

Relatório de Atividades

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Apuro
25.8.2021
2020

Ministra da Saúde
Marta Temido



Índice

I.	Nota introdutória	9
I.1	Caraterização Geral do IPST, IP	11
I.2	Estrutura orgânica do IPST, IP.....	11
II.	Autoavaliação.....	14
II.1	Objetivos Definidos/Homologados para 2020.....	14
II.2	Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR	14
II.2.1	Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR	18
II.3	Atividades Desenvolvidas, Previstas e Não Previstas no Plano, com Indicação dos Resultados Alcançados.....	19
II.3.1	Atividades Desenvolvidas Previstas no Plano com Indicação dos Resultados:	19
II.3.1.1	Grau de Execução do PA.....	20
II.3.2	Atividades Desenvolvidas Não Previstas no Plano	21
II.4	Análise das Causas de Incumprimento de Ações ou Projetos Não Executados ou com Resultados Insuficientes	21
II.5	Audição de Dirigentes Intermédios e Demais Trabalhadores na Autoavaliação dos Serviços	23
II.6	Apreciação, por Parte dos Utilizadores, da Quantidade e Qualidade dos Serviços Prestados	26
II.6.1	Retorno da Informação do Cliente e Partes Interessadas.....	26
II.7	Avaliação do Sistema de Controlo Interno	32
II.8	Desenvolvimento de Medidas de Reforço Positivo de Desempenho.....	40
II.9	Comparação com o Desempenho de Serviços Idênticos, no Plano Nacional e Internacional, que Possam Constituir Padrão de Comparação	42
II.10	Análise da Afetação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros.....	43
II.10.1	Análise do Grau de Execução dos Recursos Humanos.....	43
II.10.2	Análise do Grau de Execução dos Recursos Financeiros	45
II.10.3	Análise do Grau de Execução dos Recursos do IPST, IP	46
III.	Unidades Homogéneas.....	48
IV.	Balanço Social	50

IV.1 Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.....	51
IV.2 Remunerações	51
V. Publicidade Institucional	54
VI. Informação Histórica	56
VII. Avaliação final.....	58
VIII. Balanço do Plano de Atividades	60
VIII.1 Ações e Projetos Inscritos em PA	60
VIII.2 Unidades Orgânicas e Homogéneas – Análise de Desvios.....	60
IX. QUAR que Acompanha o Relatório de Atividades	66
ANEXOS	71
a) Ficha de Atividades por Unidades Orgânicas / Homogéneas	72
b) QUAR.....	83
c) Anexo IV_LOE 2020_Artigo 25.....	85
d) Balanço Social	86

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Organograma do IPST, IP	12
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estrutura orgânica do IPST, IP	12
Tabela 2 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global.....	14
Tabela 3 - Análise por Indicador 2020	16
Tabela 4 - Matriz de Relacionamento Objetivos Estratégicos/Objetivos Operacionais de 2020	16
Tabela 5 - Grau de Contributo dos OOp para os OE.....	17
Tabela 6 - Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR.....	18
Tabela 7 - Grau de Execução do PA.....	20
Tabela 8 - Percentagem de respostas por categoria profissional.....	24
Tabela 9 - Média ponderada.....	25
Tabela 10 - Satisfação dos Colaboradores	26
Tabela 11 - Legenda do Questionário	28
Tabela 12 - Distribuição do número de questionários	28
Tabela 13 - Frequência relativa das respostas por questão	29
Tabela 14 - Frequência relativa das respostas por questão	29
Tabela 15 - Distribuição das respostas Numeração e formatação das tabelas.....	31
Tabela 16 - Média ponderada das respostas	31
Tabela 17 - Auditorias Programadas e Realizadas em 2020 (valores mensais acumulados)	34
Tabela 18 - Resumo do Sistema de Controlo Interno	37
Tabela 19 - Comparações Nacionais ou Internacionais.....	43
Tabela 20 - Prémios e ou menções de entidades externas.....	43
Tabela 21 - Análise Produtividade	44
Tabela 22 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados.....	45
Tabela 23 - Análise de Custo - Eficácia	45
Tabela 24- Índices Produtividade e Custo - Eficácia	46

Tabela 25 - Unidades Homogéneas.....	48
Tabela 26 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos – 2019/2020.....	50
Tabela 27 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género	51
Tabela 28 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género	52
Tabela 29 - Campanhas Publicitárias.....	54
Tabela 30 - Informação Histórica	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Realização por OOp e Contributo para o Parâmetro	15
Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro	15
Gráfico 3 - Respostas aos Inquéritos de Satisfação.....	24
Gráfico 4 – Avaliação da Satisfação dos Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea.....	27
Gráfico 5 – Nº de Ocorrências por Tipo	35
Gráfico 6 – Distribuição das ocorrências por causas	35
Gráfico 7 - Reclamações de dadores por.....	36
Gráfico 8 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia.....	46
Gráfico 9 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2019/2020 .	50
Gráfico 10- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género	51
Gráfico 11- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2020).....	52

Lista de Siglas e Abreviaturas

AF - Aférese

ASIS - sistema de informação e base de dados de gestão de serviços de sangue, serviços de medicina transfusional e centros de sangue

