	1300	14301	100%	Atingiu
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de unidades de plasma produzidas (sangue total)	131103	137000	13700	150800	100%	Atingiu
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)	54838	60000	6000	66010	100%	Atingiu
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário	376	330	33	364	133%	Superou
7	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário	9444	9200	920	10125	100%	Atingiu
76	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão (incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total))	18399	20000	2000	22000	100%	Atingiu
77	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total).	117	120	12	108	100%	Atingiu
78	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	53641	58800	5880	58801	100%	Atingiu
79	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de CUP distribuídas	373	330	33	364	132%	Superou
80	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)	9401	9200	920	9293	100%	Atingiu
81	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e...	166	200	20	180	135%	Superou
82	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	2057	2200	221	1979	100%	Atingiu
83	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	21	40	5	34	135%	Superou
84	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	2	4	1	3	135%	Superou
85	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Manter o n.º de inutilização de Plasma por prazo de validade	346	500	51	449	135%	Superou
86	Realização	Qualidade	Planeamento das visitas	Manter o N.º de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	9	7	1	8	135%	Superou
87	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	3,8%	6,0%	0,7%	5,3%	135%	Superou
88	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	0,28%	0,50%	0,10%	0,4%	135%	Superou
89	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	0,63%	1,00%	0,2%	0,8%	135%	Superou
90	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter a AEQ dos testes laboratoriais%	98,4%	96,0%	2,0%	99,0%	120%	Superou
91	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	98,8%	96%	2%	99%	123%	Superou
92	Resultado	Eficiência		Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento	0,3%	0,30%	0,090%	0,200%	100%	Atingiu
93	Resultado	Eficiência		Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	0,7%	0,90%	0,200%	0,600%	100%	Atingiu
94	Resultado	Eficiência		Manter a reserva média de unidades de CE existentes	21	10,0	2,0	13,0	135%	Superou
95	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir o n.º de unidades de Plasma de quarentena validados	6	50,0	10,0	40,0	135%	Superou
96				Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)-LIH	3	24,0	8,0	15,0	135%	Superou
97	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	147	150,0	30,0	185,0	100%	Atingiu
98	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	26	25,0	5,0	31,0	100%	Atingiu
99	Resultado	Eficiência		Diminuir a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	0,43	7,30	1,5	5,0	135%	Superou
100	Resultado	Eficiência	Modulo Ocorrências	Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	141	100	20	121	135%	Superou
101	Resultado	Eficiência	Modulo Ocorrências	Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas	88	100	20	121	100%	Atingiu
102	Resultado	Eficácia		Aumentar o número de unidades plasma validados (aférese)	163	90	10	101	135%	Superou

Transplantação

ID	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2016			Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
					2016	Meta	Tolerância			
107	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados**	3307	3000	300	3350	122%	Superou
108	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados**	3579	3000	300	3350	135%	Superou
109	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)	101	100	20	121	100%	Atingiu
110	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim**	31	25	5	31	125%	Superou
111	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre *	450	350	35	390	135%	Superou
112	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º estudos em candidatos a transplante de Rim	2038	2000	200	2210	100%	Atingiu
113	Resultado	Eficiência		Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	14	25	5	31	70%	Não atingiu
114	Resultado	Eficiência		Manter todas as ocorrências tipificadas/tratadas	26	25	5	31	100%	Atingiu
115	Resultado	Eficiência		Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante	68,7%	60%	5%	70%	122%	Superou
116	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CDC	90,8%	85%	5%	91%	124%	Superou
117	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CF	92,3%	85%	5%	91%	131%	Superou
118	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	85,0%	80%	5%	87%	100%	Atingiu
119	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	93,5%	80%	5%	86%	135%	Superou
120	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Tipagens HLA	100,0%	95%	4%	100%	125%	Superou
122	Resultado	Eficiência		Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	9,9	15,0	2,9	12	135%	Superou
123	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	1,0	4,0	1,0	3,0	135%	Superou
124	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	1,6	4,0	1,0	3,0	135%	Superou
125	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA	4,5	4,0	1,0	3,0	100%	Atingiu

7.5.10. Centro Sangue e da Transplantação Lisboa

Colheita

Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade										2016	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual		
	Indicadores subscritos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores subscritos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores subscritos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores subscritos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores subscritos	Indicadores percentuais	Indicadores médias
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de ST colhidas	54452	55000	5500	60551	100%	Atingiu						
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	7697	6200	620	6830	135%	Superou						
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	10651	11000	1100	12110	100%	Atingiu						
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o nº de dadores no posto fixo	1687	1500	150	1651	128%	Superou						
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	11044	10700	700	11501	100%	Atingiu						
Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (Primeira vez no CSTL)	1083	1500	150	1651	80%	Não atingiu						
Resultado	Eficácia	Asis	Manter o número total de dádivas de novos dadores de ST em Sessão de Colheita(Primeira vez no CSTL) (excepto PF)	6949	5600	500	6101	135%	Superou						
Resultado	Eficiência	Asis	Diminuir o número de dadores de sangue total suspensos	16150	18100	1800	16299	127%	Superou						
Resultado	Eficiência site SPHv	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves		193	990	50	930	135%	Superou						
Resultado	Eficiência	asis	Manter o número de dadores previstos para sangue total	78920	71400	7100	78501	126%	Superou						
Resultado	Eficiência	Asis	Número de dadores inscritos para sangue total	71562	67500	6750	74251	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	Asis	Manter o número de dadores de sangue total (elegíveis) que iniciaram a colheita	55217	54000	5000	59001	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar o número de dádivas de sangue total completas (em que qualquer componente resultante é utilizável para processamento) Reduzir	54580	54000	5400	59401	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	achiever	Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	115	100	25	125	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	achiever	Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas	1	100	25	125	1%	Não atingiu						
Indicadores percentuais															
Resultado	Eficácia	asis	Aumentar o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	69,8%	68,0%	1%	70,0%	123%	Superou						
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a Taxa de comparação (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	93,1%	95%	4%	99,1%	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	asis	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	22,7%	24%	1,0%	22,9%	129%	Superou						
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	69,7%	69%	5,0%	75,0%	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	asis	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	96,5%	100%	20,0%	120,0%	100%	Atingiu						
Indicadores médias															
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar a média de unidades de sangue total colhidas no período de segunda a sexta feira	123	115,0	10,0	126,0	100%	Atingiu						
Resultado	Eficácia	asis	Manter a média de unidades de sangue total colhidas por dia	152	150,0	15,0	166,0	100%	Atingiu						
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita	27	30,0	5,0	36,0	100%	Atingiu						
Indicadores subscritos															
Resultado	Eficiência	asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas em PF	36	35,0	5,0	41,0	100%	Atingiu						

Aférese

				Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade			2016			
		Fonte	Objetivo	2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	mapa107f ,pco	Manter o nº de procedimentos/processos de aférese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma)	701	460	40	501	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 8002b ,pco	Manter o nº de procedimentos aférese efetuados no grupo etário 25-34	90	100	10	110	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	729	600	50	651	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Monitorizar o número de concentrado de eritrócitos produzidos (aférese)	53	30	5	40	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	696	500	50	551	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos validados (aférese)	51	30	5	40	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	638	450	40	491	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 7c,pco	Monitorizar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (aférese)	51	30	5	40	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 7c,pco	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	624	500	50	555	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 670a,pco	Diminuir o número de procedimentos de aférese com colheita só de plaquetas	662	400	40	441	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	107f,pco	Diminuir o número de dadores de aférese suspensos	61	50	5	44	90%	Não atingiu
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	mapas 107f,pco	Aumentar o número de dadores inscritos para aférese	669	510	50	561	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 8002b	Aumentar o número de dadores inscritos para plaquetáfereze (Multicomponente)	669	510	50	561	135%	Superou
Indicadores médios	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	9,4%	10%	2,0%	7,9%	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	90,2%	50%	4%	55%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Manter a percentagem de dadores inscritos por mês	131,4%	95%	3%	99%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférese	4,3	5	1	6	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Aumentar a média diária de procedimentos de aférese	2,5	2,5	0,5	3,1	100%	Atingiu
Indicadores médios	Resultado	Eficiência	mapas 107f,pco	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	2,7	4	1	5	91%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter o número de sessões de aférese por mês	22,6	20	5	25	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de dadores previstos de aférese por mês	1226	900	50	1000	135%	Superou

Produção



Monitorização dos
indicadores do
sistema de gestão
da qualidade



Indicadores desejados	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade					
					2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos (sangue total)	66045	56500	5500	62050	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de Buffy Coat produzidos (sangue total)	66049	56500	5500	62050	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas (sangue total)	9904	9800	950	10751	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de unidades de plasma produzidas (sangue total)	56000	56000	5500	61550	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)	55103	56000	5500	61550	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário	638	500	50	551	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário	9734	9800	950	10741	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão (incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total))	40629	50000	5000	55050	90%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	91161	96000	9000	105050	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de CUP distribuídas	1271	1000	100	1105	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)	16213	15500	1500	17001	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e inativação patogénica).	781	750	75	826	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	678	190	19	170	31%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	0	1	0	0	125%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	33	100	15	80	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	1	1	0	0	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Manter o n.º de inutilização de Plasma por prazo de validade	36238	51400	5000	46000	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Aumentar o número total de amostras analisadas expressa como o número total de doações onde as amostras foram cohídas e são adequados para o teste	55446	56500	5500	62050	100%	Atingiu
	Realização	Qualidade	Planeamento das visitas	Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	11	8	1	10	135%	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	0,8%	0,5%	0,1%	0,40%	80%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	0,2%	1,20%	0,50%	0,6%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	0,1%	0,70%	0,1%	0,5%	135%	Superou
	Realização	Qualidade	Relatórios	Manter a AEQ dos testes laboratoriais%	100,0%	96,0%	2,0%	99,0%	133%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	100,8%	96%	2%	99%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a % de unidades CE inutilizados por processamento	0,3%	0,50%	0,09%	0,40%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por processamento	1,1%	1,2%	0,3%	0,8%	100%	Atingiu
Indicadores medias	Resultado	Eficiência		Manter Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (Relatórios de Análises)	56	48,0	24,0	23,0	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	261	265,0	30,0	300,0	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	41	40,0	5,0	46,0	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	2	5,0	2,0	8,0	70%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Monitorizar o número de unidades de crioprecipitado distribuídas	235	175	20,0	200,0	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Monitorizar o número de unidades de plasma distribuídas para transfusão com redução patogénica	638	500	50	551	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Monitorizar o número de unidades de plaquetas distribuídas com redução patogénica	9455	9250	900	10155	100%	Atingiu

Transplantação



Indicadores absolutos	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da			Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
					2016	Meta	Tolerância			
	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados	4130	4000	500	4500	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados	4130	4000	500	4500	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)	161	100	20	121	135%	Superou
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim	94	85	20	105	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número estudos em doentes transplantados semestre *	1147	950	35	985	135%	Superou
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º estudos em candidatos a transplante de Rim	4133	3000	50	3050	135%	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante	15,9%	50%	5%	60%	35%	Não atingiu
	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CDC	87,5%	85%	5%	91%	100%	Atingiu
	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CF	96,4%	85%	5%	91%	135%	Superou
	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	93,3%	80%	5%	86%	135%	Superou
	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	100,0%	75%	5%	81%	135%	Superou
	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Tipagens HLA	98,3%	90%	5%	96%	135%	Superou
Indicadores medi,	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	1	2,5	1,0	1,0	125%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	5	5,5	1,0	4,0	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	2	1,5	0,5	0,7	100%	Atingiu

CEDACE



Indicadores absolutos	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade Processo CEDACE			2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
					2016	Meta	Tolerância						
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o N.º de pedidos de dadores CEDACE recebidos	1989	2200	200	2410	99%				Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter o nº de ativações a dadores CEDACE	1955	2000	200	2201	100%				Atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - Suspensos	177	150	15	134	93%				Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o nº de potenciais dadores CEDACE ativados - eliminados	1027	700	50	755	135%				Superou
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE	66	110	10	121	66%				Não atingiu
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE nacionais	18	33	4	38	62%				Não atingiu
	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º de colheitas efetivas a dadores CEDACE Internacionais	48	77	7	85	69%				Não atingiu
	Resultado	Eficácia		Manter o N.º Total de candidatos a dador na base dados Cedace	12451	10000	1000	11000	135%				Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Monitorizar a % de dadores de CEPH avaliados - Dia Seguinte	100,0%	95%	3%	99%	131%				Superou
	Resultado	Eficiência		Monitorizar a % de dadores de CEPH avaliados -1 mês	99,4%	95%	2%	98%	135%				Superou
	Resultado	Eficiência		Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano	16,2%	90%	4%	95%	19%				Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar a taxa de resposta a pedidos de dadores CEDACE	82,5%	85%	4%	90%	100%				Atingiu
	Resultado	Eficiência		Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial	18	16,0	1,9	14,0	100%				Atingiu
	Resultado	Eficiência		Tempo de resposta na activação dador desde o pedido até entrada no laboratório	11	9,0	1,9	7,0	100%				Atingiu

Banco de Tecidos



Indicadores abertos	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de					Classificação anual
					2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	
Resultados Eficiência	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de tecidos recebidos (Tecido Musculo-esquelético)	88	75	5	81	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de tecidos recebidos (Válvulas Cardíacas)	20	40	5	45	57%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de tecidos recebidos (Pele)	0	1	0	1	0%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)	7	10	2	12	88%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número de pedidos de Tecido Musculo-esquelético	145	140	5	146	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número de pedidos de Válvulas Cardíacas	14	7	2	10	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número de pedidos de Pele	14	10	2	15	120%	Superou
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número de pedidos de Membrana Amniótica	205	140	5	146	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Monitorizar o número de pedidos de Córnea	188	150	15	175	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	9	10	2	15	100%	Atingiu
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Aumentar o n.º de ocorrências tipificadas	8	10	2	15	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter taxa de aproveitamento de peças de Tecido Musculo-esquelético processado	100,0%	75%	6%	80%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada	100,0%	75%	4%	80%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas	100,0%	95%	2%	98%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido Musculo-esquelético	99,8%	90%	5%	96%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica	100,0%	90%	5%	96%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas	100,0%	90%	5%	96%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de distribuição de Pele	100,0%	90%	5%	96%	135%	Superou
Indicadores medias	Resultado	Eficiência		Manter a taxa de distribuição de Córnea Importada	100,0%	90%	5%	96%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Diminuir a reserva estratégica de Membrana Amniótica	2,6	2,5	0,3	2,1	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a existência de peças de Tecido Musculo-esquelético	94	20	3	24	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a existência de Válvulas Cardíacas	13	10	2	13	125%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a resposta a pedidos de Córnea	188,0	150	15	175	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter a resposta a pedidos de Pele	2,4	1,0	0,0	1,1	135%	Superou

7.5.11. Centro Sangue e da Transplantação Porto

Colheita

				Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade		2016				
				2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de ST colhidas	79134	80000	8000	88100	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	9239	8000	800	11017	110%	Superou
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	14536	16000	1600	20776	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o nº de dadores no posto fixo	1345	600	60	661	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar número de unidades(dadores) de sangue total colhidas em PF	11426	15000	2000	17100	88%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar número total de dádivas de novos dadores de ST em Posto Fixo (Primeira vez no CSTP)	1345	1900	200	2101	79%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	Asis	Manter o número total de dádivas de novos dadores de ST em Sessão de Colheita(Primeira vez no CSTP) (excepto PF)	12452	5600	500	6101	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Asis	Diminuir o número de dadores de sangue total suspensos	16450	17000	1700	15200	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	site SPHv	Eventos Adversos em Dadores - reações não graves	382	425	24	400	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	site SPHv	Eventos Adversos em Dadores - reações graves	6	5	1	4	100%	Atingiu
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	Asis	Manter o número de dadores previstos para sangue total	108740	110000	5000	115000	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	Asis	Número de dadores inscritos para sangue total	95585	100300	5000	105301	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar o número de dádivas de sangue total completas (em que qualquer componente resultante é utilizável para processamento) Reduzir	76584	80000	8000	88100	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	Asis	Aumentar o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	67,4%	69,0%	1%	70,0%	99%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores por brigada)	88,0%	92%	3%	96%	99%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	Asis	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	17,2%	17,9%	0,5%	17,4%	134%	Superou
	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar a Taxa de Coleta (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	72,8%	76%	4,0%	80,0%	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	SPHv	Diminuir a percentagem de dádivas de sangue total e de aférese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	0,0%	0,5%	0,1%	0,3%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar a média de unidades de sangue total colhidas no período de segunda a sexta feira	189	150,0	20,0	170,0	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	Asis	Manter a média de unidades de sangue total colhidas por dia	219	230,0	25,0	256,0	100%	Atingiu
Indicadores medidas	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas por sessão de colheita	46	40,0	5,0	45,1	131%	Superou
	Resultado	Eficiência	Asis	Aumentar Nº médio de unidades colhidas em PF	38	50,0	10,0	60,0	94%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	Asis	Manter o desempenho das equipas de colheita	1	1,5	0,5	2,0	85%	Não atingiu

Aférrese



Indicadores desígnios	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da					
					2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
	Resultado	Eficácia	mapa107f ,pco mapa 8002b,pco	Manter o nº de procedimentos/processos de aférrese (com colheita de concentrado de eritrócitos, plaquetas e plasma).	1353	1410	80	1500	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Manter o nº de procedimentos aférrese efetuados no grupo etário 25-34	212	100	10	110	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférrese (Multicomponente)	2039	2275	100	2400	94%	Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Monitorizar o número de concentrado de eritrócitos produzidos (aférrese)	90	450	40	400	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférrese	1612	1540	50	1600	130%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Monitorizar o número de unidades plasma produzidos (aférrese)	336	300	40	350	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco mapa 670a,pco	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos validados (aférrese)	91	450	40	400	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférrese)	1667	1540	50	1600	100%	Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 7c,pco mapa 7c,pco	Monitorizar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (aférrese)	94	440	40	400	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférrese)	1637	1450	40	1500	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670a,pco	Monitorizar o número de procedimentos de aférrese com colheita de plaquetas e plasma	334	300	40	350	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência		Diminuir o número de procedimentos de aférrese com colheita só de concentrado de eritrócitos.	13	50	5	44	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 670a,pco	Diminuir o número de procedimentos de aférrese com colheita só de plaquetas	934	400	40	450	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 20w,pco	Aumentar o número total de dávias de novos dadores por aférrese	76	50	10	60	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	107f,pco	Diminuir o número de dadores de aférrese suspensos	77	140	20	119	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Diminuir o número de dadores plaquetaférrese suspensos	77	140	20	119	135%	Superou
	Resultado	Qualidade	Hv - enferma	Eventos Adversos em Dadores de aférrese - reações não graves	15	20	5	14	100%	Atingiu
	Resultado	Qualidade	Hv - enferma mapas	Eventos Adversos em Dadores de aférrese - reações graves	0	1	0	0	125%	Superou
	Resultado	Eficiência	107f,pco ... ,pco	Aumentar o número de dadores inscritos para aférrese	1430	1410	80	1500	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 8002b	Aumentar o número de dadores inscritos para plaquetaférrese (Multicomponente)	1429	1410	80	150	100%	Atingiu
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco ...	Diminuir a percentagem de suspensão triagem clínica	5,3%	10%	2,0%	7,9%	135%	Superou
	Resultado	Qualidade	enferma gem	Diminuir a percentagem de dávias de aférrese que resultam em evento adverso grave (definição por ISBT)	0,0%	1,0%	0,1%	0,8%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa700 ,pco	Aumentar a Taxa de comparência (Aumento de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	91,1%	60%	5%	66%	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	86,0%	60%	4%	65%	135%	Superou
Indicadores medias	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dadores previstos por sessão de aférrese	6	5	1	6	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa107f ,pco mapas	Aumentar a média diária de procedimentos de aférrese	6	3,0	0,5	4,0	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	107f,pco	Manter a média de unidades (componentes) colhidas por dia	7	4	1	5	135%	Superou
	Resultado	Eficiência		Manter o número de sessões de aférrese por mês	25	42	5	47	68%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Aumentar o número de dadores previstos de aférrese por mês	132	100	10	111	135%	Superou

Produção

		Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade		2016					
		Objetivo		2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário (sangue total)	76016	80000	8000	88100	100% Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário	1598	1500	140	1650	100% Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário	6259	6550	500	7100	100% Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de unidades plasma entrados em inventário para transfusão (incluindo plasma com inativação patogénica (sangue total))	2309	22000	2000	24100	12% Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de unidades de plasma entrados em inventário - Quarentena (sangue total).	375	500	50	551	83% Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	67289	79000	7500	86501	94% Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de CUP distribuídas	1540	1500	140	1650	100% Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Aumentar o número de POOL de plaquetas distribuídas (sangue total)	6416	6550	500	7100	100% Atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Manter o número de unidades de plasma distribuídos para transfusão – Todo o plasma para transfusão (incluindo sangue total, aférese e Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade))	664	3400	500	4000	23% Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	8949	2000	400	1500	27% Não atingiu
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	1	4	1	3	135% Superou
	Resultado	Eficácia	mapa 670c	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	148	180	19	160	135% Superou
Indicadores medi. Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Manter o n.º de inutilização de Plasma por prazo de validade	13	20	4	15	135% Superou
	Realização	Qualidade	Planeamento das visitas	Manter o Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	1413	100	20	80	8% Não atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	12,1%	3,0%	0,4%	2,5%	28% Não atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	2,9%	2,5%	0,4%	2,0%	100% Atingiu
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	0,8%	1,5%	0,4%	1,0%	134% Superou
	Resultado	Eficiência	mapa 670c	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	89,1%	95%	2,5%	98%	96% Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de concentrado de eritrócitos distribuídos (sangue total)	185	210,0	20,0	231,0	97% Não atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de POOL de plaquetas distribuídos (sangue total)	17	18,0	5,0	25,0	100% Atingiu
	Resultado	Eficiência		Manter a média diária do número de unidades de plasma distribuídos (sangue total)	2	10,0	3,0	13,0	23% Não atingiu