BPCCU – Banco Público de Células do Cordão Umbilical

BT – Banco de Tecidos

CD – Conselho Diretivo

CEDACE - Registo Nacional de Dadores Voluntários de Medula Óssea

CNSMT- Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

CNT - Coordenação Nacional da Transplantação

CST - Centro De Sangue e da Transplantação

CSTC - Centro De Sangue e da Transplantação de Coimbra

CSTL - Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa

CSTP - Centro de Sangue e da Transplantação do Porto

DGRHF - Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

DPGPF- Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

GCPDV- Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

GCCI – Gabinete de Coordenação e Controlo Interno

GGQ - Gabinete de Gestão da Qualidade

GJ - Gabinete Jurídico

GTIC - Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações

IGAS – Inspeção Geral da Atividades em Saúde

IPST, IP – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

PROD – Produção

RAD's – Reações Adversas à Dádiva

RPT – Registo Português de Transplantação

ST – Sangue Total

SCU – Células do Cordão Umbilical

TRANSPL – Transplantação

I. Nota introdutória

O Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP), no ano de 2020, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) 2020 aprovados pela Tutela e divulgados em sede própria. Neste Relatório apresenta-se a demonstração qualitativa e quantitativa dos resultados anuais alcançados, bem como, a avaliação global da execução dos objetivos do QUAR do IPST, IP dando-se, assim, cumprimento ao previsto no Artigo 15º da Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro, em regime de articulação com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública - SIADAP.

Considerando que o atual Relatório de Atividades tem como objetivo confirmar a concretização do QUAR 2020, avaliando a estratégia assumida através dos seus objetivos estratégicos e assim verificar o grau de realização dos objetivos operacionais propostos, importa salientar que a execução do QUAR de 2020, à semelhança de anos anteriores, implicou uma análise detalhada do modelo de gestão estratégica adotado mediante um conjunto específico de procedimentos de acompanhamento e revisão, visando assegurar o cumprimento dos objetivos operacionais definidos para cada ciclo de gestão anual. Paralelamente, a avaliação dos indicadores que permitem a medição dos objetivos encontra-se elencada no Plano de Atividades de 2020, que descreve o sistema de monitorização previsto, o qual incide sobre os seguintes eixos: identificação e análise dos desvios detetados, ponderação da necessidade de efetuar ajustamento de metas, reformulação de objetivos e/ou indicadores associados, identificação das razões exógenas ou endógenas para tal ajustamento, face à versão do QUAR inicialmente aprovado.

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

Pese embora o cumprimento das medidas e orientações emanadas pela Tutela, nomeadamente no que concerne à utilização eficiente dos recursos, à redução de desperdícios e ineficiências, mas também às ações desenvolvidas na área do sangue, órgãos, tecidos e células, que contribuíram para uma maior simplificação e desmaterialização dos respetivos processos a par de uma melhoria na interação dos cidadãos com o serviço público prestado e/ou regulado pelo IPST, IP, importa salientar que o ano de 2020 ficou claramente marcado pela Pandemia por COVID-19. Neste sentido, a atividade de 2020 regeu-se pela definição e implementação de Planos de Contingência nas áreas do Sangue e Transplantação, nomeadamente o “Plano de Contingência para a sustentabilidade, qualidade e segurança do fornecimento de sangue e componentes sanguíneos durante a pandemia

de COVID-19” e o “Plano de Contingência para sustentabilidade e segurança na Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células durante o surto de COVID-19”. Merece igualmente destaque a aposta do IPST, IP num Programa de colheita de plasma convalescente, em colaboração com os diversos serviços hospitalares, após um vasto trabalho no domínio científico (criação de um grupo de trabalho, elaboração de protocolos de colaboração, estudos clínicos, uso compassivo, entre outros) também em articulação com outras entidades.

Concentrando esforços numa ótica de gestão racional de recursos e de contribuição para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), destacam-se pela positiva, as diversas atividades desenvolvidas para evitar o desperdício e garantir a disponibilidade do sangue em Portugal, concretamente as iniciativas no âmbito do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento do Plasma Humano, como sejam, o tratamento nos CST do plasma para transfusão mediante redução patogénica e, os procedimentos concursais para fornecimento de plasma para transfusão tratado por solvente detergente e de medicamentos derivados do fracionamento de plasma exclusivamente português. Ainda neste âmbito, salienta-se também a importância do desenvolvimento de indicadores para área de aproveitamento do plasma.

Apesar do contexto pandémico observado, a estratégia definida pelo IPST, IP impediu uma queda significativa ao nível das colheitas de sangue. Sublinha-se assim, enquanto estratégias de promoção, cumprindo todos os requisitos de segurança estabelecidos, a realização de algumas campanhas de sensibilização, nomeadamente a Campanha de Verão intitulada “Dê Sangue, Ajude a Vida a Vencer”, a aposta nas redes sociais e a revisão dos critérios de financiamento aos parceiros sociais.