Transplantação

				Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade			2016				
		Indicadores absolutos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores absolutos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Indicadores absolutos	Indicadores percentuais	Indicadores médias	Classificação anual
Indicador	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados	6694	5000	500	6000	117%	Superou	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia		Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados	5089	5000	500	6000	100%	Atingiu	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores de órgãos (cadáver)	100	100	20	121	100%	Atingiu	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia		Monitorizar o número de estudos de potenciais dadores vivos de rim	78	100	20	121	98%	Não atingiu	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficácia		Monitorizar o N.º estudos em Novos candidatos a transplante de Rim	165	220	20	221	83%	Não atingiu	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficiência		Manter a Comunicação de ocorrências via IMP.85.1	18	25	5	31	90%	Não atingiu	
Indicadores absolutos	Resultado	Eficiência		Manter todas as ocorrências tipificadas/tratadas	20	25	5	31	100%	Atingiu	
<hr/>											
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Monitorizar a % de doentes avaliados nos 6 meses pós-transplante	90,0%	90%	1%	92%	100%	Atingiu	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CDC	93,8%	90%	1%	92%	135%	Superou	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Crossmatch CF	90,0%	90%	1%	92%	100%	Atingiu	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	95,0%	90%	1%	92%	135%	Superou	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	100,0%	90%	1%	92%	135%	Superou	
Indicadores percentuais	Resultado	Qualidade		Manter a AEQ de Tipagens HLA	100,0%	90%	1%	92%	135%	Superou	
<hr/>											
Indicadores médias	Resultado	Eficiência		Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	9	14,0	2,0	11,0	135%	Superou	
Indicadores médias	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	1	2,0	0,5	1,3	135%	Superou	
Indicadores médias	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	3	9,0	1,9	7,0	135%	Superou	
Indicadores médias	Resultado	Eficiência		Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA	1	3,0	0,5	2,4	135%	Superou	

BPCCU

Monitorização dos indicadores do sistema de gestão da qualidade							2016			
Indicadores absolutos	Tipo	Subtipo	Fonte	Objetivo	2016	Meta	Tolerância	Valor crítico	Taxa de realização	Classificação anual
	Resultado	Eficácia	Excel PX	Manter o n.º de unidades de SCU armazenadas e aptas para uso terapêutico	150	55	10	67	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	B-Lab	Manter o N.º de unidades de sangue do cordão umbilical recebidas	1746	1401	200	1605	135%	Superou
	Resultado	Eficácia	B-Lab	Monitorizar o n.º de unidades de SCU aceites para processamento	98	136	20	160	84%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	Excel PX	Monitorizar o nº de unidades com hemoculturas positivas	8	10	3	6	100%	Atingiu
	Resultado	Eficiência	B-Lab	Monitorizar o n.º de unidades não aceites por baixo volume	505	392	20	370	82%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	Excel PX	Monitorizar o n.º de unidades não aceites para processamento outras causas (inutilizadas por causas inerentes ao processamento)	5	96	9	85	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	B-Lab	Monitorizar o n.º total de unidades de SCU inutilizadas pelo banco por qualquer motivo (todo o processo de receção)	1648	1265	100	1164	83%	Não atingiu
	Resultado	Eficiência	B-Lab	Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas	98	85	10	96	130%	Superou
	Resultado	Eficácia	TP-SCU	Inventário das unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)	518	442	20	465	135%	Superou
	Resultado	Eficiência	Excel PX	Inventário das unidades de SCU validadas (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)	209	109	10	120	135%	Superou
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Diminuir a % de unidades inutilizadas por causas inerentes ao processamento - BPCCU	5,2%	2,5%	1,0%	1,0%	68%	Não atingiu
Indicadores percentuais	Resultado	Eficiência		Manter a % de unidades inutilizadas - BPCCU	94,4%	90%	5%	84%	100%	Atingiu

8. Análise global da execução das Unidades Orgânicas 2016

Tabela 4 - Análise Global por Unidade Orgânica 2016

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)	9	7	2	0
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRH)	5	2	3	0
Coordenação Nacional Da Transplantação (CNT)	15	6	7	2
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)	5	0	0	0
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	4	1	3	0
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	11	6	3	2
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	5	2	3	0
Gabinete Jurídico (GJ)	1	0	1	0
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)	128	65	48	15
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CCTC)	111	61	49	1
Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)	103	46	32	25
Total Global	393	200	149	44

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

- i. 393 objetivos operacionais concorrem para a execução dos objetivos estratégicos do QUAR 2016;
- ii. Dos 393 indicadores, 200 foram superados, 149 atingidos e 44 não foram atingidos.
- iii. Dos 44 objetivos não atingidos as principais causas de incumprimento foram analisadas e foi tomada de ações e avaliação da eficácia das ações. A globalidades destas prende-se com fatores externos ao 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 perceciona a organização de modo a aferir o grau de satisfação e de motivação dos trabalhadores do IPST, IP durante o ano 2016¹¹.

Os principais objetivos centraram-se em:

- 1 – Aferir o nível de satisfação dos trabalhadores do IPST,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 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 som o determinado na alinha 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 desde 2014.

O questionário foi enviado, através de correio eletrónico, a todos os trabalhadores do IPST,IP, no qual dava acesso ao questionário de resposta “online” confidencial e anónima.

¹¹ Avaliação da Satisfação dos Trabalhadores do IPST,IP

Página 175 de 248

O questionário esteve disponível para preenchimento de 17 de janeiro a 6 de fevereiro de 2017. O tratamento do questionário foi 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 135 trabalhadores do IPST, IP, que corresponde a uma taxa de resposta de 29,6% (17,3% em 2015 e 24,0% em 2014) de um total de trabalhadores 456 trabalhadores do mapa do IPST, IP em Novembro de 2016. Os resultados globais dos questionários, designadamente as médias aritméticas e frequências relativas das pontuações atribuídas pelos trabalhadores são apresentadas a seguir, seguindo a organização do questionário e utilizando as seguintes fórmulas para interpretação de dados:

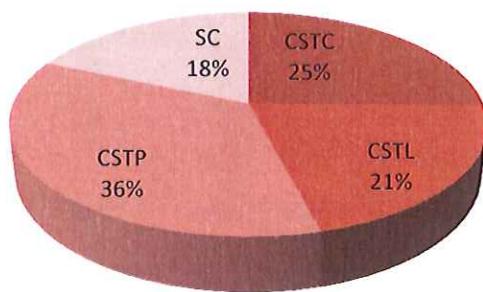
$$\text{Satisfação GlobalMédia} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (\text{MuitoSatisfeito}_i + \text{Satisfeito}_i)}{n}$$

$$\text{Insatisfação GlobalMédia} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} (\text{MuitoInsatisfeito}_i + \text{insatisfeito}_i)}{n}$$

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 25 - Percentagem de Resposta por Unidade Orgânica

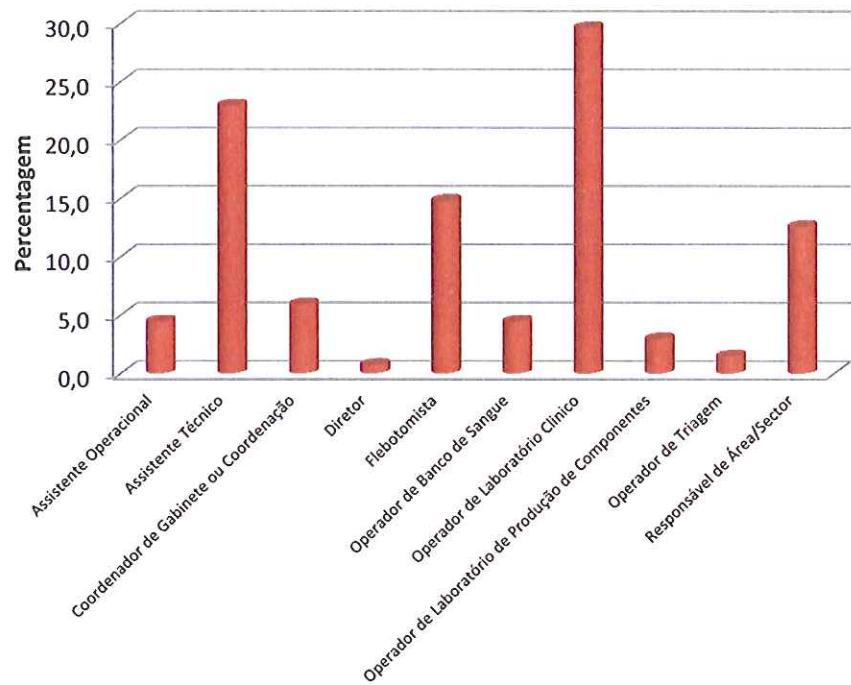
Percentagem de Colaboradores por Unidade Organica que
Participaram no Estudo



No que diz respeito à **representatividade por função**, esta pode ser observada no gráfico abaixo. Dos trabalhadores que participaram no estudo responderam ao questionário 4,4% de Assistentes Operacionais, 23% de Assistentes Técnicos, 8%, de Coordenadores de Gabinete ou Coordenação, 14,8% de Flebotomistas, 4,4% de Operadores de Banco de Sangue, 29,6% de Operadores de Laboratório Clínico, 3% de Operadores de Laboratório de Produção de Componentes, 1,5% de Operadores de Triagem e Responsável de Área/Sector com 12,6%. Da análise verificamos que, de forma geral, a representatividade está assegurada como se pode verificar no mapa de pessoal (com exceção do grupo funcional dos assistentes operacionais).

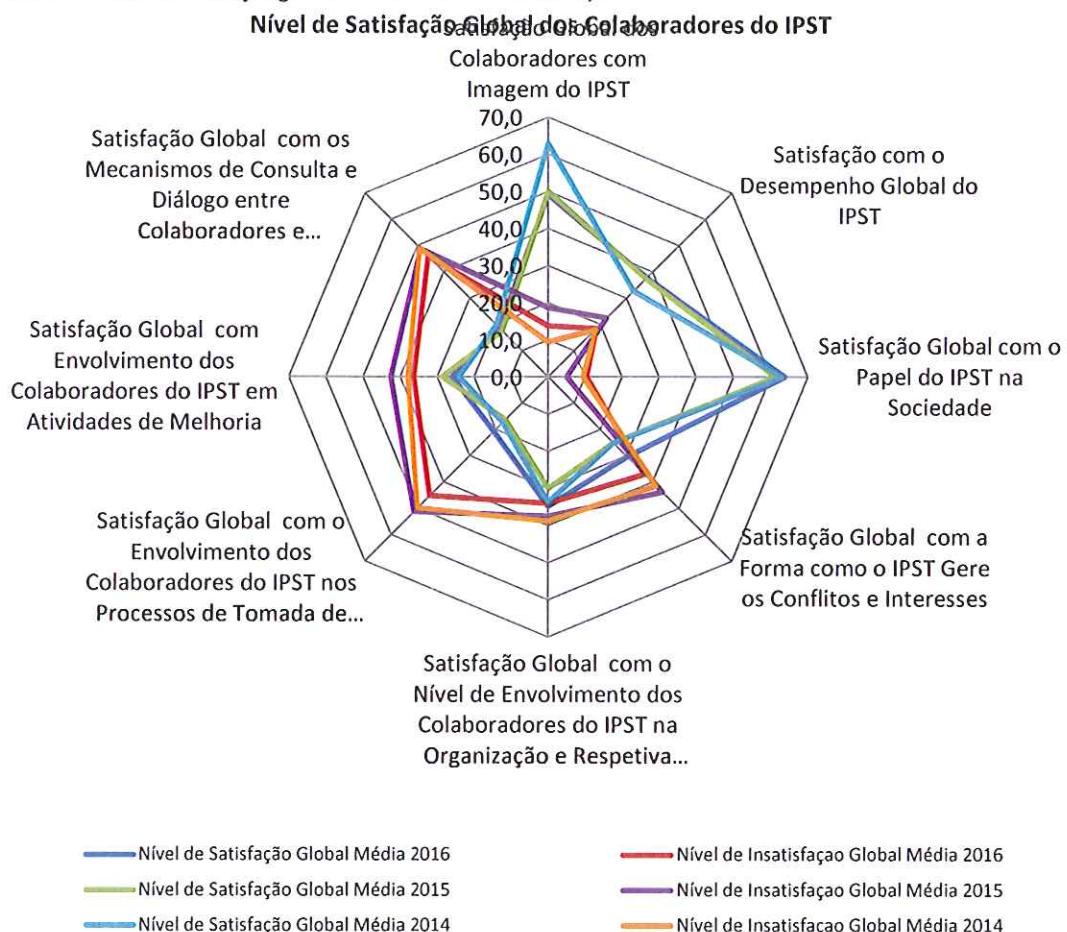
Gráfico 26 - N.º Colaboradores por Função

Numero de Colaboradores Participantes no Estudo por Função



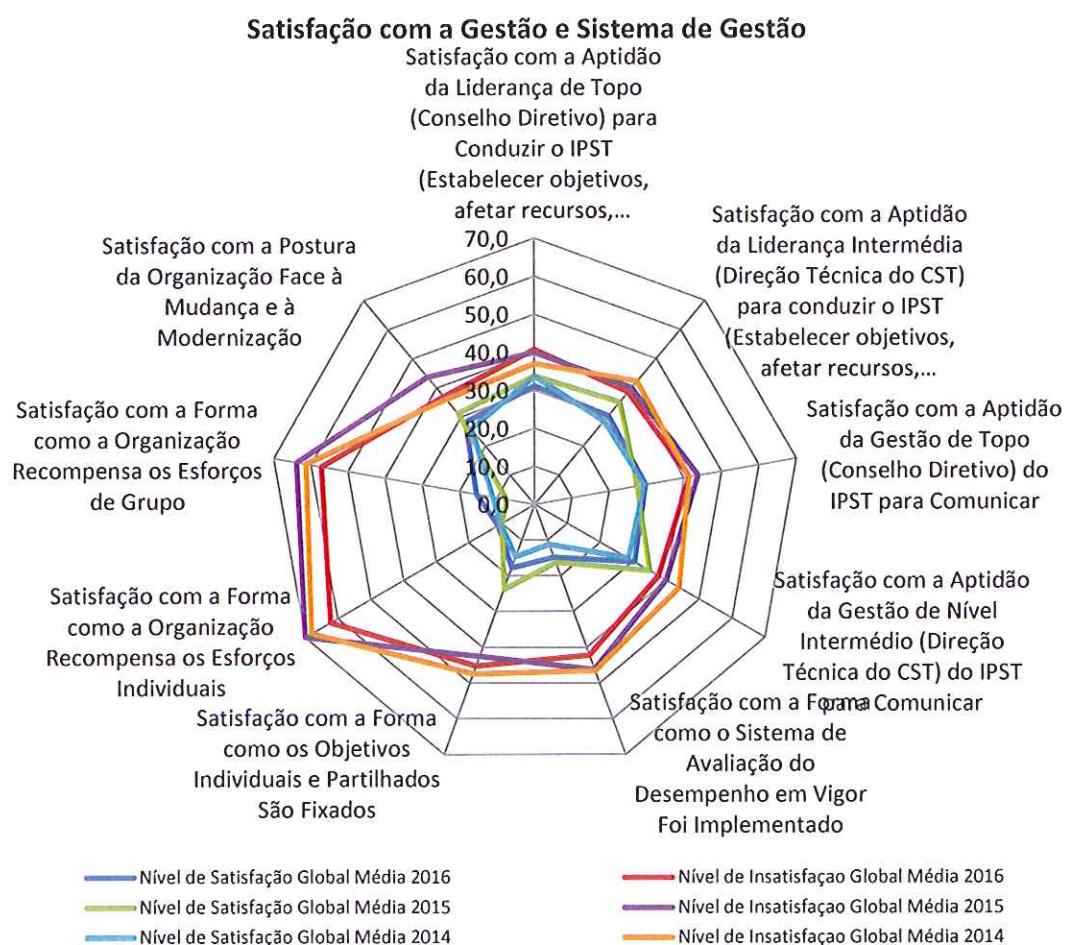
Quando analisamos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP verificamos que o nível de **satisfação global dos colaboradores** do IPST,IP varia de parâmetro para parâmetro mantendo a avaliação em 2016 sobreponível em todos os parâmetros relativamente aos anos anteriores, como se verifica no gráfico seguinte:

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



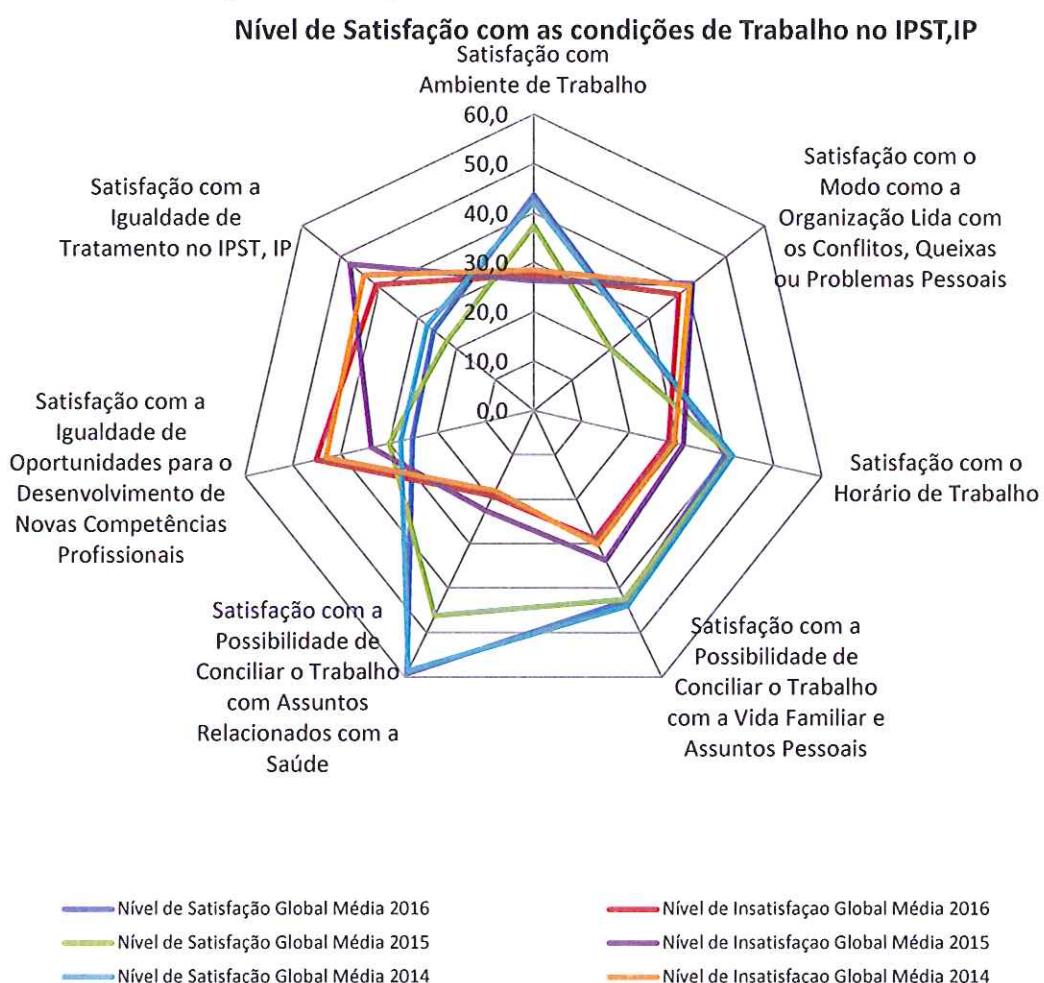
Podemos fazer a mesma leitura ao analisarmos as respostas aos questionários respondidos pelos trabalhadores do IPST, IP, verificamos que o nível de **satisfação com a gestão e sistemas de gestão** do IPST, IP varia de parâmetro para parâmetro mantendo a avaliação em 2016 sobreponível em todos os parâmetros relativamente ao ano de 2015 e 2014, como se verifica no gráfico seguinte:

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



Quando analisamos as respostas no grupo de questões sobre as **condições de trabalho**, verificamos uma maior satisfação global média em relação ao grupo anterior. No entanto, deve ser considerado e tido em conta as questões relativas à satisfação com o modo como a organização lida com os conflitos, queixas ou problemas pessoais, com a satisfação com a igualdade de oportunidades para o desenvolvimento de novas competências profissionais e com satisfação com a igualdade de tratamento no IPST,IP, valores de 2016 são sobreponíveis aos anos anteriores de 2015 e 2014, como podemos constatar no gráfico seguinte:

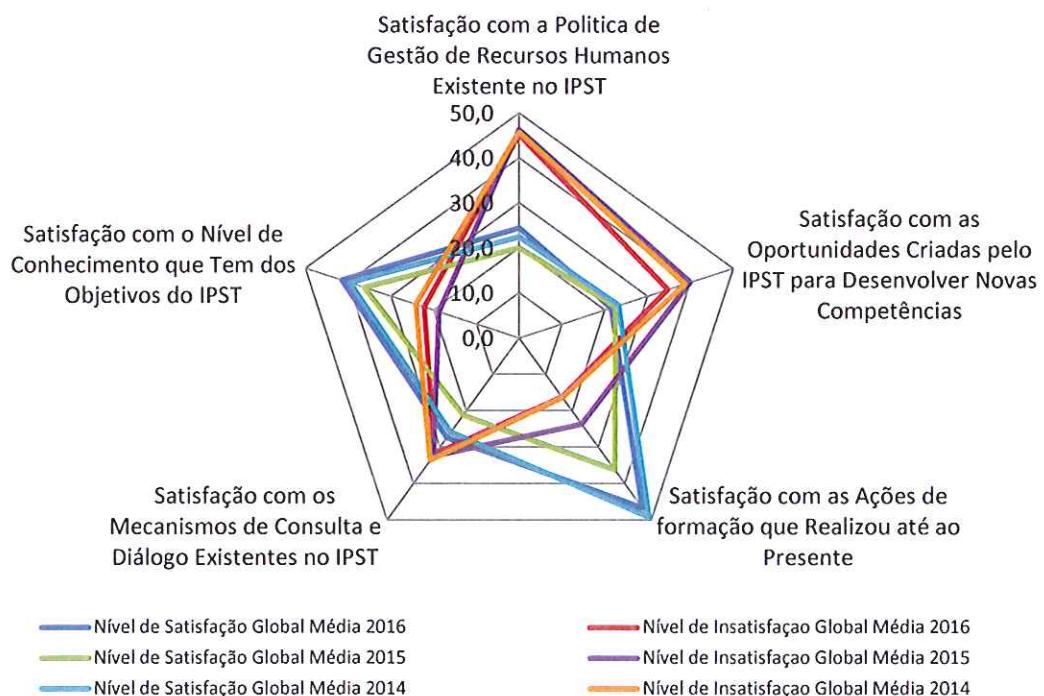
Gráfico 29 - Nível de satisfação com as condições de trabalho



No gráfico seguinte podemos analisar o nível de satisfação com o **desenvolvimento da carreira** no IPST,IP e verificamos um nível aceitável de satisfação referente às ações de formação frequentadas e o conhecimento dos objetivos do IPST,IP, valores ligeiramente superiores aos registados no ano anterior de 2015. No entanto, deve ser tido em consideração um nível de insatisfação quanto às oportunidades criadas para desenvolver a carreira, com os mecanismos de consulta e diálogo no IPST,IP e com a política de gestão de recursos humanos existente no IPST, valores mantidos em relação a 2015 como se pode ver no gráfico seguinte:

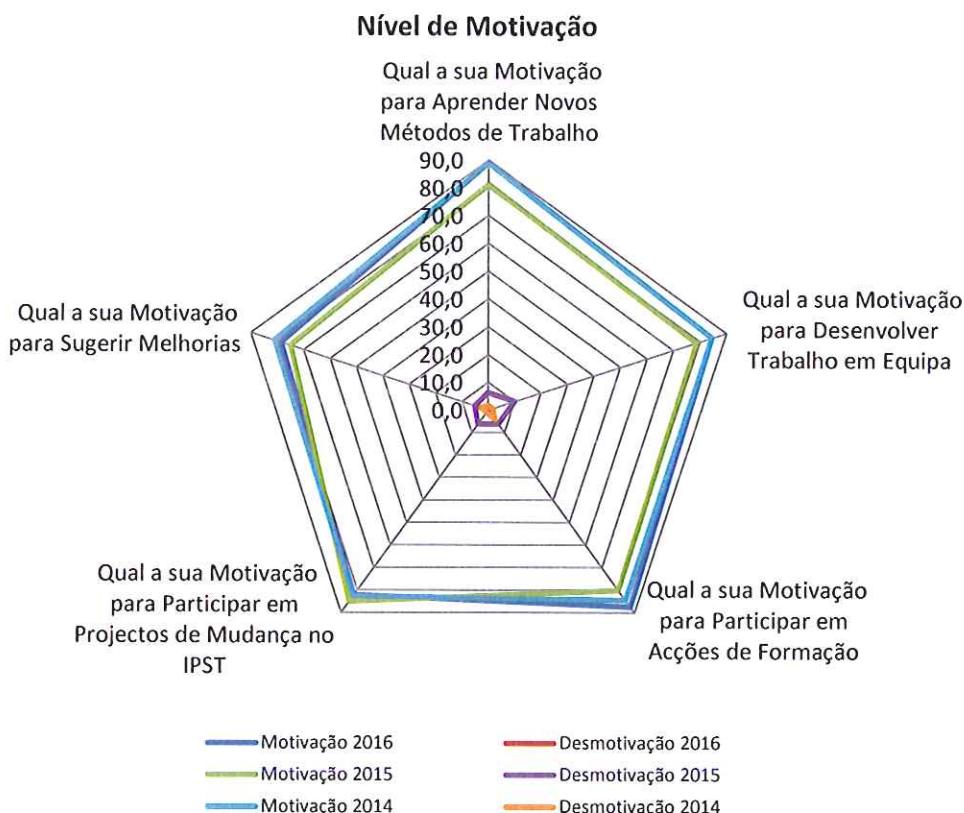
Gráfico 30 - Nível de satisfação com o desenvolvimento da carreira no IPST,IP

Nível de Satisfação com o Desenvolvimento da Carreira no IPST,IP



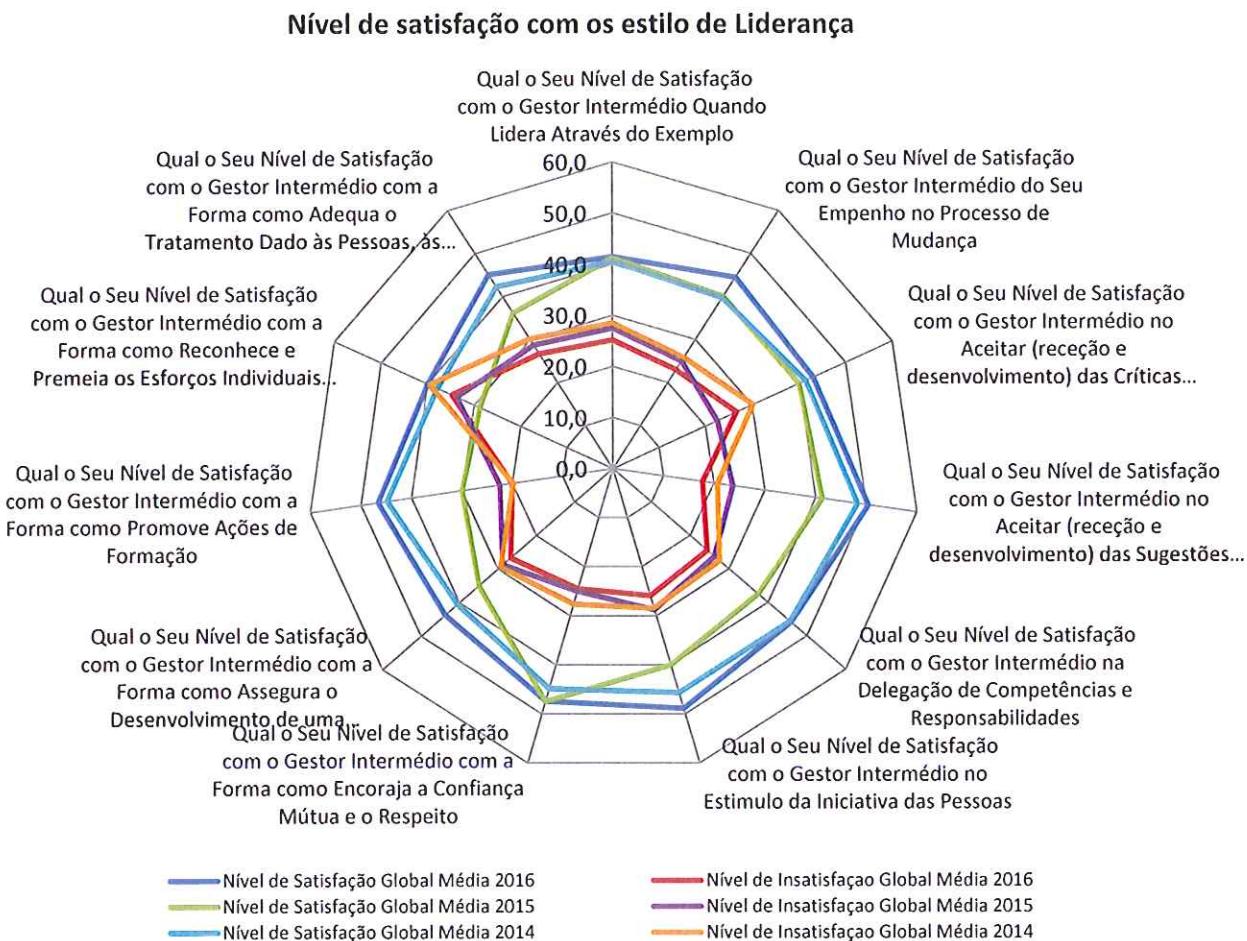
Quando analisamos os **níveis de motivação**, podemos constatar um elevado nível de motivação em 2016, superior a 80% em todos parâmetros, com um nível de desmotivação reduzida em todos os parâmetros em análise, sobreponível aos resultados obtidos no ano de 2015 e 2014, como se pode verificar no gráfico seguinte:

Gráfico 31 - Níveis de motivação



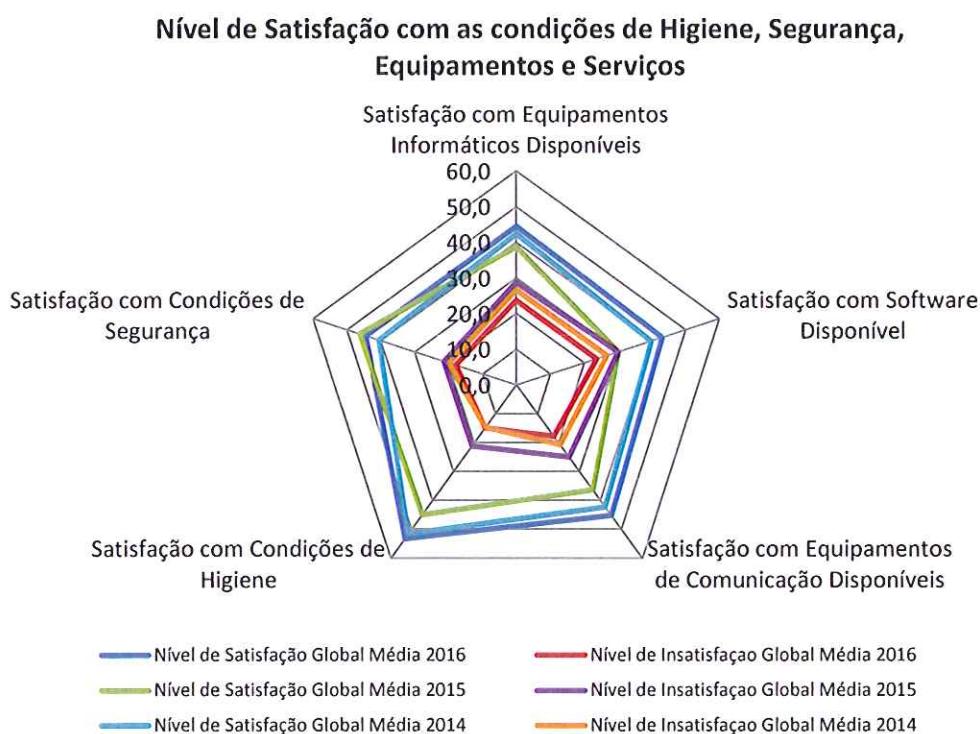
No gráfico seguinte podemos constatar o nível de **satisfação global com o estilo de liderança** que apresenta uma variação parâmetro a parâmetro com algum nível de flutuação ao nível da satisfação global média, com uma manutenção de valores sobreponíveis aos dos anos anteriores, relativamente ao nível de insatisfação global média.

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



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 idêntica à obtida nos anos anteriores, com discreta melhoria nos parâmetros das condições de segurança e uma diminuição ligeira da satisfação em relação ao parâmetro de software disponível, condições de higiene e os equipamentos de comunicação disponíveis, como se pode verificar nos seguintes parâmetros:

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



10. Apreciação dos serviços utilizadores

10.1. Retorno da informação do cliente

No ano de 2016, foi mantida a metodologia única no IPST,IP (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 hemodialise, 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 2016 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 1474 dadores com uma distribuição equitativa pelos 3 CST (CSTC 462, CSTL 496, CSTP 510). Na distribuição por sexo temos 718 mulheres e 720 homens que responderam ao questionário. A média de idades dos inquiridos foi de 40,62 anos (38,82 anos em 2015; 40,31 anos em 2014). A média de idades em que os dadores deram sangue pela primeira vez foi aos 27,89 anos (31,06 em 2015;

27,78 em 2014). O tempo médio desde que iniciou a dádiva de sangue até ao momento que cada dador apresenta é de 9,6 anos (8,72 em 2015; 8,22 em 2014), sendo 49,9% do sexo feminino e 50,1% do sexo masculino com uma média de 9,87 dádivas de sangue por dador.

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

Gráfico 34 - Situação profissional dos dadores de sangue



No que diz respeito a situação profissional, 5,9% estão desempregados, 8,6% são estudantes, 4,6% domésticos, 76,4% estão empregados, 3,4% reformados e 1,1% outros.

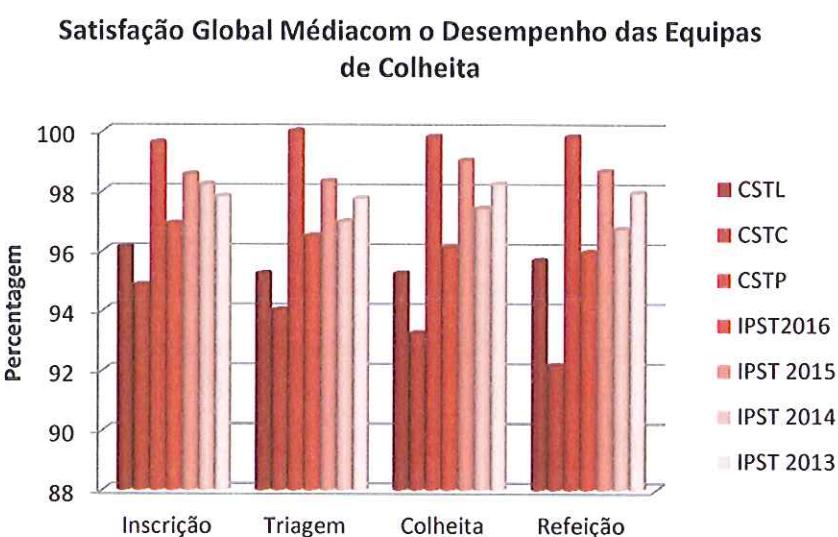
Os índices de satisfação são globalmente elevados. A observação da média censurada a 5% permite concluir afastando casos que se desviaram da média e que terão de ser avaliados nas tabelas de frequências de apreciação dos serviços do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. A diferença entre 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:

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

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 96%, varia entre os 95,95% e os 96,91% (97,15% e os 99,58% em 2015; 94,9% e os 99,4% em 2014) em todas as áreas da sessão de colheita, mantendo-se estável em relação ao ano anterior (2015), com 97% de satisfação global média.

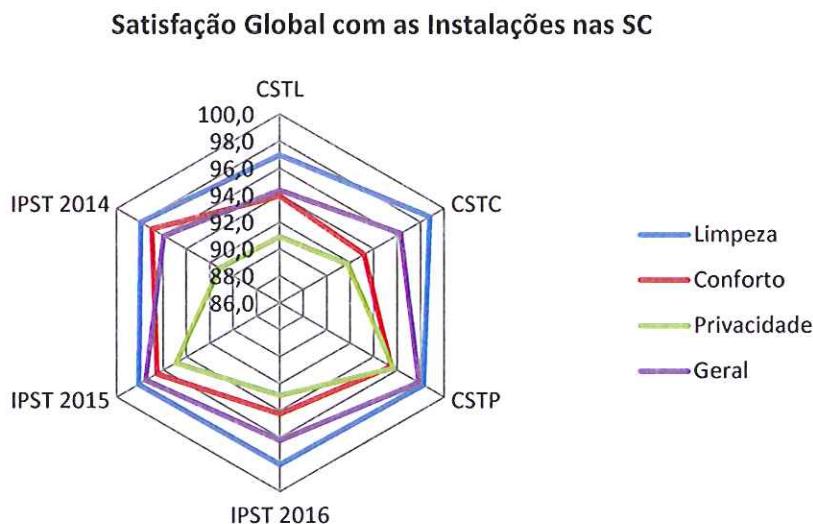
Gráfico 35 - Nível de satisfação global dos dadores e candidatos a dadores de medula óssea sobre o desempenho das equipas nas sessões de colheita (na área da inscrição, triagem, colheita e refeição)



Ao mesmo tempo, constatamos que temos aproximadamente 0,67 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 e em todos os CST.

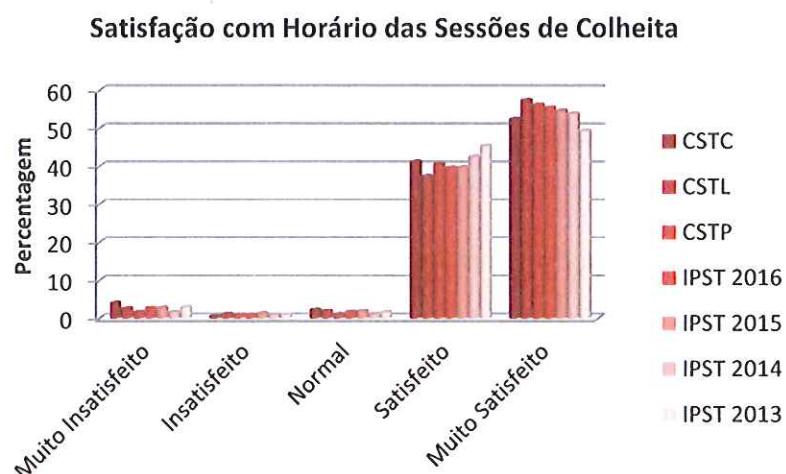
Na avaliação das instalações dos locais de colheita, os índices são globalmente satisfatórios como se observa no gráfico seguinte.

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)



Os dados do gráfico anterior mostram-nos uma manutenção 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 (2015). Este facto poderá estar relacionado com a avaliação prévia realizada pelos centros dos locais de colheita em sessão de colheita móvel e ao reforço de formação/informação efetuado junto dos promotores locais da sessão de colheita. Este procedimento deverá ser mantido e reforçado com definição de padrões de funcionamento de forma a melhorar este índice.

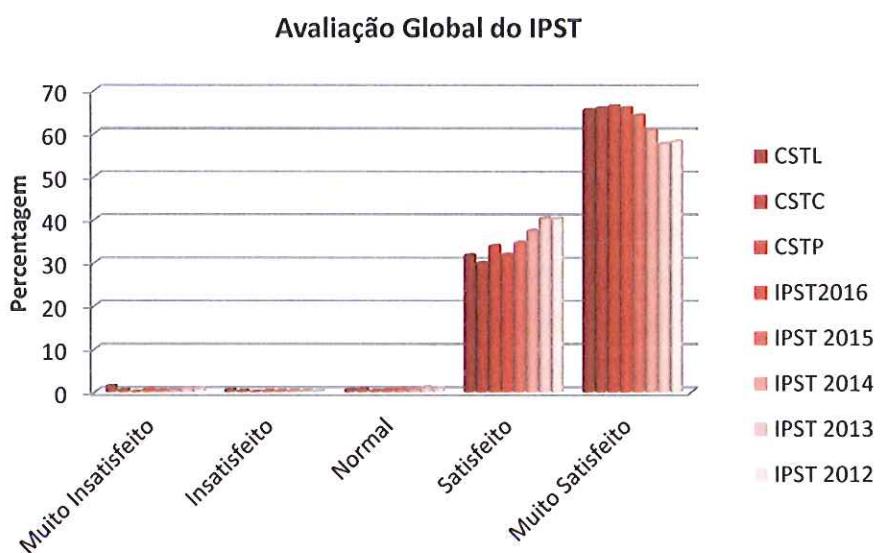
Gráfico 37 - Satisfação com horário de funcionamento das sessões de colheita



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 93,51%, com uma variação de 3% entre os CST, mantendo um valor ligeiramente inferior aos dos anos anteriores (2015 94,4%; 2014 96%).