A nível da Transplantação, verificou-se uma redução da atividade atendendo ao contexto pandémico, ainda assim, mantendo-se a aposta na promoção da gestão sustentável da rede de doação e transplantação. Em 2020, Portugal ocupou o 4º lugar mundial e o 3º europeu (dados preliminares) ao nível da doação de órgãos, destacando-se uma melhoria ao nível da taxa de aproveitamento de órgãos.

Apesar da incerteza trazida pela pandemia, houve um esforço para manter em funcionamento os programas da transplantação; no caso concreto do Programa Nacional de Doação Renal Cruzada foi possível transplantar 6 doentes e no caso do programa internacional teve lugar o primeiro transplante renal cruzado realizado entre Portugal e Espanha, dias antes da declaração do estado de emergência.

No âmbito das estratégias de modernização, destaca-se a realização de uma parceria com o LabX e a Agência de Modernização Administrativa para aprendizagem e implementação de medidas inovadoras de planeamento e gestão. Manteve-se a aposta em projetos objeto de financiamento comunitário quer a nível nacional quer a nível internacional. Em matéria de gestão de recursos

humanos, para além do recurso ao teletrabalho, sublinham-se a abertura de novos procedimentos concursais e o início do processo de implementação de uma estrutura organizacional matricial.

Em suma, os resultados alcançados decorrem de um conjunto múltiplo de fatores, designadamente a adoção de uma estratégia de maior racionalidade na gestão, de aumento da produtividade e eficiência globais e de orientação para os resultados que tem vindo a ser implementada. O elevado empenho do Conselho Diretivo e dos demais colaboradores na procura de melhores níveis de desempenho e melhores níveis de satisfação das partes interessadas, tem contribuído para desenvolver uma política de melhoria contínua da qualidade e uma crescente consciencialização de serviço público.

I.1 Caracterização Geral do IPST, IP

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

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

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

I.2 Estrutura orgânica do IPST, IP

O IPST, IP, de acordo com os seus Estatutos, aprovados pela Portaria n.º 165/2012 de 22 de maio, encontra-se organizado em unidades orgânicas de âmbito nacional (dois departamentos, três coordenações e cinco gabinetes) e em serviços territorialmente desconcentrados (três Centro de Sangue e da Transplantação em Lisboa, Porto e Coimbra). Na sequência de Protocolo entre o IPST e ARS Algarve, o Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa tem a seu cargo a gestão técnica, operacional e logística do serviço de sangue do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve, Dr.^a Laura Ayres.

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

As figuras que se seguem evidenciam a atual estrutura orgânica. Contudo, importa referir a necessidade de proceder à atualização da afetação nominativa dos profissionais na estrutura integrada de órgãos, serviços e áreas funcionais do IPST promovendo quer a uniformização, quer a alocação nominativa dos profissionais, a tempo inteiro ou parcial, à estrutura hierárquica e funcional da(s) unidade(s) ou serviço(s) onde executam a sua atividade, com correspondência de centros de custo atualizados. O desenvolvimento destes trabalhos tem como objetivo a concretização de uma revisão funcional do modelo organizacional existente evidenciando o nível de adequação à realidade atual da atribuição de competências do IPST.

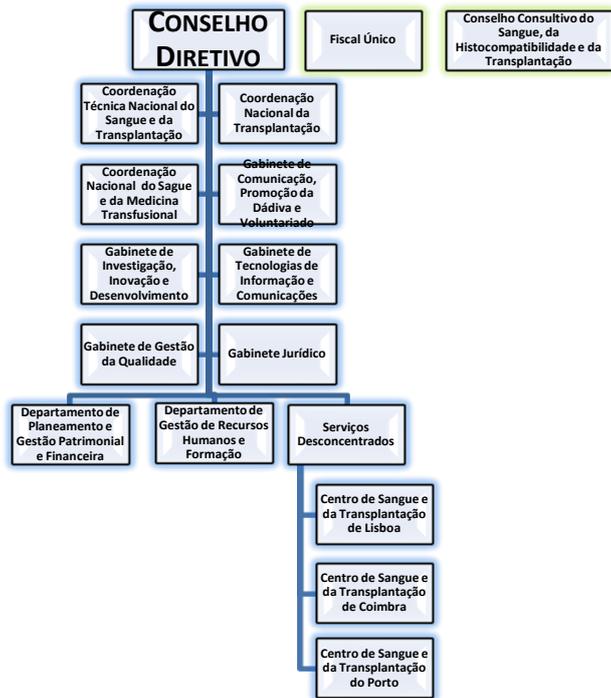
Em 2020, foi constituído um grupo de trabalho para propor a reorganização de funcionamento interno do IPST, IP, privilegiando a implementação de uma estrutura de organização matricial que reflita quer a estrutura base, de órgãos e serviços que está definida nos seus Estatutos, quer a estrutura funcional mais adequada que traduza a atual organização da atividade do IPST, IP, para responder às novas exigências cometidas por lei ou pela Tutela ao Instituto.

A Tabela e Ilustração seguintes apresentam a organização atual do IPST, IP.

Tabela 1 - Estrutura orgânica do IPST, IP

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

Ilustração 1 - Organograma do IPST, IP



II. Autoavaliação

II.1 Objetivos Definidos/Homologados para 2020

O IPST, IP remeteu por correio eletrónico (siadap.sgms@sg.min-saude.pt) a 5 de novembro de 2020 a avaliação do 1º semestre do QUAR acompanhada pela proposta de revisão de indicadores. Esta proposta incluiu a eliminação do indicador de desempenho 5.1 “Percentagem de aumento da referenciação de doadores em Morte Cerebral” que, por motivos relacionados com a pandemia COVID-19, se tornou desadequado. Atendendo à reafecção de camas de cuidados intensivos para tratamento de doentes COVID-19, verificou-se uma redução significativa da disponibilidade para a manutenção de potenciais doadores de órgãos em morte cerebral.

A aprovação das alterações foi homologada em 26 de novembro de 2020 por Sua Ex.^a a Senhora Ministra da Saúde.

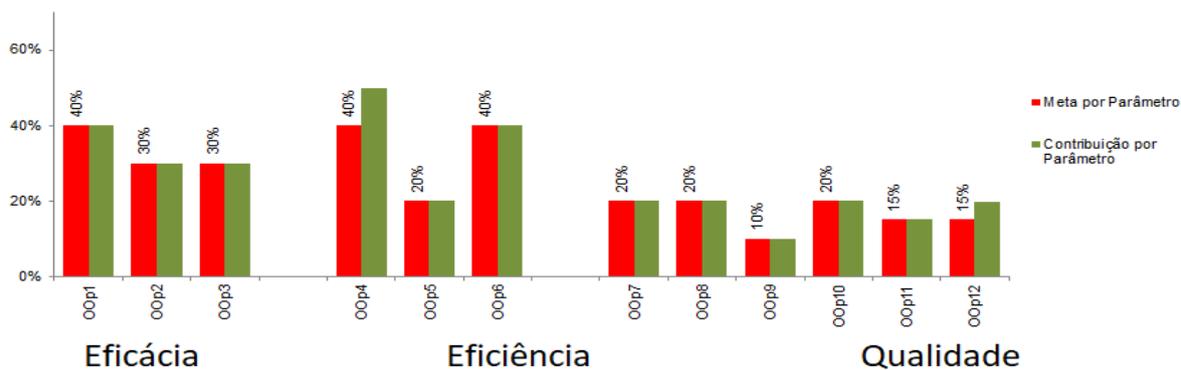
II.2 Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR

Verifica-se a concretização dos objetivos e dos parâmetros de avaliação conforme exposto na Tabela 2 e nos gráficos 1 e 2, havendo a salientar a superação de dois OOp (4 e 12).

Tabela 2 - Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global

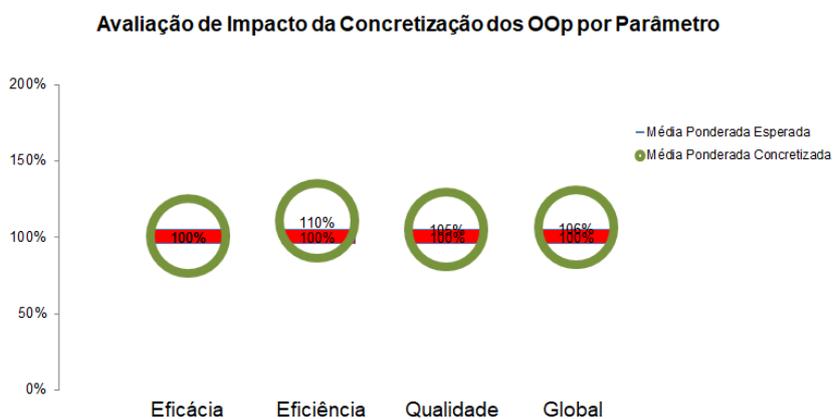
Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais								
	OOp's	Grau de realização dos OOp	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro	Média Ponderada Esperada por Parâmetro	Média Ponderada Concretizada por Parâmetro	Média Ponderada Esperada Global	Média Ponderada Concretizada Global
Eficácia (20%)	OOp1	100%	40%	40%	100%	100%	100%	106%
	OOp2	100%	30%	30%				
	OOp3	100%	30%	30%				
Eficiência (40%)	OOp4	125%	40%	50%	100%	110%		
	OOp5	100%	20%	20%				
	OOp6	100%	40%	40%				
Qualidade (40%)	OOp7	100%	20%	20%	100%	105%		
	OOp8	100%	20%	20%				
	OOp9	100%	10%	10%				
	OOp10	100%	20%	20%				
	OOp11	100%	15%	15%				
	OOp12	132%	15%	20%				
Executado		106%						

Gráfico 1 – Realização por OOp e Contributo para o Parâmetro



Fonte: IPST, IP

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



Fonte: IPST, IP

A Tabela seguinte, mostra o grau de realização dos diferentes OOp do QUAR.