Como se pode verificar no gráfico seguinte, a análise dos dados de satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST é superior a 97,6%.

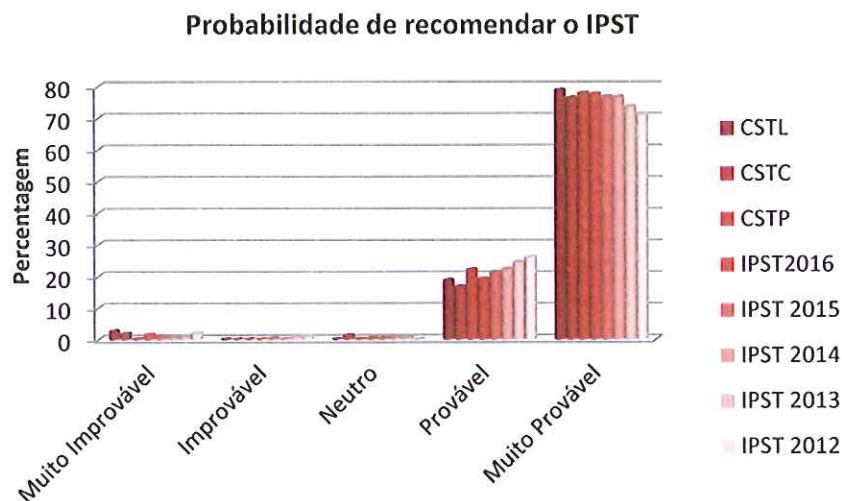
Gráfico 38 - Satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea do IPST, IP



Se compararmos os três Centros de Sangue e Transplantação entre si, podemos constatar que não existem diferenças significativas entre os valores obtidos em cada um deles, assim como em relação a satisfação global média dos dadores de sangue e candidatos a dadores de medula óssea nos anos anteriores de 98,75 em 2015, 98,2% em 2014, 97,8% em 2013 e de 98,3 em 2012.

Ao analisarmos o gráfico seguinte, com as respostas dos inquiridos sobre a probabilidade dos dadores ou candidatos a dadores recomendarem o IPST a outras pessoas enquanto Centro de Colheita, verificamos que é provável que 96,7% dos dadores recomendem o IPST para efetuar a dádiva dos quais 77,61% (76,72% em 2015, 76,6% em 2014) afirmam ser muito provável efetuar essa recomendação. Valores de 2016, sobreponíveis em relação ao ano 2015 com 98,04%.

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



10.3. Avaliação Da Satisfação Dos Promotores Da Sessão De Colheita

No ano de 2016 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.82.11.1) 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 1302 questionários respondidos havendo uma taxa de resposta de 22,2% de um total de 5073 (5638 em 2015) sessões móveis de colheita de sangue e registo de candidatos a dador de medula óssea.

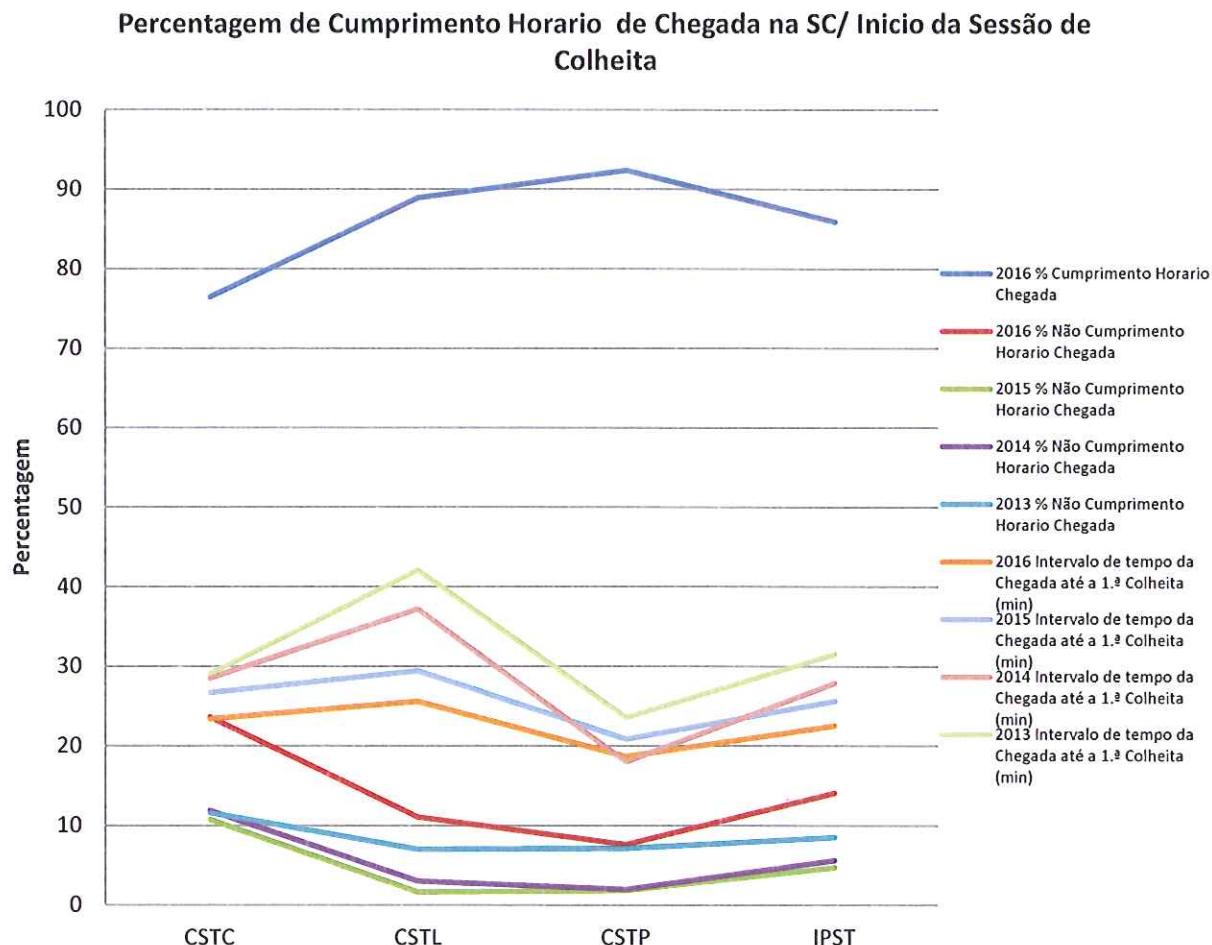
Gráfico 40 - Avaliação do cumprimento de horários



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 apresenta uma média de 85,9% (95,2% em 2015) em que cumpre os horários previstos de chegada aos locais das sessões móveis de colheita de sangue. Verificamos que 85,9% das equipas chegaram aos locais da sessão de colheita antes ou à hora prevista (CSTP= 92,4%, CSTL= 88,9% e CSTC= 76,4%) sendo que cerca de 14,1% chegaram depois da hora prevista de chegada (4,8% em 2015, 5,6% em 2014 e 8,6% em 2013).

Ao analisarmos os períodos de tempo de chegada dos 14,1% que chegaram ao local depois da hora prevista para a SC, verificamos que as equipas chegaram em média cerca de 18,4 minutos depois da hora, (19,2 minutos em 2015, 7,3 minutos em 2014 e 18,5 minutos em 2013) visível no gráfico seguinte. Verificamos uma manutenção do tempo médio em que o IPST chegou atrasado ao longo dos últimos anos, com um aumento da percentagem no atraso na chegada às sessões de colheita.

Gráfico 41 - Avaliação do cumprimento Horários de Chegada e início da atividade de colheita

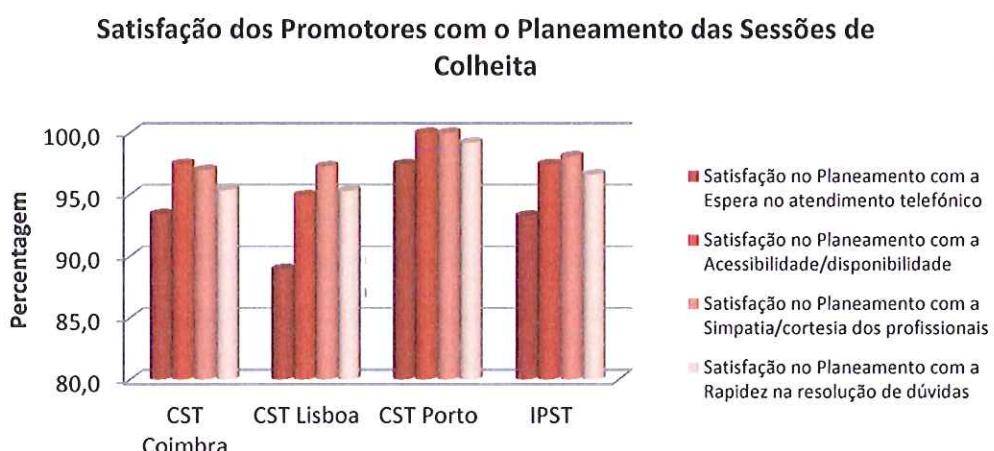


Quando analisamos o tempo decorrido desde a hora de chegada da equipa ao local de realização da SC até ao início da primeira colheita, as equipas precisam de cerca de 20 a 30 minutos para preparar todo o equipamento necessário à realização da sessão de colheita, verificamos um decréscimo e uma aproximação significativa entre o CSTL com 25,6 minutos (29,4 minutos em 2015, 37,2 minutos em 2014 e 42,1 minutos em 2013), com o CSTC com 23,4 minutos (26,7 minutos em 2015, 28,5 minutos em 2014 e 29,1 minutos em 2013) e com o CSTP com 18,7 minutos (20,8 minutos em 2015, 18,0 minutos em 2014 e 23,6 minutos em 2013). Embora todos os CST tenham diminuído o intervalo de tempo médio entre a chegada da equipa ao local de colheita e a 1.ª colheita, é pertinente que este indicador seja analisado individualmente uma vez que existe uma multiplicidade de fatores inerentes à especificidade de cada CST.

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: >89% estão satisfeitos ou muito satisfeitos em todos em todos os parâmetros em avaliação para os CST, o IPST apresenta uma satisfação global superior a 95% (mantido em relação a 2015 e 2014) como se pode verificar no gráfico seguinte. Com a exceção da “Espera no atendimento telefónico” que se afastaram da média deve ser avaliada individualmente por cada CST e reportado a tomada de ações ao IPST. A análise destes casos permite avaliar oportunidades de melhoria nos nossos serviços.

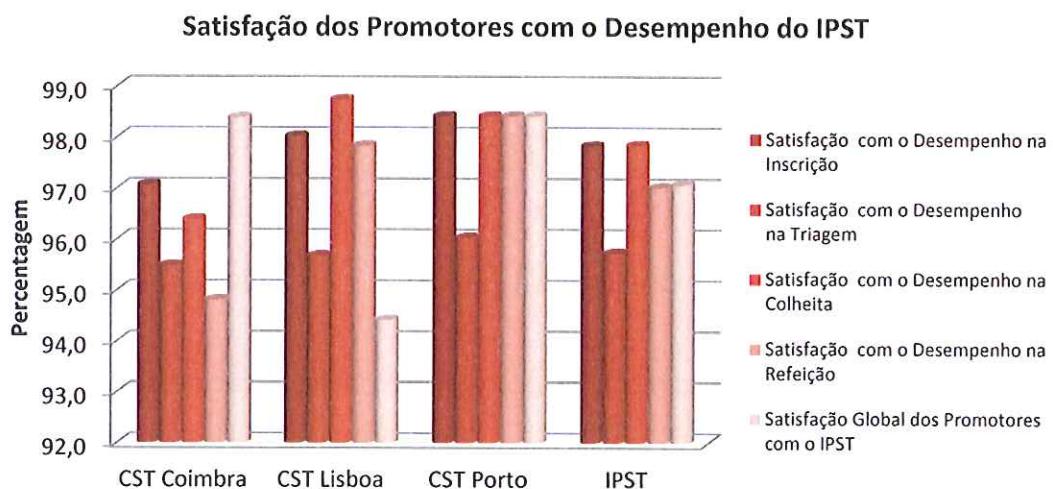
A análise individual de cada índice em avaliação mostra-nos que o índice que foi menos conseguido embora elevado para os 3 centros reporta-se ao atendimento telefónico superior a 89% em todos os CST (90,5% em 2015 e 90,8% em 2014) como se pode verificar no gráfico seguinte. Assistimos a uma melhoria na satisfação global média em relação com a acessibilidade e disponibilidades dos profissionais na área do planeamento das SC com 97,5% (96,4% em 2015 e 93,1% em 2014). Constatamos uma manutenção da satisfação em relação com a Simpatia/Cortesia com 98,1% (97,1% em 2015 e 97,3 em 2014) e com a rapidez na resolução de dúvidas com 96,6% (96,2% em 2015 e 97,2% em 2014).

Gráfico 42 - Índices de satisfação dos promotores com o Planeamento



Da análise da avaliação da satisfação com o desempenho dos profissionais do IPST 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, superior a 96% em todos os itens em avaliação (95% em 2015 e 90% em 2014).

Gráfico 43 - Índices de satisfação dos promotores com o desempenho do IPST



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 94,8% (93,4% em 2015 e 92,4% em 2014), como se pode verificar no gráfico anterior.

Quando analisamos o desempenho de cada um dos itens verificamos uma melhoria significativa: a satisfação com o desempenho na inscrição apresenta-se com 97,8% (98,5% em 2015 e 94,3% em 2014), a avaliação satisfação com a triagem foi de 95,7% (96,2% em 2015 e 92,4% em 2014), a satisfação com o desempenho na área da colheita foi de 97,8% (97,8% em 2015 e 96,6% em 2014) e na refeição de 97,0% (97,0% em 2015 e 94,8% em 2014), 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)

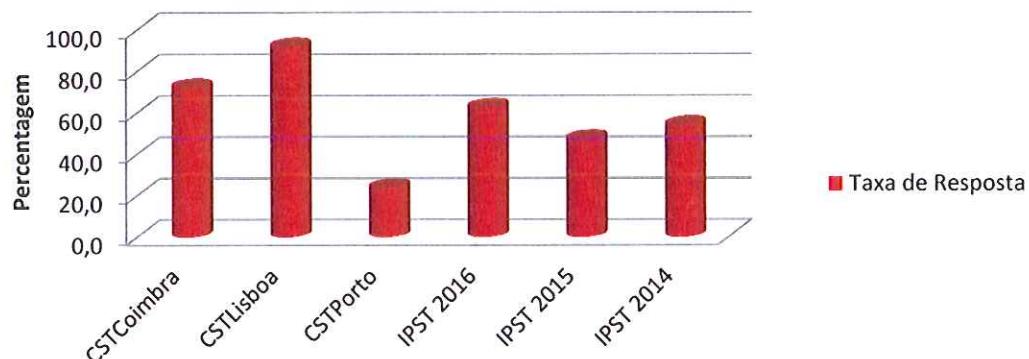
Em 2016 foi mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação de clientes externos iniciada em 2012, com manutenção do questionário “online”. Esta metodologia é comum à área do sangue e transplantação. O questionário foi enviado em janeiro de 2016, via correio eletrónico para todos os clientes externos do IPST.

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

Mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação de clientes externos de componentes sanguíneos; componentes sanguíneos e relatórios de resultados de análises e relatórios de resultados de análises. Em 2016 procedeu-se ao envio do questionário “online” a 133 clientes com uma taxa de resposta ao questionário de 62,6% (47,3% em 2015 e 54,5% em 2014).

Gráfico 44 - Taxa de resposta ao questionário da área sangue

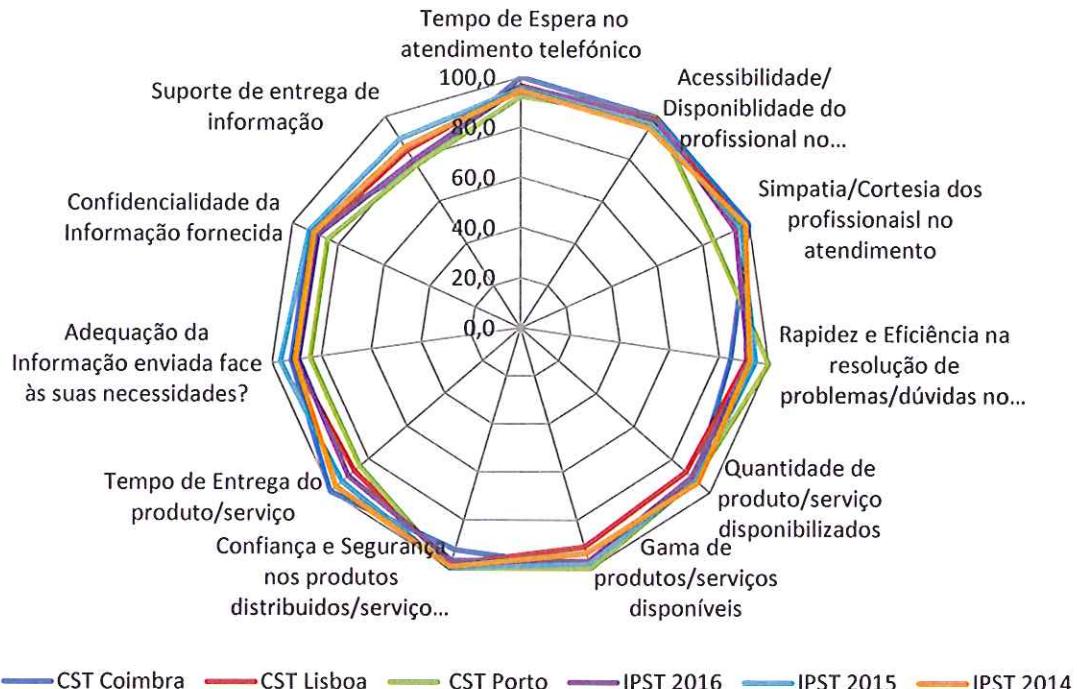
Taxa de Resposta de Clientes Externos - Área do sangue



Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos como se verifica no gráfico seguinte, verificamos que esta é globalmente elevada com 92,2% (95,2% em 2015 e 94% em 2014) como se pode verificar no gráfico seguinte, em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 45 - Satisfação global média dos clientes externos da área do sangue

Nível de Satisfação do Cliente na Área do Sangue relativo a:



Podemos verificar que a satisfação de clientes relativo ao:

- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 96,2% (95,4% em 2015 e 94,6% em 2014);
- À acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 99,4% (96,7%em 2015 e 94,8% em 2014);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 94,3% (96,7%em 2015 e 98,6% em 2014);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 91,9% (94,7% em 2015 e 92,4% em 2014);
- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 90,7% (92,7%em 2015 e 93,9% em 2014);
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 97,0% (98,0% em 2015 e 93,7% em 2014);
- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 97,0% (100%em 2015 e 99,3% em 2014);

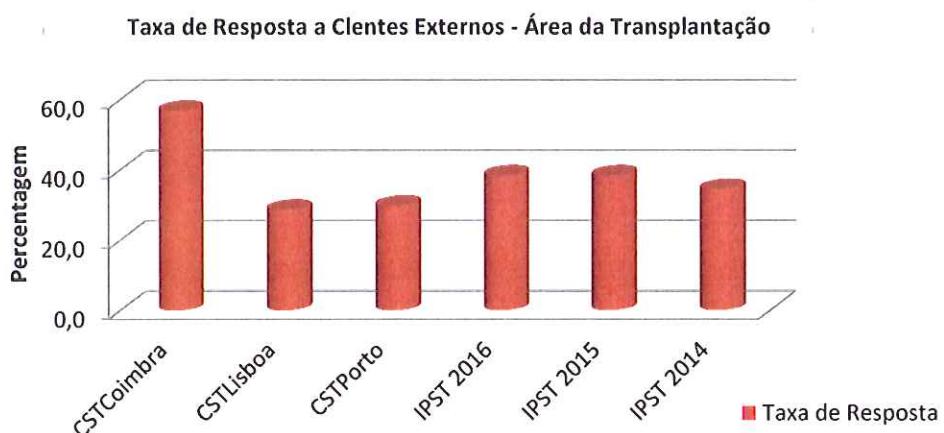
- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 96,8% (94,1% em 2015 e 97,1% em 2014);
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 90,7% (96,7% em 2015 e 90,8% em 2014);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 89,3% (92,7% em 2015 e 90,8% em 2014);
- No suporte de entrega de informação foi de 79,3% (89,4% em 2015 e 85,6% em 2014).

Os itens menos valorizados pelo cliente prendem-se com o suporte de informação disponibilizada, com a confidencialidade da informação fornecida, com a quantidade de produto/serviço disponibilizados e com o tempo de entrega do produto/serviço.