Tabela 3 - Análise por Indicador 2020

Objetivo Operacional	Indicadores	Peso dos indicadores nos objetivos operacionais	Grau de realização das metas	Contribuição para os objetivos operacionais	Grau de realização dos objetivos operacionais
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	100%	100%	100%	100%
OOp2: Assegurar a dádva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	50%	100%	50%	100%
	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos	50%	100%	50%	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual	Elaboração dossier de qualificação da zona limpa dedicada ao processamento de tecido ocular (Nº de capítulos)	30%	100%	30,0%	100,0%
	Elaboração dos procedimentos de processamento (córneas para queratoplastia penetrante - PK - Nº de procedimentos)	30%	100%	30,0%	
	Validação do processamento de córneas para PK (Fases de validação)	40%	100%	40,0%	
OOp4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Percentagem de preços revistos da Tabela de Produtos e Serviços Prestados	100%	125%	125,00%	125%
OOp5: Manter a atividade de Doação e Transplantação	Nº de Hospitais auditados	100%	100%	100,0%	100%
OOp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST	Percentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	100%	100%	100%	100%
OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores	Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal	50%	100%	50%	100%
	Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis	50%	100%	50%	
OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores	Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência no contexto da CoVid-19	50%	100%	50%	100%
	Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho centralizado (meses para concretização)	50%	100%	50%	
OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores	Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nº de profissionais)	100%	100%	100%	100%
OOp10: Avaliação da Satisfação dos Dadores	Taxa de satisfação dos dadores	100%	100%	100%	100%
OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST	Percentagem de Partes Interessadas do IPST inquiridas	100%	100%	100%	100%
OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST	Número de conteúdos colocados na área "Destques" do site do IPST, IP	100%	132%	132%	132%

Fonte: IPST, IP

Na Tabela 4 pode verificar-se a articulação e alinhamento dos diversos Objetivos Operacionais (OOp) com os Objetivos Estratégicos (OE) definidos no Plano Estratégico 2020 – 2022 (PE).

Tabela 4 - Matriz de Relacionamento Objetivos Estratégicos/Objetivos Operacionais de 2020

Objetivos Operacionais	OE1	OE2	OE3	OE4	OE5	Grau de contributo dos OOp
OOp 1: OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	40%			40%	40%	120%
OOp 2: OOp2: Assegurar a dádva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	30%			30%	30%	90%
OOp 3: OOp3: Desenvolver o banco multitecidual		30%	30%	30%	30%	120%
OOp 4: OOp4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST				40%	40%	80%
OOp 5: OOp5: Manter a atividade de Doação e Transplantação		20%	20%	20%	20%	80%
OOp 6: OOp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST			40%	40%	40%	120%
OOp 7: OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores			20%	20%	20%	60%
OOp 8: OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores			20%	20%	20%	60%
OOp 9: OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores			10%	10%	10%	30%
OOp 10: OOp10: Avaliação da Satisfação dos Dadores	20%	20%	20%	20%	20%	100%
OOp 11: OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST			15%	15%	15%	45%
OOp 12: OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST			15%	15%		30%

Fonte: IPST, IP

Os OE são objetivos plurianuais, cuja componente anual se traduz em OOp mensuráveis através de vários tipos de indicadores, a fim de prosseguir as metas definidas em sede de PA.

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 Unidades Homogéneas sujeitos a avaliação).

A fixação das percentagens de contribuição a partir da ponderação global dos OOp do QUAR, permite visualizar o contributo dos OOp em 2020 para cada um dos parâmetros, bem como o impacto no cumprimento dos OE plurianuais definidos em PE. Pode verificar-se a concretização dos OOp relativamente ao planeado.

Tabela 5 - Grau de Contributo dos OOp para os OE

	Objectivos Operacionais	Meta					Grau de contributo dos OOp	Contribuição por Parâmetro					Grau de contributo dos OOp
		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
OOp 1	OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	40%			40%	40%	120%	40,0%			40,0%	40,0%	120%
OOp 2	OOp2: Assegurar a dádva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	30%			30%	30%	90%	30,0%			30,0%	30,0%	90%
OOp 3	OOp3: Desenvolver o banco multitecdular		30%	30%	30%	30%	120%		30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	120%
OOp 4	OOp4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST				40%	40%	80%				50,0%	50,0%	100%
OOp 5	OOp5: Manter a atividade de Doação e Transplantação		20%	20%	20%	20%	80%		20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	80%
OOp 6	OOp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST			40%	40%	40%	120%			40,0%	40,0%	40,0%	120%
OOp 7	OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores			20%	20%	20%	60%			20,0%	20,0%	20,0%	60%
OOp 8	OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores			20%	20%	20%	60%			20,0%	20,0%	20,0%	60%
OOp 9	OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores			10%	10%	10%	30%			10,0%	10,0%	10,0%	30%
OOp 10	OOp10: Avaliação da Satisfação dos Dadores	20%	20%	20%	20%	20%	100%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100%
OOp 11	OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST			15%	15%	15%	45%			15,0%	15,0%	15,0%	45%
OOp 12	OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST			15%	15%		30%			19,8%	19,8%		40%

Fonte: IPST, IP

II.2.1 Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR

Na tabela infra apresentam-se os resultados dos indicadores que medem os OOp estabelecidos em QUAR com a respetiva análise de superação.

Tabela 6 - Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR

Objetivo	Indicador	Meta 2020	Resultado	Taxa de Concretização	Classificação	Justificação do Desvio
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)	1.1 Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	12,00	8,22	100%	Atingiu	
OOp2: Assegurar a dáviva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 4) (R)	2.1 Percentagem de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	13,00	13,24	100%	Atingiu	
OOp2: Assegurar a dáviva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 4) (R)	2.2 Percentagem de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	18,90	18,62	100%	Atingiu	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5) (R)	3.1 Elaboração dossier de qualificação da zona limpa dedicada ao processamento de tecido ocular (Nº de capitulos)	4,00	3,00	100%	Atingiu	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5) (R)	3.2 Elaboração dos procedimentos de processamento (córneas para queratoplastia penetrante - PK - Nº de procedimentos)	2,00	1,90	100%	Atingiu	
OOp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5) (R)	3.3 Validação do processamento de córneas para PK (Fases de validação)	2,00	1,50	100%	Atingiu	
OOp4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 5) (R)	4.1 Percentagem de preços revistos da Tabela de Produtos e Serviços Prestados	80,00	100,00	125%	Superou	A conjugação imprevista de diversos fatores, nomeadamente, uma maior coincidência das disponibilidade dos profissionais envolvidos neste processo, conduziu à revisão completa da tabela de produtos e serviços prestados, culminando com a superação do OOp.
OOp5: Estabilizar a atividade de Doação e Transplantação (OE 3; OE 5) (R)	5.1 Nº de Hospitais auditados	3,00	4,00	100%	Atingiu	
OOp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST	6.1 Percentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	90,00	97,88	100%	Atingiu	
OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores	7.1 Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal	10,00	7,00	100%	Atingiu	
OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores	7.2 Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis	5,00	2,00	100%	Atingiu	
OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores	8.1 Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência de cada CST para a CoViD-19	85,00	95,23	100%	Atingiu	
OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores	Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho centralizado (meses para concretização)	9,00	11,00	100%	Atingiu	
OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores	9.1 Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nº de profissionais)	15,00	17,00	100%	Atingiu	
OOp10: Avaliação da Satisfação dos Dadores	10.1 Taxa de satisfação dos dadores	95,00	92,50	100%	Atingiu	
OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST	11.1 Percentagem de Partes Interessadas do IPST inquiridas	71,00	56,00	100%	Atingiu	
OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST	12.1 Número de conteúdos colocados na área "Destques" do site do IPST, IP	40,00	54,00	132%	Superou	A superação prende-se com a COVID-19, com a necessidade de publicitar mais informação e documentos a sofrerem atualizações mais frequentes (ex: planos de contingência e horários dos postos fixos)

II.3 Atividades Desenvolvidas, Previstas e Não Previstas no Plano, com Indicação dos Resultados Alcançados

II.3.1 Atividades Desenvolvidas Previstas no Plano com Indicação dos Resultados:

Continuação da implementação da estratégia de longo prazo aprovada em sede de PE, com o objetivo de cumprir a missão do IPST, IP e contribuir para a concretização das orientações do Ministério da Saúde, nomeadamente:

- a) Elaboração e divulgação do Plano de Contingência Institucional para a CoViD-19
 - Publicado no *site* e na gestão documental
- b) Elaboração dos documentos referentes ao ciclo de gestão 2020
 - Submissão do PE 2020/2022, do PA 2020 e RA 2019 concretizada em agosto de 2020
- c) Observância do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e reforço das medidas de Controlo Interno;
 - Auditoria concretizada em novembro 2020
- d) Boa gestão dos trabalhadores:
 - Segurança e saúde no trabalho
 - Concretizado em julho o procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho
 - Conciliação da vida profissional com a pessoal e familiar
 - Concretizada a meta estabelecida para trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitam a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal
 - Motivação
 - Concretizados 2 protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis
- e) Continuação das medidas desenvolvidas para cumprir com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2018, 26 de outubro
 - Estabelecidos 9 contratos de prestação de serviços que irão contribuir para a proteção ambiental
- f) Aperfeiçoamento do sistema de monitorização de indicadores de gestão
 - Concretizada a submissão de candidatura SAMA para financiamento da realização de uma ferramenta de *Business Intelligence*
- g) Reforço da comunicação e desenvolvimento da imagem
 - Superada a meta na disponibilização de conteúdos na área “Destaques” do site

- Realizadas as campanhas “Dê Sangue, Salve Vidas”, “Saí de Casa para Dar Sangue” e a campanha de verão intitulada “Dê Sangue, Ajude a Vida a Vencer”
- h) Reformulação do site
- Disponibilização da nova versão do *site* em 14 de junho 2020
- i) Plano anual de formação aprovado pelo CD
- j) Elaborada proposta de atualização da tabela de preços de produtos e serviços da área do sangue
- k) Concretizada a ação de capacitação, desenvolvida em parceria com o LabX, com o objetivo de implementar medidas de mudança organizacional, ao nível da comunicação entre o IPST, IP e os cidadãos/dadores
- l) Simplificar e normalizar procedimentos com vista a uma gestão pela qualidade
- Implementação de procedimentos simplificados/normalizados
- m) Sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica
- Realizadas 94 sessões de colheita de sangue em áreas de elevada diversidade étnica

II.3.1.1 Grau de Execução do PA

A Tabela 7 – Grau de Execução do PA, exibe o número de objetivos Atingidos, Não Atingidos e Superados por Unidade Orgânica, bem como uma análise comparativa relativamente ano anterior.