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

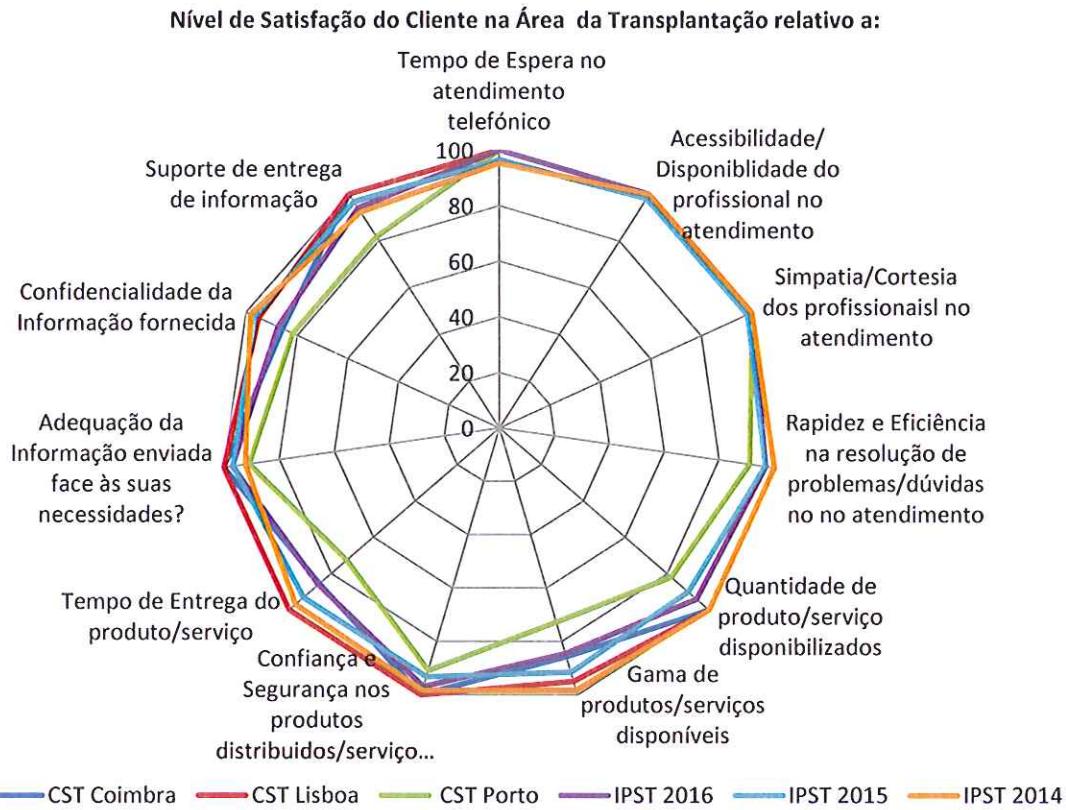
Durante 2016 foi mantida a metodologia única nos três CST de avaliação da satisfação com recurso a questionário “online” para clientes externos na área da transplantação, de relatórios de resultados analíticos, de centros de hemodialise, de clínicos, de serviço/unidade de aplicação de tecidos, de unidades de CEPH e gabinetes de coordenação de colheita. Foram enviados questionários a 114 clientes com uma taxa de resposta ao questionário de 38,4% (44,5% em 2015 e 34,4% em 2014).

Gráfico 46 - Taxa de resposta ao questionário da área transplantação



Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes externos, podemos verificar no gráfico seguinte que esta é globalmente elevada é de 94,3% (97,4% em 2015), em todos os parâmetros em avaliação.

Gráfico 47 - Satisfação global média dos clientes externos da área da transplantação



Podemos verificar que a satisfação de clientes relativo ao:

- Tempo de espera no atendimento telefónico foi de 100% (96,4% em 2015 e 95% em 2014);
- A acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento é de 100% (98,1% em 2015 e 100% em 2014);
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 100% (98,1% em 2015 e 100% em 2014);
- Na rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento foi de 97,0% (96,7% em 2015 e 100% em 2014);

- Na quantidade de produto/serviço disponibilizados foi de 93,9% (90,0% em 2015 e 100% em 2014);
- Na gama de produtos/serviços disponíveis foi de 84,5% (91,6% em 2015 e 98% em 2014);
- Na confiança e segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado foi de 97,0% (93,3% em 2015 e 98% em 2014);
- No tempo de entrega do produto/serviço foi de 86,1% (93,3% em 2015 e 97% em 2014);
- Na adequação da informação enviada face às suas necessidades foi de 97,0% (96,2% em 2015 e 92% em 2014);
- Na confidencialidade da informação fornecida foi de 87,5% (96,7% em 2015 e 98% em 2014);
- No suporte de entrega de informação foi de 93,9% (96,7% em 2015 e 92% em 2014).

Dos itens menos valorizados pelo cliente prendem-se especialmente com gama de produtos/serviços disponíveis, com o tempo de entrega do produto/serviço e com a confidencialidade da informação fornecida.

10.4.3. Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE

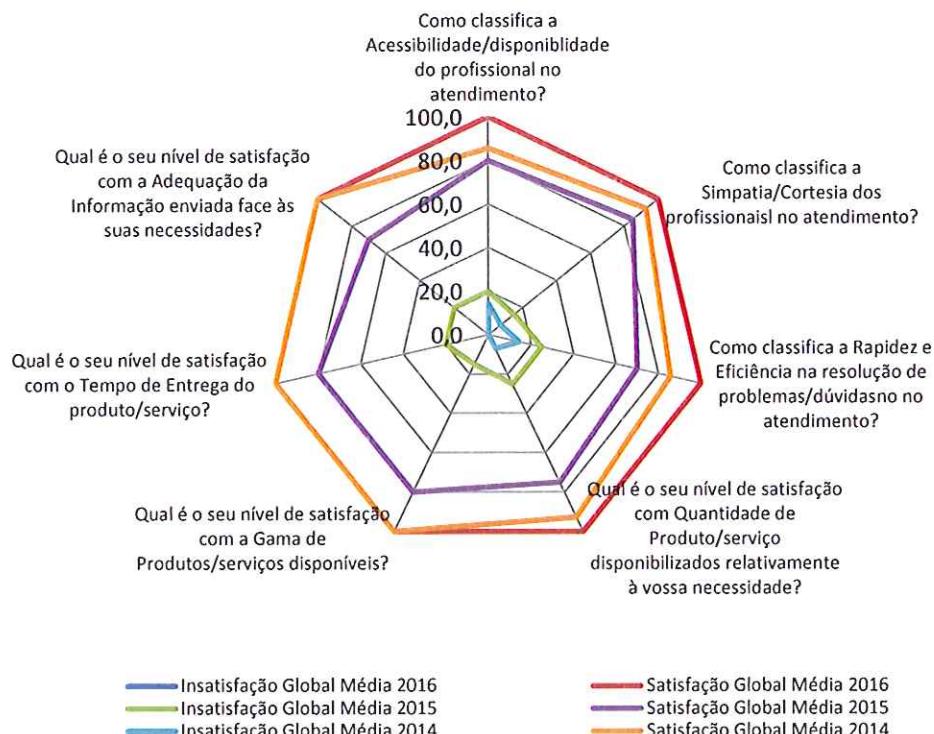
No ano de 2016 foi mantida a metodologia de avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE iniciada em 2014. A metodologia implementada consistiu na aplicação do questionário de satisfação de clientes externos do IPST, em formato “online”, em língua inglesa, com as adaptações necessárias. O questionário foi enviado em inicio do mês de abril 2017, via correio eletrónico para todos os clientes internacionais que estabeleceram contacto com o CEDACE dos quais responderam 9, perfazendo uma taxa de resposta ao questionário de 20% (40% em 2015 e 28% em 2014).

Quando avaliamos a satisfação global média dos clientes internacionais podemos verificar que esta é globalmente elevada com 100% em todos os parâmetros em avaliação. No entanto, em 2016, observamos um aumento significativo em relação ao ano anterior. Em 2014 e 2015 foi obtida uma avaliação da satisfação global média de 92,9% e 80% respetivamente, como se pode verificar no gráfico seguinte. Da análise de causas

concluímos que a redução de respostas ao questionário nesta área de 50% (20 passou a 9 respostas) em 2016 a avaliação das causas foca-se nos indivíduos que referem estar algo satisfeitos.

Gráfico 48 - Avaliação da satisfação dos clientes internacionais do CEDACE

Nível de satisfação dos Clientes Internacionais do CEDACE



Podemos verificar que a satisfação de clientes internacionais relativo à:

- Acessibilidade/disponibilidade do profissional no atendimento, é de 100% (80,0% em 2015 e 85,7% em 2014).
- Simpatia/cortesia dos profissionais no atendimento é de 100% (85,0% em 2015 e 92,9% em 2014).
- Rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento é de 100% (70,0% em 2015 e 85,7% em 2014).
- Quantidade de produto/serviço disponibilizados relativamente à necessidade do cliente é de 100% (75,0% em 2015 e 92,9% em 2014).
- Gama de produtos/serviços disponíveis é de 100% (80% em 2015 e 100% em 2014).
- Ao tempo de entrega do produto/serviço é de 100% (80% em 2015 e 100% em 2014).

- Adequação da informação enviada face às suas necessidades é de 100% (70% em 2015 e 100% em 2014).

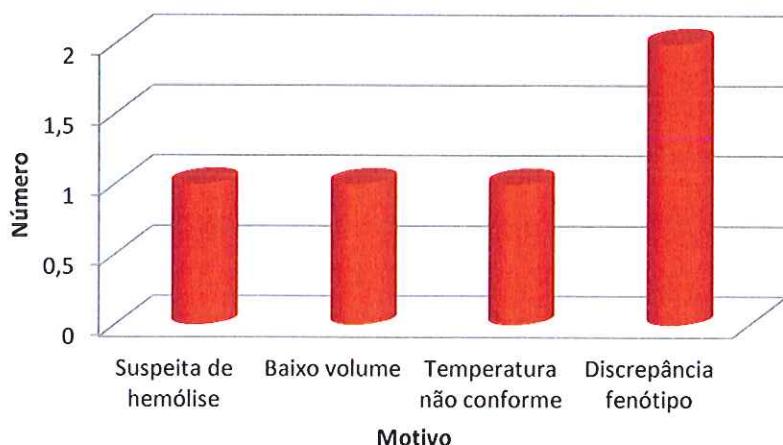
Os pontos menos valorizados pelo cliente prendem-se especialmente com a rapidez e eficiência na resolução de problemas/dúvidas no atendimento e com a adequação da informação enviada face às suas necessidades.

10.5. Reclamações

O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 56 reclamações (48 em 2015, 35 em 2014 e 45 em 2013) 5 reclamações por parte dos clientes externos (clientes de componentes sanguíneos) 51 reclamações por parte de dadores de sangue no gráfico seguinte podemos observar a classificação das reclamações por parte dos clientes de componentes sanguíneos.

Gráfico 49 - Classificação das reclamações I

Classificação das Reclamações dos Clientes de Componentes Sanguíneos

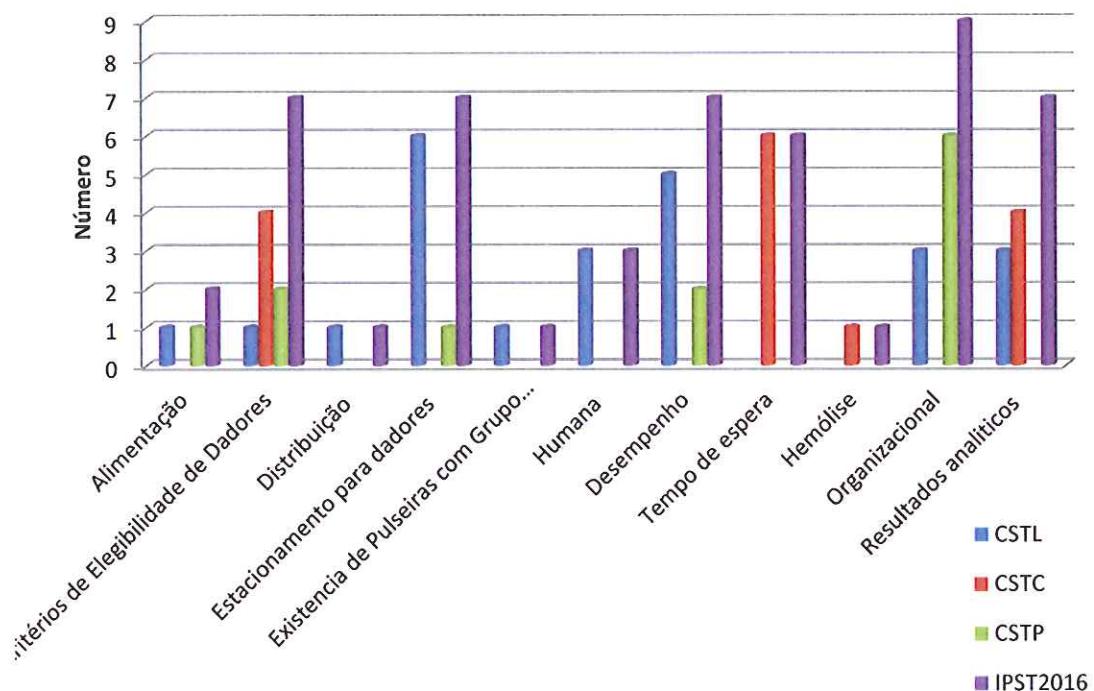


Da análise das reclamações dos clientes de componentes sanguíneos, verificamos que existem várias causas que geram maior número de reclamações, com maior representatividade surge o número de devoluções em 2016 por suspeita de discrepância de fenótipo. O Gabinete de Gestão da Qualidade registou 5 reclamações por parte de clientes externos na área do sangue, da análise verificamos que 2 são por discrepância de fenótipo

1 por suspeita de hemólise, 1 por baixo volume, 1 por temperatura de transporte não conforme, foi efetuada análise de causas, efetuada correção e implementadas medidas corretivas, pelo que o objetivo foi atingido para este parâmetro.

Gráfico 50 - Classificação das reclamações II

Reclamações IPST 2016



Da análise das reclamações verificamos existirem várias motivações que geram um maior número de reclamações por parte dos dadores de sangue, com maior representatividade temos o tempo de espera/organização, a aplicação dos critérios de elegibilidade de dadores de sangue, a falta de estacionamento próximo dos locais de colheita, o desempenho das equipas.

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 2016: Fornecedor qualificado terá de ter um valor igual ou superior a 75%.

Discussão: Em 2016 foi mantida metodologia de avaliação de fornecedores, segundo os requisitos da norma NP:EN:ISO 9001:2008, 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 2016.

Tabela 5 - Avaliação de fornecedores (2016)

Nome Fornecedor	Qualificação	Nome Fornecedor	Qualificação
2ES Engenharia Electromecânica	100	Biomérieux Portugal Ida	75
3H Comunicação & Marketing, Ld	100	BIOPORTUGAL-Químico, Farmaceut	100
ABBOTT Laboratórios, Lda.	75	BIO-RAD LABORATORIES, Lda.	100
ADVANCED PRODUCTS PORTUGAL, Ld	100	BMVIV, Lda	100
AEMITEQ-Associação para a Inov	100	BURÓTICA-Soc. de Estudos e Equ	100
AIR LIQUIDE MEDICINAL, SA	75	CAMARA MUNICIPAL COIMBRA	100
ALBINO DIAS ANDRADE, Lda.	100	CARAVELA-Companhia de Seguros,	100
ALFAGENE-Novas Tecn. das Cienc	100	CASA BASTAO	100
ALTRONIX-SIST. ELECTRON. LDA	100	CERTIFILTRA-Manut. Ar Condicio	100
Ambimed - Gestão Ambiental, Ld	100	CERTILAB-Serviços Assist. Téc.	100
AMERICAN APPRAISAL	100	Charuben-Consultadoria Informá	100
Anastácio Saldanha	100	CIFIAL, S.A.	100
ANTCIMEX-Soc. Desinfecção e D	100	CISION PORTUGAL, S.A.	100
ANTÓNIO TRINDADE-Serviços de E	100	CITOMED-Equip. e Reagentes Lab	100
APCER-Associação Portuguesa de	100	CLIMÁBITUS-Manutenção e Climat	100
APDIS	100	COMANSEGUR-Segurança Privada,	100
APQ-Associação Portuguesa para	100	COMERCIAL RAFER, S.L. (SUCURSA	75
ARLINDO MOTA & VITORINO (ESTOR	100	CONCESSUS-Soc. Apetrechamento	100
ARS Plus-António Revez da Silv	100	COPIDATA, S.A.	100
ARTUR JORGE LAGINHA PARAISO	100	Cristiana Alexandra Ferreira M	100
AUTO DIESEL-Progresso de Alenq	100	CTEL	100
B. BRAUN Medical, La	100	CYBERGAL-Gestão, Informática e	100
B2S-Sistemas de Informação, Ld	100	D&D-Desentupimentos e Desinf.,	100
BAPTISTA MARQUES-Diagnóstica e	100	DATA LABEL PORTUGAL, Lda.	100
BARRAQUEIRO TRANSPORTES, S.A.	100	DESMIWATER PORTUGAL-Soc. Trat.	100
Bastos Viegas, S.A.	100	DGCI	100
BD - Becton Dickinson, S.A.	75	DIAGNOSTICA LONGWOOD, SL - Suc	100
BECKMAN COULTER PORTUGAL, Unip	100	DIAMANTINO RUI DA SILVA CABANA	100
BELTRÃO COELHO-Sistemas de Esc	100	DOMÓTICA SGTA, GESTÃO TEC. E A	100
BIOCANT-Centro de Inovação em	100	DUALINFOR-Formação e Serviços	100

Nome Fornecedor	Qualificação	Nome Fornecedor	Qualificação
EDQM-European Directorate Qual	100	IBERLIM-Sociedade Técnica de L	100
ELECTRO-ALEGRE, Lda.	100	IBEROBUS-Transp. Passag. Autoc	100
ELECTRO-REFRIGERAÇÃO VALENTIM,	100	IIG, Sociedade Unipessoal, Lda	100
EMBALCER-Equip. e Materiais de	100	IMMUCOR Portugal-Diagnósticos	75
EMILIO DE AZEVEDO CAMPOS, S.A.	75	Imprensa Nacional Casa da Moed	100
ENKROTT-Gestão e Tratamento de	100	INEM	100
ENTRADA PRINCIPAL-Construções,	100	INFOCONTROL-Electrónica e Auto	100
ENZIFARMA-Diagnóstica e Farmac	75	INTERFACE-Equipamento e Técnic	100
EPJMEDICA, LDA	100	INTERLÂMPADAS-Com. Internacion	100
ESPECTRO, LDA.	100	INTERLIMPE-Facility Services,	100
Eugénio Pereira, Lda	100	IPQ-Instituto Português da Qua	100
EUREST (PORTUGAL)-Sociedade Eu	100	ISETE - Inovação, soluções eco	100
EUROCASMÉDICA-Produtos Hospita	100	ISQ - Instituto de Soldadura e	100
EUROTUX Informática, SA	100	ITISE-Equip. Téc. de Precisão	100
EXITUS, SOLUÇÕES TECNOLÓGICAS,	100	J.Tição - Instalações Tec. Esp	100
EXTINTEL-Segurança Contra Incê	100	JET COOLER (FONTE VIVA), S.A.	100
EZEQUIEL PANÃO JORGE, Lda.	100	JOÃO CIPRIANO & ASSOCIADOS, SR	100
F3M-Information Systems, S.A.	100	Johnson & Johnson, Lda	75
FARCOL- Proteção industrial, L	100	Jorge Soares Etiquetas	100
FARDIFOGO-VEST.EQUIP.PROTEC.	100	JOVEFIJAR-Sociedade de Jardina	100
FCT-Fundação para a Ciência e	100	JUSTPLAN-Engenharia e Serviços	100
Filipa Alexandra Martins Rodri	100	KAMEDICAL, Lda.	100
FISHER SCIENTIFIC, Unipessoal,	100	KNOWIT-SOL.FORM. TECNOLIGIA,SA	100
FRESENIUS KABI PHARMA Portugal	100	KONE PORTUGAL Elevadores, Lda.	100
FRILABO II, LDA.	100	KONICA MINOLTA PORTUGAL, Unipe	100
FUNDAÇÃO CENTRO CULTURAL DE BE	100	LABLAD, Lda.	100
Futurlab Material de Laboratório	75	LABOCONTROLE-Equip. Cientif. e	100
GALP POWER, S.A.	100	LACTOGAL-PROD.ALIMENTARES	100
GALP-Petroleos de Portugal, S.	100	LCPOWER - LUÍS CARNEIRO, SOLUÇ	100
GARAL-Gabinete Técnico Comerci	100	LEASE PLAN PORTUGAL-Comércio e	100
Gasin II - Gases Industriais,	100	LEICA MICROSISTEMAS-Inst. de P	100
GLOBAL 2 - Segurança Total, Ld	100	LEMIS-SOC.IND.MOV.ESTR.LDA	100
GLOBAL NOTÍCIAS PUBLICAÇÕES, S	100	Leonor Simões Henriques Gil	100
GLOBLEC-Com. Mat. Electricos,	100	LEXMARK-INTERN.PORTUGAL,LDA	100
GRIFOLS PORTUGAL-Produtos Farm	100	LIFE TECHNOLOGIES EUROPE B.V.	100
GRUPO TAPER-Equip. de Precisão	100	LINDE SOGÁS, Lda.	100
GUNNEBO PORTUGAL, S.A.	100	LUIS CARVALHO NEVES & ASSOCIAD	100
HANNA INSTRUMENTS (PORTUGAL),	100	LUSOPALEX, LDA	100
HEMOVISION, Lda	100	Lyreco Portugal, SA	100
HORIBA ABX SAS - SUCURSAL PORT	100	MEDICALCONSULT, Sociedade Unip	100
I.L.C. Serviços, Lda.	100	MEDICINÁLIA-CORMÉDICA, Lda.	100
I.L.C.-Inst. de Laboratório e	100	MEO-SERVIÇOS DE COMUNICAÇÕES E	100
IBERLAB & IMUNOREAGE-Soluções	100	Metalúrgica do Levira, SA	100