Tabela 7 – Grau de Execução do PA

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)	5	3	1	1
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF)	8	-	8	-
Coordenação Nacional Da Transplantação (CNT)	5	2	1	2
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)	5	-	3	2
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	2	2	-	-
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	5	-	5	-
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	14	2	8	4
Gabinete Investigação, Inovação e Desenvolvimento	7	5	2	-
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)	23	12	10	1
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CSTC)	17	10	7	-
Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)	19	7	10	2
Total de objetivos e tipo do cumprimento de objetivos para o Ano de 2020 (absoluto)	110	43	55	12
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2020	100%	39%	50%	11%
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2019	100%	50%	35%	15%

Como se pode observar na análise da Tabela 7 verificou-se uma diminuição de 4% de objetivos não atingidos e um aumento de 15% de objetivos atingidos face a 2019.

II.3.2 Atividades Desenvolvidas Não Previstas no Plano

- a) Procedimento concursal para fracionamento de 15.000 litros de plasma do IPST, CHUP e CHUSJ e consecução de medicamentos derivados do plasma de origem nacional, designadamente imunoglobulina humana, para fazer face aos constrangimentos na sua obtenção, relacionados com a sua menor disponibilização mundial, por causa da pandemia.
- b) Realização de uma reunião com os Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação e os Coordenadores Hospitalares de Doação para esclarecimento de dúvidas relacionados com o plano de contingência da COVID-19 para a área da Transplantação.
- c) Início da revisão da organização interna da instituição e da reafecção dos profissionais e atualização dos centros de custo.
- d) Ao nível dos projetos financiados, visando a transição para uma economia de baixo teor de carbono, sublinha-se a aprovação em 2020 do projeto de Eficiência Energética no edifício do CST Porto. Igualmente objeto de financiamento, foi também aprovada a participação do IPST, IP no Programa de Acessibilidades aos Serviços Públicos e Via Pública para os edifícios de Lisboa, Porto e Coimbra.

II.4 Análise das Causas de Incumprimento de Ações ou Projetos Não Executados ou com Resultados Insuficientes

O SNS enfrentou ao longo de 2020 um dos maiores e mais inesperados desafios de sempre, após a declaração pela OMS da Pandemia causada por um vírus, SARS-COV-2, de elevada transmissibilidade humana.

A elaboração e implementação de Planos de Contingência de forma a garantir a sustentabilidade do fornecimento e segurança do sangue e componentes sanguíneos, bem como, para a sustentabilidade dos programas de transplantação (órgãos, tecidos e células) durante o surto pandémico COVID-19, constituíram uma das prioridades do ano de 2020.

Definir os procedimentos de segurança de forma a mitigar o risco de transmissão do SARS-COV-2 através das substâncias de origem humana, reduzindo também o risco de infeção de profissionais e dadores, foi atividade prioritária.

Verificou-se, como seria expectável, uma diminuição da atividade homóloga nos vários indicadores monitorizados entre 2019 e 2020. Esta redução deveu-se principalmente a:

- Ambiente pandémico com conseqüente contração global da atividade social e económica;
- Minimização da densidade de ocupação de espaços;

- Necessidade de adotar normas e procedimentos de logística, higienização e distanciamento físico muito mais exigentes e mais demorados;
- Não adequação de locais de colheita de sangue e menor disponibilidade dos doadores de sangue;
- Necessidade de desviar recursos hospitalares para o combate à pandemia.

A atividade hospitalar não foi uniforme ao longo de 2020. Este facto trouxe incerteza ao planeamento das atividades do IPST, IP. Se por um lado, houve períodos em que a diminuição da generalidade do consumo de componentes sanguíneos foi muito significativa, houve outros em que a necessidade de determinados produtos aumentou. Apesar de toda a incerteza causada por esta situação, com períodos de redução relevante da colheita de componentes sanguíneos em meio hospitalar, o IPST, IP conseguiu contribuir de forma decisiva para suprir as necessidades do país. A estratégia definida permitiu minimizar o impacto da pandemia nas colheitas de sangue, que diminuíram apenas 5,6% relativamente a 2019.

Ao mesmo tempo, e no que à transplantação diz respeito, podemos observar uma redução muito significativa na disponibilidade de recursos humanos e equipamentos, nomeadamente camas de cuidados intensivos, que condicionaram de forma muito relevante a atividade planeada, tendo-se verificado uma redução de 21% da atividade. Ainda assim, mantendo-se a aposta na promoção da gestão sustentável da rede de doação e transplantação, em 2020, Portugal ocupou o 4º lugar mundial e o 3º europeu ao nível da doação de órgãos, destacando-se uma melhoria na taxa de aproveitamento de órgãos relativamente a 2019.

II.5 Audição de Dirigentes Intermédios e Demais Trabalhadores na Autoavaliação dos Serviços

O IPST, IP tem implementado um SGQ assente na persecução da melhoria contínua e tendo em vista a satisfação das suas partes interessadas, nomeadamente dos seus colaboradores.