Nome Fornecedor	Qualificação	Nome Fornecedor	Qualificação
METEORO-Sociedade Técnica Meta	100	ROCHE - Sistemas de Diagnóstic	100
Miele	100	RODOVIÁRIA DA BEIRA LITORAL, S	100
MOLLITIA-Com. Prod. Médicos Fa	100	RUPAUTO, Automóveis de Aluguer	100
Montisantos, Lda	100	SAFEBOX - GESTÃO CUSTODIA ARQU	100
MUNDISAN-Papeis e Produtos de	100	SAFETY ÁGUEDA-Materiais de Inc	100
N VENDING LDA	100	SARAGOÇA DA MATTA & SILVEIRO D	100
Neo Frank-Equipamentos e Servi	100	SARSTEDT-Tecnologia de Laborat	100
NESTLÉ WATERS DIRECT PORTUGAL,	100	SAUTER IBÉRICA, SA (Sucursal e	100
NORMAX-Fab. Vidros Científicos	100	SCHNEIDER ELECTRIC PORTUGAL, L	100
OHMTÉCNICA-Representação de Ma	100	Seabra Serviço Unipessoal, Lda	100
OLMAR-Artigos de Papelaria, Ld	100	SIEMENS HEALTHCARE DIAGNOSTICS	100
OMNILABOR, Lda.	100	Sigma	75
ONITELECOM-Infocomunicações, S	100	SINASE-REC.HUM.EST.E DES.EMPR.	100
OTIS Elevadores, Lda.	100	SINTIMEX-Soc. Int. Import. e E	100
OVERPHARMA-Produtos Médicos e	100	SPACE-Equipamentos Médicos, Ld	100
OXVITAL, Lda.	100	STANLEY SECURITY PORTUGAL, Uni	100
P.M.H.-PROD.MEDICO HOSPITAL.SA	100	STAPLES OFFICE CENTRE	100
Paul Hartmann, Lda	75	STEMCELL TECHNOLOGIES, SARL	100
PINTO & CRUZ-Elevadores e Inst	100	STERYL-SER, Unipessoal, Lda.	75
PINTO & CRUZ-Instalações e Man	100	STET-Sociedade Técnica de Equi	100
PINTO & CRUZ-Motores e Equipam	100	SUCH-Serviço de Utilização Com	100
POLIMONTA, Lda.	100	SUPPLYLAB, LDA	100
PRAXAIR PORTUGAL-Gases, S.A.	75	TERMOPOR-Indústrias Térmicas d	100
Prestibel	100	TOYOTA CAETANO PORTUGAL, S.A.	100
PROHS-Equip. Hospitalar e Serv	100	TRADELAVOR-Importação e Export	100
PROSEGUR-Companhia de Seguranç	100	TRIAMBIENTE-Serviços Ambientai	100
PSAPLAST-Plásticos de Santo An	100	TRIPOLO-SOL.ESCRIT.ARMLDA	100
PT ACS-Associação de Cuidados	100	UCLA - Immunogenetics Center	100
PVL - Produtos para Laboratório	100	VACUETTE PORTUGAL, S.A.	75
QUADRICARD, Lda.	100	VELINDRE NHS TRUST GENERAL-VEL	100
Quidgest	100	VEOLIA PORTUGAL, S.A.	100
QUILABAN-Química Laboratorial	75	VIDROLAB 2-Equip., Mat. Lab. A	100
RANGEL EXPRESSO, S.A.	100	Vigilarme-Sistemas de Segurãç	100
Reagente 5 - Química e Electró	100	VODAFONE PORTUGAL-Comunicações	100
REINALDO FERNANDES HIGINO, Uni	100	VWR International-Material de	75
RELVASOL-Construção e Manutenç	100	WERFEN PORTUGAL, Lda.	75
RENASCIMENTO-Gestão e Reciclag	100	WORKSTATION-SOLUCOES GRAFICAS,	100
REXEL-Distribuição Material El	100	ZM Way, Lda	100
RICOH PORTUGAL, Unipessoal, Ld	100		

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). O sistema de gestão da qualidade corrente reuniu os sistemas em vigor antes da fusão do Instituto Português do Sangue, Centros de Histocompatibilidade e Serviço de Imunohemoterapia do Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres. Existem contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, quer a nível central, quer local:

- Nos Serviços Centrais (SC) são realizadas reuniões periódicas ou extraordinárias de acompanhamento e supervisão utilizando “dashboard” sendo registadas em relatório;
- Nos Centros de Sangue e Transplantação CST são realizadas com todos os dirigentes e gestores de processo, reuniões mensais 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

Em todos os instrumentos de gestão, O IPST definiu missão, visão e valores para regerem o serviço (Planos Estratégicos e Planos de Atividades), assim como assumiu uma política de formação do pessoal para garantir a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas, materializada no Plano de Formação Anual.

Foram definidos e estabelecidos os contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, cujas decisões são lavradas em ata devidamente datada.

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

São enviados relatórios anuais SIADAP 2 e 3 para a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde onde constam os dados relativos ao universo de trabalhadores passíveis de avaliação.

As “atividades e procedimentos de controlo administrativo implementados no serviço” contemplam manuais de procedimentos internos, estando todos os procedimentos documentados organizados por processos ou metodologias de suporte. A competência para autorização da despesa está definida e formalizada pela delegação de competências do

Conselho Diretivo e delegação de competências do Diretor do DPGPF. Anualmente é elaborado um plano de compras e aprovado pelo Conselho Diretivo.

As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão definidas e formalizadas em registos. Uma mesma função poderá reunir várias carreiras, tal como acontece com a função "Operador de Laboratório Clínico". Os fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e padrões de qualidade mínimos estão definidos no documento MQ.1.1.9 "Manual da Qualidade", estando os circuitos dos documentos definidos de forma a evitar redundâncias no MS.42.1.6 "Controlo Documental e de Registos". O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas, aprovado em Outubro de 2014 (PO.51.2.1.), sendo executado e monitorizado.

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

- a) Manter o número de auditores internos no âmbito da ISO 9001 durante 2016;
- b) Implementar uma auditoria piloto ao controlo interno da administração pública;
- c) O planeamento das atividades anuais resultar do desdobramento de resultados e a monitorização, da agregação de resultados. Tal pode ser verificado em relatórios mensais de revisão pela gestão. O Conselho Diretivo acedeu aos desempenhos da Unidades Orgânicas com base no preenchimento dos formulários de desempenho, disponibilizados para o efeito;
- d) Dar continuidade ao sistema de monitorização através de "dashboards" e relatórios mensais;
- 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) 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)

O sistema de controlo interno (SCI) foi avaliado com base nas respostas no registo "Avaliação dos Serviços - Linhas de Orientação Gerais". O "ambiente de trabalho" tem definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno sendo efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão.

As equipas de controlo e auditora integram profissionais com habilitação necessária para o exercício da função, nomeadamente formação em auditorias, treino como observadores de auditorias, sendo todos os candidatos a auditores avaliados. Em 2016 o IPST 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.

11.2.1. Controlo através das auditorias internas

A verificação da conformidade do SGQ é verificada internamente através da realização de auditorias independentes, onde as equipas auditadoras não são constituídas por auditores do Centro a auditar. O programa de auditorias internas abrangeu toda a abordagem por processos e metodologias de suporte, resultando um relatório com não conformidades e oportunidade de melhoria, se relatadas, e com 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.

11.2.2. Controlo através das auditorias externas

O IPST foi objeto de ações 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 infeciosos, 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 14 a 15 de julho de 2016 pela APCER, referenciada internamente como 2016/6, sumariza-a: "O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST), tem implementado um sistema de gestão da qualidade (SGQ) que cumpre, na generalidade os requisitos da norma de referência. Continua a realçar o compromisso do Conselho Diretivo (CD) nomeadamente providenciando atempadamente os meios humanos e materiais necessários à manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e à sua melhoria contínua, na participação na revisão do sistema e nesta auditoria.

PONTOS FORTES DO SISTEMA:

- Competência técnica demonstrada por todos os colaboradores auditados
- Equipamentos disponíveis
- Competência na área da metrologia o que lhe permite realizar a calibração/ensaio de muitos dos equipamentos existentes nos CST
- Trabalho desenvolvido pelo Gabinete da Qualidade e Gestores da Qualidade dos Centros na manutenção do Sistema de Gestão.
- Relatório de Atividades e monitorização do sistema e seus processos.

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 2016 registaram-se 501 reclamações, estando 450 finalizadas, representando uma taxa de finalização de 89,8%.

De forma genérica o tratamento de reclamações é sistematicamente efetuado, visando a melhoria da satisfação dos clientes do IPST, 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, implementado uma política de formação para assegurar que as matrizes de competência se mantêm adequada às atividades presentes assim como os desafios que surgem no âmbito destas atividades. O planeamento da formação é revisto e autorizado anualmente pelo Conselho Diretivo no Plano de Formação do IPST, IP.

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. Informação complementar a este Capítulo encontra-se neste Relatório de Atividades. A Tabela 6 apresenta a avaliação ao sistema de controlo interno de acordo com o Anexo A “Avaliação dos serviços - Linhas de orientações gerais”, Documento Técnico n.º 1/2010 da Direção Geral da Saúde.

Tabela 6 - Avaliação do sistema de controlo interno do IPST, IP - 2016

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 realizar-se-ão 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. O IPST tem 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.
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 nº 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 52,3% 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 de boas práticas laboratoriais.

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.1.1.9 (com errata de 6 de maio de 2015)
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
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 16 janeiro 2015

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 registo 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 informáticos 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

Indicador: Manutenção da autorização.

Objetivo 2016: 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.

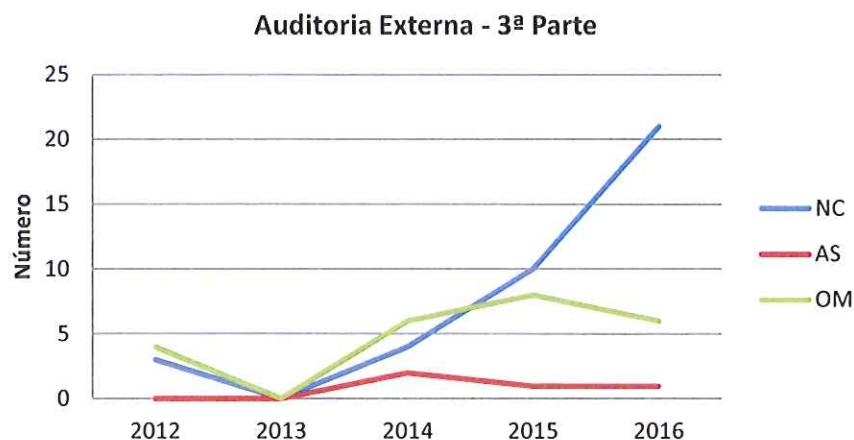
Discussão: Objetivo atingido (nota: houve inspeções pela DGS em dezembro de 2015) com manutenção da autorização de funcionamento.

12.2. Auditoria Externa

Indicador: Plano de auditorias.

Objetivo 2016: Cumprimento do plano de auditorias e acompanhamento e extensão da abordagem de processos de acordo com a NP ISO 9001:2008/Cor 1:2009 pela APCER.

Gráfico 51 - Auditorias Externas¹²

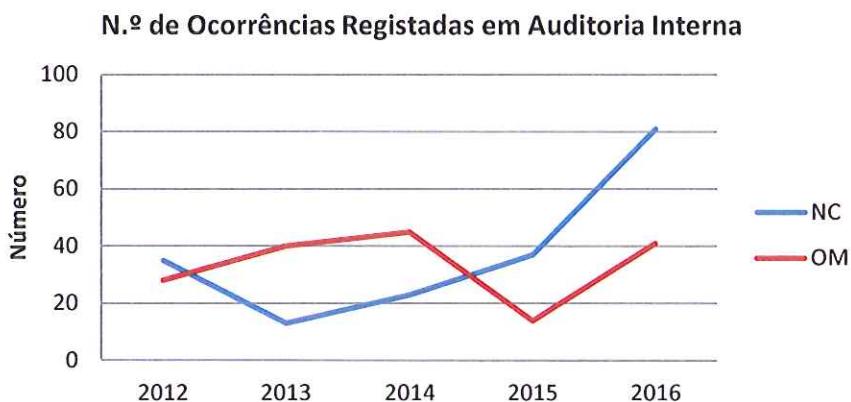


¹² NC – Não Conformidade; OM Oportunidade de melhoria; AS – Área Sensível

Discussão: Plano foi cumprido em 2016, (nota: em 2014 ocorreram duas auditorias de acompanhamento e extensão, em 2013 não ocorreu auditoria dado ter havido mudança significativas na localização de ensaios laboratoriais o que condicionaria a auditoria), o número de não conformidades e oportunidades de melhoria aumentou. Todas as ocorrências relatadas foram alvo de análise de causas, correção e ações corretivas/preventivas com resposta ao auditor, pelo que o objetivo foi atingido.

12.3. Auditorias Internas

Gráfico 52 - Nº Ocorrências - Auditorias Internas



Indicador: Plano de auditorias.

Objetivo 2016: Cumprimento do programa de auditorias

Discussão: Toda a abordagem por processos foi auditada. Nem sempre foi fácil a substituição de auditores por ausência forçada por motivo de doença, o que levou a alteração de datas. O número de não conformidades e oportunidades de melhoria aumentou, o n.º de auditorias internas aumentou em relação ao ano anterior. Todas as ocorrências relatadas foram alvo de análise de causas, correção e/ou ações corretivas/preventivas com seguimento da eficácia das ações empreendidas, pelo que o objetivo foi atingido.

12.4. Estado das Ações Preventivas e Corretivas

Tabela 7 - Distribuição por grupo de causas

Distribuição por grupo de causas	2015		2016		Δ
	N.º	%	N.º	%	
Análise de dádivas x Defeito do produto - Outras	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Outras	3	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Análise de dádivas x Falha de equipamento - Teste de bactériemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Análise de dádivas x Outro - Outras	8	2,4%	1	0,9%	-1,5%
Análise de dádivas x Outro - Teste de bactériemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	4	1,2%	0	0,0%	-1,2%
Armazenamento x falha de equipamento - Desvio importante da temperatura de armazenamento	0	0%	1	0,9%	0,9%
Armazenamento x falha de equipamento - Outras	2	0,6%	0	0,0%	-0,6%
Colheita de sangue total x Erro humano - Outras	9	2,7%	1	0,9%	-1,8%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Condições de transporte inadequadas	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Colheita de sangue total x Falha de equipamento - Outras	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Colheita de sangue total x Outro - Outras	11	3,4%	3	2,7%	-0,7%
Distribuição x Defeito do produto - Outras	12	3,7%	0	0,0%	-3,7%
Distribuição x Defeito do produto - Teste de bactériemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	2	0,6%	0	0,0%	-0,6%
Distribuição x Erro humano - Outras	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Distribuição x Falha de equipamento - Distribuição de componente sanguíneo sujeito a procedimento de chamada, após informação pós-dádiva	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Coordenação	2	0,6%	4	3,5%	2,9%
Humana - Comportamento assente em regras - Lapso	8	2,4%	11	9,7%	7,3%
Humana - Comportamento assente em regras - Monitorização	4	1,2%	6	5,3%	4,1%
Humana - Comportamento assente em regras - Qualificação	0	0%	1	0,9%	0,9%
Humana - Comportamento assente em regras - Verificação	6	1,8%	5	4,4%	2,6%
Humana - Comportamento assente na competência - Desempenho	5	1,5%	7	6,2%	4,7%
Humana - Comportamento assente no conhecimento	4	1,2%	6	5,3%	4,1%

Humana – Externa	14	4,3%	0	0,0%	-4,3%
Materiais x Erro humano - Outras	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Materiais x Falha de equipamento - Outras	1	0,3%	1	0,9%	0,6%
Organizacional - Cultura	4	1,2%	0	0,0%	-1,2%
Organizacional - Externa	23	7,0%	4	3,5%	-3,5%
Organizacional - Prioridades de gestão	28	8,5%	5	4,4%	-4,1%
Organizacional - Protocolos	19	5,8%	5	4,4%	-1,4%
Organizacional - Transferência de conhecimento	5	1,5%	5	4,4%	2,9%
Outra causa	35	10,7%	31	27,4%	16,7%
Outros x Defeito do produto -Outras	17	5,2%	1	0,9%	-4,3%
Outros x Defeito do produto -Teste de bactériemia positivo, tendo o componente sido distribuído pelo serviço de sangue e administrado a um paciente	3	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Processamento x Erro Humano - Outras	3	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Processamento x Falha de equipamento - Outras	11	3,4%	2	1,8%	-1,6%
Processamento x Falha de equipamento - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	4	1,2%	0	0,0%	-1,2%
Processamento x Falha de equipamento - Sangue e processamento de componentes sanguíneos - Falha do equipamento originando produto fora da especificação	3	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Processamento x Outro - Outras	6	0,3%	2	1,8%	1,5%
Processamento x Outro - Procedimento Operação Padronizado desenhado de forma inadequada	56	0,9%	0	0,0%	-0,9%
Processamento x Outro - Utilização de Procedimento Operação Padronizado (SOP) errado (por exemplo, erro na escolha do SOP; SOP obsoleto)	1	0,3%	0	0,0%	-0,3%
Técnica - Concepção - Falhas devido a concepção pobre do equipamento, software, etiquetas ou impressos	2	2,4%	2	1,8%	-0,6%
Técnica - Externa - Falhas técnicas fora do controlo e responsabilidade da organização sob investigação	3	1,2%	3	2,7%	1,5%
Técnica - Fabrico - Projeto que foi construído em áreas inacessíveis ou não foi construído adequadamente	1	0,6%	1	0,9%	0,3%
Técnica - Materiais - Defeitos em materiais que não sejam por falha de concepção ou fabrico	2	2,7%	5	4,4%	1,7%

Tabela 8 - Distribuição por estado das ocorrências

Distribuição por estado das ocorrências	Não conformidades	Oportunidades de melhoria
Não finalizado	23,0%	22,6%
Finalizado	77,0%	77,4%

Objetivo para 2016: 60% +/- 10% de não conformidades finalizadas e 60% +/- 10% de oportunidades de melhoria finalizadas.

Discussão: O objetivo foi atingido 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 resposta à finalização das ocorrências assim como rever o método para unificação de ocorrências sistemáticas.

13. Análise e Medidas de reforço positivo de desempenho

A implementação do QUAR 2016 e das atividades previstas no Plano de Atividades de 2016 permitiu o aprofundamento da política de gestão institucional. O desenvolvimento do planeado não se reduziu a um mero cumprimento legal, permitindo identificar e analisar os aspetos organizacionais e de gestão a merecer maior atenção e investimento em termos de ações de melhoria.

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

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

Ambiente interno	Ajuda Forças	Atrapalha Fraquezas
	Oportunidades	Ameaças
Ambiente externo	Autossuficiência em componentes sanguíneos Banco de Tecidos Certificações e acreditação Satisfação dos dadores e clientes Inovação Formação Desmaterialização (SI ASIS, RPT, LUSOT e BCCU, APPS e webSIG)	Infraestruturas Transportes Tecnologias da informação e comunicação Harmonização de procedimentos Recursos humanos Comunicação Logística da organização dos Armazéns Programa de Auditorias aos Hospitais-Transplantação
	Integração em programas internacionais Interoperabilidade dos SI (ASIS e RPT) Sustentabilidade nacional em plasma inativado e seus derivados Outras certificações e acreditações SIMPLEX 2016 “benchmarking” Transposição de Diretivas Europeias Programa Nacional Literacia em Saúde	Organização da Rede de Serviços de Sangue e da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação Fatores sociais e económicos

Forças:

a) Autossuficiência em componentes sanguíneos

- Existência de estruturas de dados com os registos atualizados, sendo esta estrutura transversal a todas as operações do IPST, IP na área do sangue, desde a colheita, ao registo laboratorial, histórico e dados pessoais do dador;
- Autossuficiência em componentes sanguíneos conseguida nos últimos anos.

b) Banco de Tecidos

- o Único Banco de Tecidos português autorizado para processamento, armazenamento e distribuição nacional e internacional;
- o Aplicações Informáticas para o BT, órgãos e dadores que cobrem todo o território nacional on-line.

c) Certificações e acreditação

- o O sistema de gestão da qualidade está certificado pela APCER de acordo com a NP EN ISO 9001:2008 estando os laboratórios de imunogenética acreditados pela EFI.

d) Satisfação dos dadores e clientes

- o Profundo conhecimento por parte dos profissionais do IPST, IP dos aspetos clínicos, laboratoriais, operacionais e, principalmente populacionais, relacionados com a dádiva;
- o Sistema gestor de colheitas automatizado e com envio de SMS a dadores através de uma interface criada para telemóveis (App Dador);
- o Formas de marketing relacional através do "contact center" da PT e redes sociais;
- o Instalações e equipamentos modernos em Coimbra, Porto e Lisboa;
- o Qualidade dos serviços laboratoriais na área da histocompatibilidade e genética;
- o Registo Português de Dadores de Medula Óssea que se constitui como o segundo maior a nível europeu.

e) Inovação

- o Capacidade de inovação (p/ex.: redução patogénica de componentes plaquetários e plasma).

f) Formação

- o Pessoal qualificado e experiente;
- o Formação disponibilizada a profissionais das áreas do sangue e da transplantação do IPST e para o exterior.

As forças *minor* incluem:

- o Potenciação de sinergias pela unificação das áreas do sangue e da transplantação nos Centros.

Ações de melhoria propostas para manter as forças:

Ver ações no Plano de Atividades de 2017.

Oportunidades:

a) Integração em programas internacionais

- o Acreditação do BPCCU pela Fact-Netcord;
- o Integração no programa Europeu de Doação e Transplantação;
- o Relações internacionais diversificadas e consolidadas.

b) Sustentabilidade nacional em plasma inativado e seus derivados

c) Outras certificações e acreditações

- o Certificação do Banco Público de Células do Cordão Umbilical (BPCCU) em conformidade com as normas de segurança e qualidade nacionais e internacionais;
- o Acreditação dos métodos laboratoriais pela NP EN ISO 15189;
- o Acreditação de métodos de calibração e ensaio pelo NP EN ISO/IEC 17025.

As oportunidades *minor* incluem:

- o Modificar o paradigma da colheita a nível nacional melhorando o controlo do IPST, IP sobre a mesma, tendendo a um melhor ajustamento ao longo do ano na resposta aos pedidos de componentes sanguíneos por parte das entidades com atividade transfusional;
- o Desenvolvimento de uma aplicação WebSIG para a promoção da dádiva. Ao exibir os dados da dádiva de sangue nacional, é possível identificar tendências e relações de dadores e potenciais dadores numa perspetiva espacial. O planeamento da promoção da dádiva será feito com base nesta aplicação permitindo uma gestão de recursos eficaz e eficiente (sessões móveis de colheitas sangue);
- o Posição favorável da comunidade científica;
- o Ligação em rede dos Gabinetes de Coordenação e Colheita de órgãos, Centros de Sangue e Transplantação e Unidades de Transplantação.

Ações de melhoria propostas para manter as oportunidades:

Ver ações nos Planos Estratégicos de 2017 - 2019 e de 2015 - 2024

Fraquezas:

a) Infraestruturas:

- o Distribuição regional dos edifícios onde se encontram sediados os CST feita de forma não programada, encontrando-se os dois maiores edifícios a uma distância de 100 quilómetros e localizados no norte do país;
- o Equipamento para as sessões de colheitas móveis desatualizado, insuficiente e não adaptado à evolução tecnológica.

b) Transporte:

- o Meios de transportes limitados, quer entre Centros, quer das sessões de colheita para os Centros, limitando, por exemplo, o transporte de sangue e amostras de sangue segundo as boas práticas, bem como de profissionais de e para as sessões de colheita.

c) Tecnologias de informação e comunicação:

- o Sistemas de informação não adequados de acordo com a evolução tecnológica, face às necessidades de resultados, integrados em redes internacionais;
- o Obsolescência de servidores e existência de contratos de manutenção em regime de "outsourcing". Inexistência de um sistema de apoio à decisão, com limitação da análise atempada e adequada dos dados disponíveis por falta de consolidação e organização destes e da definição de uma árvore de decisão e planeamento sustentadas;

d) Harmonização de procedimentos:

- o As atividades, principalmente técnicas, ocorrem de forma distinta entre os três Centros, o que é um obstáculo à uniformização dos requisitos, tal como os dos produtos.

e) Recursos humanos

- o Estrutura de recursos humanos/ mapa de pessoal com cumprimento dos requisitos da Lei Orgânica/ Estatutos IPST da CNT;

- Ausência de Recursos Humanos credenciados para o desenvolvimento sustentado de programa de formação externa na área da transplantação;
- Dificuldade de reintegração dos RH em novos planos de trabalho como consequência do plano de reestruturação do IPST.

f) Comunicação

As vias de comunicação são deficitárias, o que compromete o diálogo intra-organizacional aumentando o risco de desperdício e falhas.

As fraquezas *minor* incluem:

- Limitações regionais dos CSTs na integração na "estrutura IPST";
- Processos administrativos e burocráticos complexos e morosos dificultando a contratação ou aquisição de produtos, bens e serviços, criando descontinuidades perigosas e de recuperação onerosa;
- Organização dos Armazéns do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP;
- Défice de comunicação e desenvolvimento de imagem;
- Desadaptação do tecido organizacional face às necessidades atuais;
- Aplicação informática do BPCCU;
- Dificuldade de assegurar reservas estratégicas de sangue, nomeadamente quanto a CE 0Rh-, por redução do número de dádivas por brigada (tendência previsível);
- Baixo nível de Literacia em Saúde dos dadores e profissionais de saúde.

Ações de melhoria propostas para transformar as fraquezas em forças:

- Assegurar a autossuficiência em sangue e componentes, incluindo plasma inativado, e suficiência tendencial em derivados de plasma;
- Mudar o paradigma da colheita de sangue;
- Desenvolvimento mantido das TIC de forma a poder assegurar as novas funcionalidades; Uma das medidas previstas para 2017 será a desmaterialização da colheita de sangue nacional através do estabelecimento de plataformas de comunicação entre os programas em causa – BNDC e SIBAS – que permita uma atualização diária e automática da informação sobre as dádivas sangue realizadas por cada Dador.

- Consolidação da versão gráfica do sistema de controlo da dádiva e processamento de sangue – ASIS. Com esta nova versão, obter-se-ão os seguintes benefícios:
 - Consolidação nacional dos dados do sangue;
 - Número nacional de dador único;
 - Total desmaterialização dos relatórios;
- Adoção de critérios uniformes em todo o país, como por exemplo, os critérios de suspensão do dador, adoção de um glossário para toda a cadeia de valor e maior eficácia no trabalho, devido ao caráter intuitivo da interface.
- Aquisição de 15 Unidades Móveis (5 por CST) para a realização da triagem e colheita de sangue a dadores, bem como de 9 viaturas ligeiras para transporte misto de passageiro/ carga leve (3 por CST): O parque de viaturas está envelhecido transmitindo uma imagem que não se coaduna com a nobreza da atividade da colheita de sangue e com os requisitos de segurança para os profissionais. Condiciona a contratação de viaturas de transporte de passageiros, sem identificação própria e com depreciação dos materiais transportados. A situação atual (3 "Unidade" ou "Posto Móvel" por CST) não assegura a possibilidade de ter instalações próprias para a colheita de sangue, condicionando dependência das associações de dadores/ outros "stakeholders". Considera-se como crítico para a mudança de paradigma da colheita com (mais) independência das Associações de Dadores.
- Com a reestruturação e a passagem à nova estrutura, o IPST, IP, em 2013, alterou o procedimento que era utilizado em que os produtos eram consumidos na mesma altura em que eram registadas as entradas. Este processo teve início em 2013, com a passagem de todos os produtos a "stockáveis", com a criação de armazéns avançados, com a identificação de responsáveis por esses armazéns e com o registo dos consumos efetuado apenas quando os produtos são consumidos, levando cerca de três anos a estar a funcionar em pleno. Prevê-se grande redução de desperdício, maior economia e melhores indicadores de gestão.
- Implementação da centralização da promoção da dádiva com núcleos descentralizados;
- Implementação do SI Banco Público de Células do Cordão Umbilical (BPCCU). Para além da elaboração dos *kits* que contêm todos os elementos necessários à colheita bem como prazo de validade e critério de qualidade, são também registados num sistema de controlo, que inclui todo o mapa da sua distribuição por hospitais e maternidades permitindo a gestão adequada dos *stocks* e a sua rastreabilidade.

O processo de colheita obedece também a um conjunto de normas e regras uma vez mais de acordo com recomendações internacionais e transpostas para a Lei portuguesa que também ficam registadas no sistema agora desenvolvido. Após a entrada dos kits na área laboratorial do IPST, são realizados um conjunto de procedimentos, nomeadamente a medição da volumetria da colheita, as análises necessárias à garantia da qualidade da colheita, tais como virologia, microbiologia, entre outras, terminando o processo na criopreservação das células.

A caracterização genética destas células fica também registada em sistema e associada a amostra. Todo este processo tem como objetivo a oferta ou a disponibilização para efeitos de *matching* em potenciais recetores cuja patologia impõe um transplante de células.

Este sistema destina-se a toda a população proporcionando uma maior probabilidade de cura para aqueles que foram afetados por doenças graves do tipo: leucemia ou aplasia medular.

O processo de colheita obedece também a um conjunto de normas e regras uma vez mais de acordo com recomendações internacionais e transporta-as para a Lei portuguesa que também ficam registadas no sistema agora desenvolvido. Após a entrada dos kits na área laboratorial do IPST, IP são realizados um conjunto de procedimentos, nomeadamente a medição da volumetria da colheita, as análises necessárias à garantia da qualidade da colheita, tais como virologia, microbiologia, entre outras, terminando o processo na criopreservação das células.

A caracterização genética destas células fica também registada em sistema e associada a amostra. Todo este processo tem como objetivo a oferta ou a disponibilização para efeitos de *matching* em potenciais recetores cuja patologia impõe um transplante de células.

Este sistema destina-se a toda a população proporcionando uma maior probabilidade de cura para aqueles que foram afetados por doenças graves do tipo: leucemia ou aplasia medular.

A junção do sistema agora desenvolvido com o sistema CEDACE representa um enorme incremento das possibilidades terapêuticas disponíveis em Portugal beneficiando de forma sensível a população em geral e em particular dando uma ferramenta única e indispensável aos profissionais destas áreas.

- Implementar e desenvolver o Registo Português de Transplantação a nível nacional, com integração das diferentes bases de dados existentes na área da transplantação;
○ O RPT permite o registo de toda a atividade do processo de doação, desde a

identificação do possível dador até ao transplante e *follow-up*. Permite criar uma rede de informação nacional única, incluindo a coordenação hospitalar de doação, os gabinetes de coordenação de colheita e transplantação, as unidades de transplantação e os centros de sangue e da transplantação do IPST, IP, uma vez que está interligado com o LUSOT, permitindo a transferência de informação necessária para a execução dos algoritmos de alocação e seleção de pares dador-receptor.

- Desenvolvimento de um Sistema de Apoio à decisão com desenvolvimento de um sistema de Business “*intelligence*”;
- Desmaterialização do processo de Colheita de Sangue no IPST IP que consiste em deixar de utilizar papel nas sessões de colheita com exceção do Consentimento informado e esclarecido dos dadores (que tem de ser devidamente assinado) e das guias de transporte de material e produtos¹³.
- *Benchmarking* internacional nas áreas de sangue, tecidos e células. O IPST, IP participa no *benchmarking* da European Blood Alliance desde 2014 -organização de referência no âmbito de sangue e independente que compara o desempenho entre dezenas de serviços congêneres ao IPST, IP. Melhorias de desempenho, medir e comparar os indicadores-chave de desempenho/“key performance indicators” (KPIs), estímulo à implementação das melhores práticas internacionais, gerar oportunidades de desenvolvimento implementar projetos Lean, de melhoria de desempenho e de investigação operacional.
- Consolidação nacional do LUSOT - Sistema que contém três áreas – órgãos, tecidos e células - permitiu total uniformidade de trabalho nos três centros, maior eficácia durante as urgências e total desmaterialização de processos;
- Readaptação do glossário nacional e da sua relação com as TIC;
- Contratualização de Recursos Humanos de forma não precária: Desenvolvimento de cerca de 13 procedimentos concursais para o recrutamento de 40 profissionais (estando incluídos 6 técnicos superiores para a área da transplantação e 23 enfermeiros para a área do sangue). Em nove destes processos podem concorrer profissionais sem vínculo à administração pública reforçando áreas como a do

¹³ Desaparecem os seguintes suportes em papel: Ficha individual dador criada e utilizada em cada uma das dádivas; -Listagem de dadores inscritos da sessão de colheita transcrita manualmente com nome nº e conclusão por cada dador; - Registo das colheiras (passando a leitura ótica com leitor de código de barras, deixa de ser introduzido códigos manualmente e, e registos de lotes); Ficha individual dador criada e utilizada em cada uma das dádivas;

Registo Português de Dadores de Medula Óssea e da Coordenação Nacional de Transplantação;

- Manter a diferenciação destes nas suas áreas de especialidade;
- Suportar o desenvolvimento informático de forma a garantir a satisfação dos seus clientes internos e externos;
- Identificação e implementação de indicadores transversais a nível nacional, com a contribuição dos 3 CST's;
- Organização de grupos de trabalho para seguimento e *relatório* da evolução das medidas;
- Reorganização da Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação;
- *Benchmarking* Doação e Transplantação: permitirá através da análise da atividade de doação e transplantação nos hospitais públicos portugueses identificar os possíveis dadores de órgãos e tecidos através da análise da mortalidade de todos os doentes internados nos hospitais do SNS, em Portugal Continental;
- Desenvolvimento de Bolsa de Formadores credenciados a nível europeu;
- Estratégia de gestão da mudança através de ciclos de avaliação integrando os profissionais;
- Fomentar a comunicação interna e o alinhamento institucional;
- Propostas de alteração legislativa – Transposição da Diretiva Comunitário N.º 565/2015, de 8 de abril. Requisitos técnicos de codificação de tecidos e células de origem humana para transplantação - *Single European Code*;
- Dar cumprimento a um dos pontos de decisão do relatório do Grupo de Trabalho "Comportamentos de risco com impacto na segurança do sangue e na gestão de dadores" emitido em Julho de 2015 através do Projeto Literacia em Saúde O objetivo deste estudo é a caracterização do nível de literacia funcional em saúde sexual e eletrónica nos dadores de sangue, bem como nos profissionais de saúde do IPST IP. Desse modo poderemos vir subsequentemente a criar conteúdos de formação e informação mais dirigidos às questões identificadas nas respostas a esses questionários sendo indiretamente expetável um aumento da confiança e da segurança do sangue doado no nosso país, fazendo com que novos dadores efetuam dádivas assim como contribuindo para a segurança e qualidade do sangue colhido, de elevado impacte para um adequado provimento e fornecimento dos componentes sanguíneos aos hospitais. Outra componente neste âmbito diz respeito à anemia na população portuguesa (estudo EMPIRE) e à adequada gestão desta situação na população dadora. Neste contexto encontram-se em desenvolvimento as

Página 228 de 248

revisões procedimentais internas com vista a um acompanhamento destes dadores em articulação com a Associação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar e dos SPMS.

Ameaças:

a) Organização da Rede de Serviços de Sangue e da Rede Nacional de Coordenação de Colheita e Transplantação

- o Assimetria da colheita de sangue hospitalar no país;
- o Limitações da estrutura da rede de colheita e transplantação;
- o Instabilidade da rede hospitalar e de urgência, bem como alteração das equipas médicas, com maior dificuldade na atuação dos coordenadores de colheita e decréscimo na referência de dadores de órgãos

b) Fatores sociais e económicos

- o Comunicação mediática aleatória;
- o Envelhecimento da população com diminuição da capacidade de dádiva;
- o Emigração de numerosos jovens em idade de potencial dádiva de sangue;
- o Instabilidade económica do sector empresarial com limitação da acessibilidade à dádiva de sangue;
- o Situação social desincentivadora de gestos solidários;
- o Papel social da doação, colheita e transplantação, colocando o transplante como opção terapêutica privilegiada;
- o Condicionamento económico do país com reflexos na doação e na transplantação;
- o Impacto público negativo das questões relacionadas com qualidade e segurança do BPCCU.

As ameaças *minor* incluem:

- o Dificuldade no alinhamento com a missão, valores e imagem do IPST, IP na vertente da dádiva;
- o Funcionamento sem aferição de condições de qualidade de acordo com as Diretivas Europeias.

Ações de melhoria propostas para transformar as ameaças em oportunidades:

- Continuação da reorganização da estrutura nacional dos Serviços de Sangue (SS) em estreita articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e a Autoridade Competente para o Sangue (DGS);
- Mudança do paradigma de comunicação;
- Reforço da divulgação da dádiva, dirigida à população mais jovem;
- Ações de recrutamento e fidelização de dadores;
- Mudança de paradigma da dádiva;
- Manter a comunicação institucional de forma positiva com reforço do papel para o bem comum da manutenção das reservas nacionais;
- Reformular o modelo de relacionamento com as associações e grupos de dadores;
- Potencializar as APPs do IPST: O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos. A APP é dividida em duas áreas, uma para o doente, e outra restrita aos profissionais de saúde envolvidos no processo da transplantação. Permitirá um mecanismo único na relação médico – doente, com agendamento de consultas, visualização da medicação ou marcação de meios complementares de diagnóstico. A APP para o RPT vem completar o sistema, mesmo sem PC, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo. Permite ainda gerar alarmes para os profissionais envolvidos no processo por cada fase do mesmo;
- Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação: Interligação do RPT às bases de dados ou aos sistemas de análises clínicas de todos os Coordenadores Nacionais de Transplantação. Esta ligação permite a importação direta dos dados analíticos importantes para o processo da transplantação e ainda a sua integração nos processos dos doentes transplantados.
- Reforço das ações de sensibilização dos profissionais de saúde e da população em geral;
- Avaliação do potencial real de cada hospital com unidades de colheita com maior garantia de reconhecimento de todos os potenciais dadores;
- Reforço das ações de auditoria as GCCT e hospitais com colheita: A doação de órgãos é um processo complexo, que comprehende diferentes etapas e requer uma avaliação contínua, de forma a permitir a deteção dos obstáculos que estão na origem da perda de dadores e a identificação de áreas que requerem novos esforços e soluções, a desenvolver com a colaboração das instituições e de todos os

profissionais de saúde. Além disso, dependendo das características do Hospital, nomeadamente, serviços disponíveis, população abrangida, etc., é expectável que alguns hospitais tenham taxas de doação mais elevadas do que outros; por exemplo, hospitais com serviço de neurocirurgia ou centros de trauma, terão taxas de doação mais elevadas do que hospitais sem estas valências.

- Ações de formação;
- Aplicação do programa de qualidade Doação e Transplantação: Definir a capacidade teórica para doação de órgãos de acordo com as características de cada hospital; Detetar falhas no processo de doação e colheita, analisando as causas de perda de dadores de órgãos, como ferramenta para a identificação de oportunidades de melhoria; Descrever os fatores hospitalares e demográficos com impacto no processo de doação.
- Manter contato próximo com CA Hospitalares no sentido de aplicar medidas corretivas;
- Divulgação transparente dos dados e locais de colheita do BPCCU; O BPCCU é útil para a população no sentido em que permite o armazenamento de células desta natureza que ficam criopreservadas e que podem proporcionar um transplante viável face a determinado tipo de patologias. Neste sentido, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP desenvolveu no âmbito da sua atividade e missão, um sistema informático de controlo de todo o processo. Este consiste na elaboração do kit de colheita a que é imediatamente associado o código de colheita nos termos das diretrizes correspondentes e transporta-as para a Lei portuguesa garantindo assim a gestão adequada de todo o processo.
- Acreditação internacional e divulgação da mesma.

É evidente que se, por um lado, o processo de avaliação ainda não explorou todo o potencial que o sistema de monitorização apresenta em termos de apoiar a gestão, por outro lado, foram desencadeadas iniciativas importantes *supra* descritas, nomeadamente em termos alinhamento institucional, *benchmarking*, programas de qualidade, reformulação de processos, estudos de adequação dos serviços/oferta às necessidades nacionais, de integração, interoperabilidade e desmaterialização dos processos.

14. Comparação com o desempenho de serviços idênticos

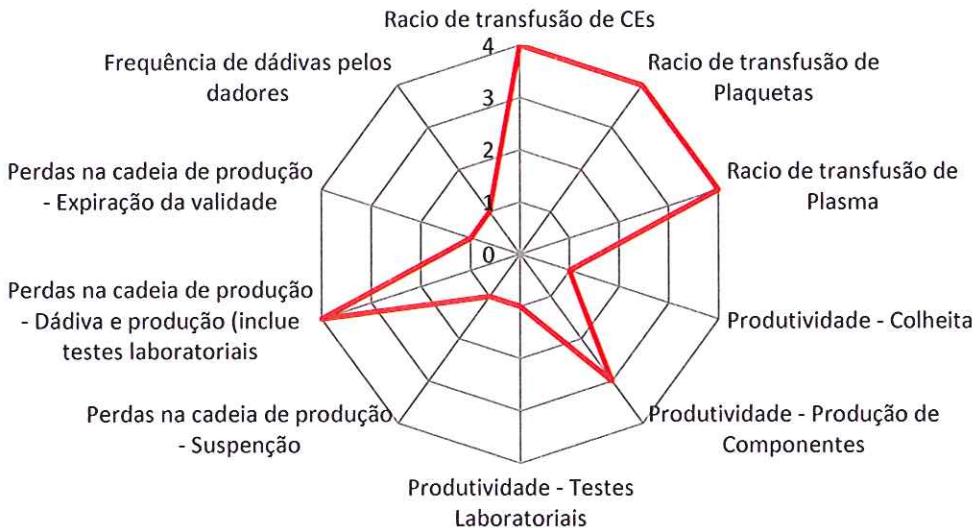
O processo de *benchmarking* caracteriza-se por uma metodologia analítica, estruturada, contínua e sistemática que assenta na monitorização e na comparação do desempenho das organizações e funções inerentes relativamente ao que é considerado como melhor nível de desempenho ou performance. A prática de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

É neste sentido que a área do sangue participa, desde 2014, no *benchmarking* da European Blood Alliance (EBA), organização de referência no setor. Assim, a informação reportada pelo IPST, IP permitiu comparar o seu desempenho relativamente a semelhantes serviços existentes em 19 países membros. As métricas utilizadas pela EBA para monitorizar os indicadores de desempenho visam essencialmente os 3 seguintes segmentos:

- Rácios de Transfusão
- Produtividade
- Perdas da Cadeia de Produção

A análise realizada permitiu efetuar um gráfico de radar (Gráfico 52), representativo deste conjunto de dados multivariado, no qual os pontos se distanciam do centro à medida que a ordem de grandeza dos indicadores aumenta, sendo que os pontos ou scores que figuram no gráfico são referentes à posição que um dado indicador do IPST apresenta no grupo. Dos 10 indicadores monitorizados, e considerados 4 intervalos (quartis) para o conjunto de scores apurados, numa escala crescente, em que o nível 4 representa as organizações com melhores desempenhos, importa sublinhar que o IPST,IP apresenta quatro indicadores com score 4 (excelência) (2 em 2015), um com score 3 (bom) (2 em 2015), e cinco com score 1 (melhoráveis).

Gráfico 53 - Gráfico Radar IPST, IP 2016



Verifica-se que os melhores índices do IPST, IP ocorrem ao nível dos rácios de transfusão de CE's, plaquetas, PFC, nos rácios de produção de componentes e perdas nas dádivas e produção. Em termos evolutivos e comparativamente aos resultados apurados no exercício do ano anterior, os dados configuram um padrão gráfico semelhante com ligeira melhoria nos índices de ráio de transfusão de plaquetas, na produção de componentes, e nas perdas na cadeia de produção, demonstrando estabilidade nos processos de atividade desempenhados pelo IPST, IP. Contudo, estima-se, em exercícios futuros, uma alteração do padrão subjacente decorrente da introdução de medidas no setor tais como a redução da utilização da CE's. Prevê-se também que configure igual impacto nos indicadores relativos à área do plasma, as medidas preconizadas ao nível do processo de fracionamento de plasma e ao nível da aquisição de plasma inativado quer pelo método solvente-detergente quer por amotosaleno.

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

15. Tecnologias de Informação e Comunicação e Publicidade institucional (2015)

TIC

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 2016, destaque para os seguintes desenvolvimentos que produzem um sistema global de desmaterialização de procedimentos:

1. Versão gráfica do sistema de controlo da dádiva e processamento de sangue – ASIS

Com esta nova versão, obter-se-ão os seguintes benefícios:

- Consolidação nacional dos dados do sangue;
- Número nacional de dador único;
- Total desmaterialização dos *relatórios*;
- Adoção de critérios uniformes em todo o país, como por exemplo, os critérios de suspensão do dador, adoção de um glossário para toda a cadeia de valor e maior eficácia no trabalho, devido ao caráter intuitivo da interface.

Entrada em exploração em janeiro de 2017.

2. Sistema de gestão e controlo do Banco Público de Células de Cordão Umbilical (BPCCU)

O BPCCU é útil para a população no sentido em que permite o armazenamento de células desta natureza que ficam criopreservadas e que podem proporcionar um transplante viável de progenitores hematopoéticos. Neste sentido, o IPST, IP consolidou o desenvolvimento no âmbito da sua atividade e missão, um sistema informático de controlo de todo o processo que permite criar os kits de colheita, uniformizar e automatizar os códigos, minimizando o erro humano e desmaterializando este processo. Permite ainda o controlo da distribuição, colheita e processamento, em todas as suas fases, com registo informatizado adequado às diretivas europeias. Permite um controlo total desde a produção dos kits de colheita até à criopreservação, sendo essencial para o crescimento sustentado das colheitas. Proporciona total desmaterialização de procedimentos.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2017.

3. Registo Português de Transplantação (RPT)

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, ligado em rede aos hospitais de colheita, aos Gabinetes Coordenadores, Unidades de Transplantação e ACSS permite desmaterializar todo o processo, com controlo das fases e comunicação à ACSS dos pagamentos afetos às Unidades de Colheita e às Unidades de Transplantação. O RPT permite o registo de toda a atividade do processo de doação, desde a identificação do possível dador até ao transplante e follow-up. Permite criar uma rede de informação nacional única, incluindo a coordenação hospitalar de doação, os gabinetes de coordenação de colheita e transplantação, as unidades de transplantação e os centros de sangue e da transplantação do IPST, IP, uma vez que está interligado com o LUSOT, permitindo a transferência de informação necessária para a execução dos algoritmos de alocação e seleção de pares dador-recetor.

Prevê-se a entrada em exploração do projeto piloto no Plano de Atividades de 2017.

4. LUSOT

Manutenção do sistema de registo da área laboratorial que dá suporte à atividade das três áreas – órgãos, tecidos e células.

A consolidação nacional permitiu total uniformidade de trabalho nos três CST's, maior eficácia durante as urgências e total desmaterialização de processos.

5. APP - Registo Português de Transplantação (RPT)

O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos.

A APP é dividida em duas áreas, uma para o doente, e outra restrita aos profissionais de saúde envolvidos no processo da transplantação.

Permitirá um mecanismo único na relação médico – doente, com agendamento de consultas, visualização da medicação ou marcação de meios complementares de diagnóstico.

A APP para o RPT vem completar o sistema, mesmo sem PC, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo. Permite ainda gerar alarmes para os profissionais envolvidos no processo por cada fase do mesmo.

Prevê-se a entrada em exploração no Plano de Atividades de 2017.

6. Interligação do RPT às bases de dados ou aos sistemas de análises clínicas de todos os Coordenadores Nacionais de Transplantação.

O sistema RPT, baseado em tecnologias Web, desmaterializa o processo de transplante, do dador ao tratamento pós-transplante, nas vertentes logística, análises, cirurgias, consultas (pré- e pós-transplante) e pagamentos. Esta ligação permite a importação direta dos dados analíticos importantes para o processo da transplantação e ainda a sua integração nos processos dos doentes.

Foi apresentada (e aprovada) uma candidatura no âmbito do Portugal 2020, execução em curso previsto para o triénio 2017-2019.

PUBLICIDADE

Durante o ano de 2016, 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.

Foram celebrados os Eventos Institucionais, dado a coincidência do dia 27 de Março de 2016 - Dia Nacional do Dador de Sangue com o dia de páscoa, foi decidido fazer a homenagem ao Dador de Sangue conjuntamente com Dia Mundial do Dador de Sangue em 14 de Junho de 2016, sob o mote “O sangue é o nosso elo comum” conforme lema definido pela Organização Mundial de Saúde. Neste evento que decorreu no Auditório Tomé Pires, no INFARMED, contou com a participação de Grupos Empresariais que partilharam a sua experiências em prol do voluntariado e da dádiva de sangue, para além das Associações/Grupos de Dadores de Sangue e Federações e representantes dos Serviços de Sangue e Medicina Transfusional.

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 destacaram-se, a Mundicenter que anualmente realiza sessões de colheita durante um período de (+-1 semana) em todos os seus espaços comerciais, e a 3M que, pelo terceiro ano consecutivo, realizou a Campanha Give que incluiu uma linha de pensos rápidos

exclusiva para os dadores de sangue do Instituto e apoiou a doação, durante os meses de verão, com spots na televisão e publicidade exterior, bem como publicidade nas farmácias portuguesas, espalhada por todo o país, sob o mote “*O sangue é o nosso elo comum*”.

Em 2016 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 dedicado aos dadores, foi utilizado em épocas específicas: Verão, Dia Nacional do Dador, Dia Mundial do Dador, Natal, Campanha Universitária. Em 2016, o IPST, IP registou 25084 novos dadores.

16. Balanço social 2016

Efetuando uma análise comparativa dos Recursos Humanos do IPST IP, na sua globalidade, ou seja, considerando os trabalhadores contratados por tempo indeterminado, por tempo determinado e os trabalhadores em prestação de serviços, em regime de tarefa e de avença, pode verificar-se que em 2016 a variação existente em relação a 2015 é negativa (-1%), embora residual, conforme se pode verificar no quadro abaixo:

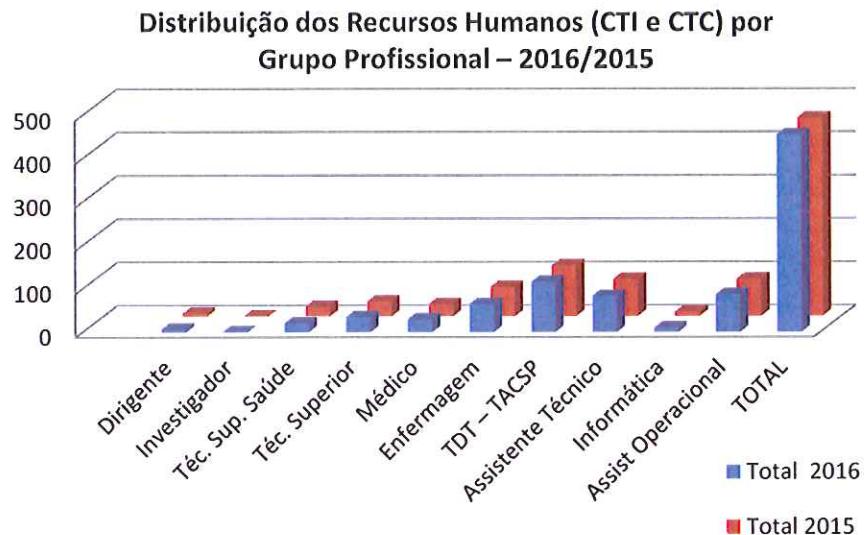
Tabela 9 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2016/

Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos - 2016/2015

Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa/ Avença	Total 2015	CTI	CTC	Contrato Tarefa/ Avença	Total 2016	Δ % 2014/2015
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	1	0	0	1	1	0	0	1	0%
Téc. Sup. Saúde	19	3	0	22	18	3	0	21	-5%
Téc. Superior	34	0	3	37	35	0	4	39	5%
Médico	25	3	50	78	27	3	52	82	5%
Enfermagem	59	9	56	124	57	8	54	119	-4%
TDT – TACSP	92	25	0	117	91	25	0	116	-1%
Assistente Técnico	86	0	0	86	84	0	0	84	-2%
Informática	10	0	0	10	10	0	0	10	0%
Assist Operacional	86	0	0	86	87	0	0	87	1%
TOTAL	419	40	109	568	417	39	110	566	-1%
	459				456				

Esta ligeira variação negativa ao nível dos recursos humanos, designadamente por aposentação, mobilidade e procedimentos concursais, pese embora os esforços desenvolvidos no sentido de contrariar essa tendência, e promover a captação de trabalhadores pelo desenvolvimento de procedimentos com vista ao seu recrutamento, verificou-se em particular nas carreiras de Técnico Superior de Saúde, de Enfermagem, de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e de Assistente Técnico.

Gráfico 54 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2016/2015

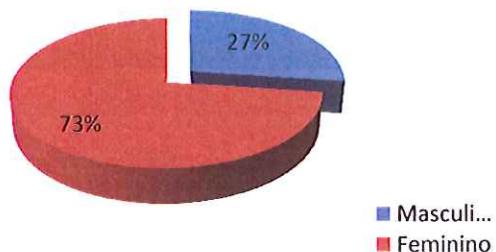


A aquisição de serviços na modalidade de tarefa, isto é, a contratação de profissionais para dar resposta a necessidades pontuais, tem vindo a revelar-se imprescindível permitindo, inclusive, uma gestão mais flexível dos recursos humanos em situações de acentuada necessidade e em determinadas épocas 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.

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

No final de 2016, o número de efetivos existente no IPST, IP – 456, agregava 124 homens e 332 mulheres, traduzindo o peso percentual indicado no quadro infra:

Gráfico 55 - Distribuição dos Recursos Humanos(CTI e CTC) por Género



16.2. Remunerações

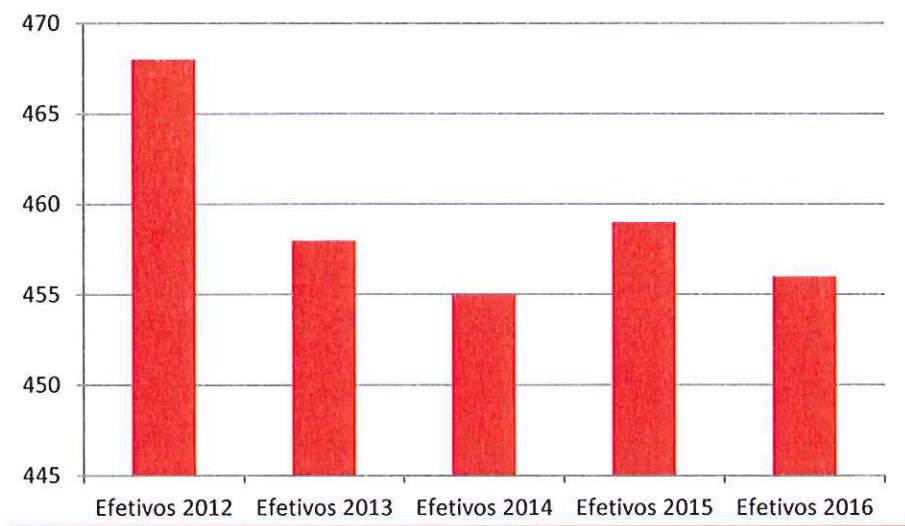
Tabela 10 - Distribuição das Remunerações Mensais Ilíquidas por Género

	Masculino	Feminino	TOTAL
Até 500 €	2		2
501 - 1000 €	47	101	148
1001 - 1250 €	20	58	78
1251 - 1500 €	17	79	96
1501 - 1750 €	14	38	52
1751 - 2000 €	10	15	25
2001 - 2250 €	2	4	6
2251 - 2500 €	1	2	3
2501 - 2750 €	1	4	5
2751 - 3000 €	2	2	4
3001 - 3250 €	0	1	1
3251 - 3500 €	1	2	3
3501 - 3750 €	0	6	6
3751 - 4000 €	0	0	0
4001 - 4250 €	2	5	7
4251 - 4500 €	0	1	1
4501 - 4750 €	1	2	3
4751 - 5000 €	3	3	6
5001 - 5250 €	0	8	8
5251 - 5500 €	0	0	0
5501 - 5750 €	1	0	1
5751 - 6000 €	0	1	1
Mais de 6000 €	0	0	0
TOTAL	124	332	456

Tabela 11 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima €	530	530
Máxima €	5.523	5.823

Gráfico 56 - Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2012 – 2016)



17. Análise do grau de execução dos Recursos Humanos

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2016 – 608 encontram correspondência no número de postos de trabalho propostos e aprovados superiormente no mapa de pessoal do IPST, IP, com uma distribuição pelas diferentes carreiras em função das necessidades funcionais e operativas tendo em conta a missão e atribuições do Instituto.

Durante o ano de 2016, de modo a colmatar as necessidades sentidas ao nível dos recursos humanos, foram promovidos procedimentos administrativos com vista à captação de profissionais para ocupação de postos de trabalho previstos e não ocupados.

Contudo, apesar dos esforços desenvolvidos no sentido da ocupação de postos de trabalho, a saída de efetivos (designadamente por aposentação, falecimento, concurso ou mobilidade), obstou ao reforço do mapa de pessoal nos termos em que foi previsto. Efetivamente, não obstante os procedimentos desenvolvidos, o número de efetivos em 2016 ficou aquém, em 3, do número de efetivos relativamente ao período homólogo.

Face a essa constatação, considerando o suprimento das necessidades sentidas em termos de pessoal, o IPST, IP 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 (2016)

RH utilizados	4.546
RH planeados	6.139
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	0,7439
Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)	74%
Taxa de Concretização Global de objetivos	114,27%
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	74%
	1,5361
Indice Produtividade	154

18. Análise do grau de execução dos recursos financeiros (2016)

Tabela 13 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados do IPST 2016

	Orçamentado	Cativos	Executado	Desvio
Despesas com Pessoal	20.717.870	0	15.045.137	5.672.733
Aquisições de Bens e Serviços	38.764.200	0	20.298.989	18.465.211
Transferências Correntes	758.000	0	685.887	72.113
Outras Despesas Correntes	118.909	0	77.235	41.674
Aquisição de bens de capital	2.733.000	0	650.939	2.082.061
Juros e Outros Encargos	1.091	0	759	332
Total	63.093.070	0	36.758.946	26.334.124

Fonte: SIGO Execução a Dez2016

Relativamente aos Recursos Financeiros, salienta-se que a execução apresenta um desvio favorável em 41,73%.

No final do ano de 2016, verificou-se que a execução do orçamento do IPST, IP, apurou os desvios acima apresentados. Um dos desvios mais relevantes foi o desvio relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 18.465.211€, justificado pela alteração de registo das existências, dado que passaram a ser "stockáveis", tendo o IPST, IP no final do ano de 2015 stocks para iniciar a produção do ano de 2016. Os concursos efetuados em 2016 foram de quantidades mais pequenas face aos anos anteriores.

Verificou-se um outro desvio no valor 2.082.061€, referente à Aquisição de Bens de Capital, referente a um processo de aquisição de viaturas que não foi concluído.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 5.672.733€ 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 2016.

Tabela 14 - Análise de Custo – Eficácia (2016)

Despesa Executada	36.758.946€
Despesa Orçamentada (CORRIGIDA)	63.093.070€
Taxa Execução Recursos Financeiros	0,5826
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	58%

Taxa de Concretização Global de objetivos	114,3%
Taxa Execução Recursos Financeiros	58%
	1,970
Índice Custo - Eficácia	197

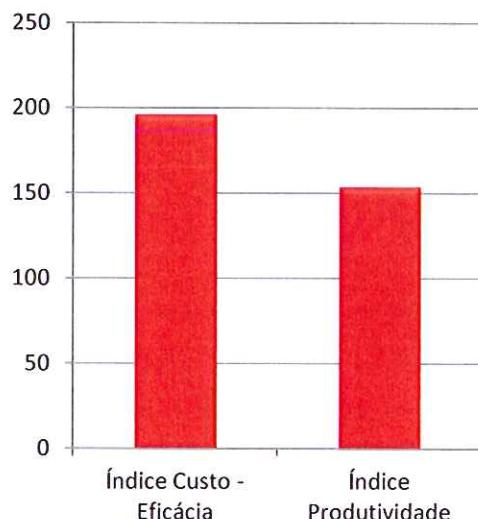
19. Análise do grau de execução dos recursos do IPST, IP em 2016

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 2016

Taxa de Concretização Global de objetivos		114,3%
Taxa Execução Recursos Financeiros	Despesa Executada	36.758.946€
	Despesa Orçamentada	63.093.070€
Taxa Execução Recursos Humanos	RH utilizados	4.546
	RH planeados	6.111
		58% 196
		74% 154
		Índice Custo - Eficácia Índice Produtividade

Gráfico 57 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia IPST 2016



20. Avaliação final (2016)

Tendo em conta o desenvolvimento das atividades do IPST,IP, face ao nível de desempenho globalmente evidenciado e de acordo com os critérios oficiais definidos para a *classificação qualitativa* da avaliação final de desempenho dos Serviços, para o grau de cumprimento dos objetivos operacionais pelo IPST, IP pressupõe-se que a menção final qualitativa que a ser atribuída é a constante na alínea a) do nº 1 do artº 18 da Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro - **desempenho bom** - em virtude dos resultados alcançados - cinco objetivos atingidos e sete superados - com uma taxa de realização dos objetivos operacionais superior ao previsto - 114,3% (Tabela 16).

Tabela 16 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2016

		Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais			
		Avaliação Global Esperada	Avaliação Global Concretizada	Média Ponderada por Parâmetro	Média Ponderada Esperada Global
Oop's	Grau de realização dos OOP	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro		Global
Oop1	135%	25%	34%	125%	169%
Oop2	133%	10%	14%	110%	149%
Oop3	121%	30%	36%	130%	157%
Oop4	100%	35%	35%	135%	135%
Oop5	121%	35%	42%	135%	163%
Oop6	100%	20%	20%	120%	120%
Oop7	133%	15%	20%	115%	155%
Oop8	100%	10%	10%	110%	110%
Oop9	98%	20%	20%	120%	118%
Oop10	100%	50%	50%	150%	150%
Oop11	132%	13%	17%	113%	149%
Oop12	100%	13%	13%	113%	113%
Oop13	133%	25%	34%	125%	169%
Executado		114,3%			

Página 247 de 248

Lisboa, 02 de maio de 2017

O Presidente do Conselho Diretivo



João Paulo Almeida Sousa

A Vogal do Conselho Diretivo



Gracinda de Sousa