A satisfação com a organização inclui a percepções de igualdade de tratamento e a dedicação/comprometimento organizacional, traduzindo-se num menor desejo de abandonar a organização e num maior compromisso no alcance dos objetivos organizacionais, pelos colaboradores. É da maior relevância a confiança na gestão, a redução de conflitos e a melhoria no desempenho individual e organizacional. A coesão da equipa traduz-se por um sentido de pertença, uma comunidade de trabalho e manifesta-se numa maior satisfação no trabalho.

Sendo a satisfação profissional da maior importância para o IPST, IP, foi enviado no período de 15/12/2020 a 19/01/2021, um questionário de avaliação da satisfação aos seus colaboradores.

No questionário avaliam-se 3 parâmetros da relação do colaborador com a instituição:

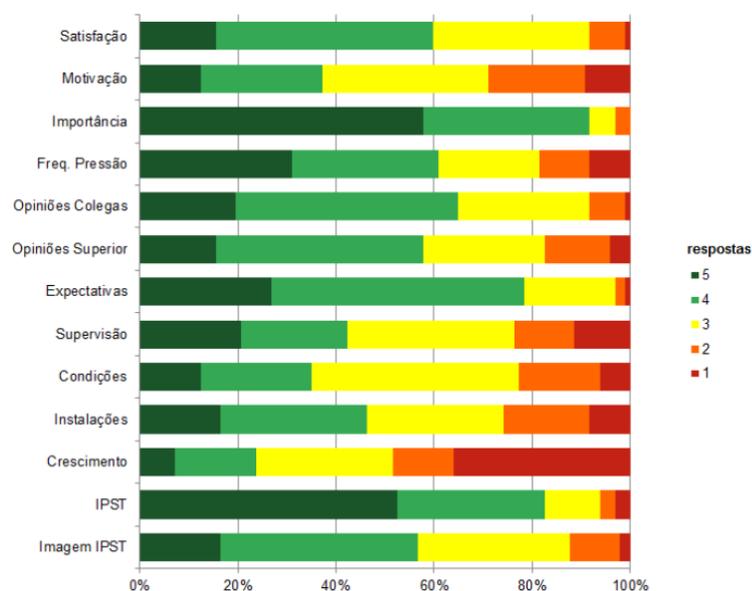
1. Trabalho que desenvolve na perspetiva do colaborador
 - a. Nível de satisfação em relação ao trabalho que desenvolve
 - b. Motivação no IPST, IP relativamente ao trabalho que desenvolve
 - c. Avaliação da importância que atribui ao trabalho que desenvolve
 - d. Avaliação da pressão a que o trabalho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

O trabalho que desenvolve na interação que tem com os colegas e com o superior hierárquico

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

No total foram respondidos 97 questionários (77 em 2019). O questionário foi disponibilizado na pasta de comunicação do SGQ na intranet e foi feito um reforço da informação aos colaboradores no sentido de melhorar a taxa de resposta, que subiu relativamente a 2019 em 2,5%.

Gráfico 3 - Respostas aos Inquéritos de Satisfação



A tabela seguinte traduz o número de respostas por categoria profissional e a respetiva percentagem no contexto global das respostas.

Tabela 8 – Percentagem de respostas por categoria profissional

Categoria Profissional	Colaboradores	%
Assistente Operacional	6	6,2%
Assistente Técnico	18	18,6%
Enfermeiro	21	21,6%
Informático	1	1,0%
Médico	4	4,1%
Técnico Superior	15	15,5%
Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	28	28,9%
Técnico Superior de Saúde	4	4,1%
Total Geral	97	100,0%

O maior número de respostas positivas (89 – 91.8%) foi à questão “Que importância atribui ao trabalho que desenvolve?”. A pergunta que teve mais respostas negativas foi “Considera que tem oportunidade de crescimento profissional no IPST?”. Foram 47 colaboradores, cerca de metade (48,5%) que consideram não existir oportunidade de crescimento na carreira profissional. Para além de ser a que teve mais respostas negativas foi também a que teve menos respostas positivas, refletindo talvez a não existência de opiniões muito divergentes.

Relativamente às condições de trabalho, a pergunta “De um modo geral, como avalia as condições de trabalho no IPST?” foi a que teve maior número de respostas neutras.

A média global de respostas foi de 3.6 pontos, valor que tem vindo a apresentar uma muito ligeira subida desde 2018 com 3,39, e 2019 com 3,42. A taxa global foi de 71,1%.

Tabela 9 – Média ponderada

Q	Questão	Opções da Escala					Média Ponderada
		1	2	3	4	5	
Q1	Satisfação	1	7	31	43	15	3,7
Q2	Motivação	9	19	33	24	12	3,1
Q3	Importância	0	3	5	33	56	4,5
Q4	Freq. Pressão	8	10	20	29	30	3,6
Q5	Opiniões Colegas	1	7	26	44	19	3,8
Q6	Opiniões Superior	4	13	24	41	15	3,5
Q7	Expectativas	1	2	18	50	26	4,0
Q8	Supervisão	11	12	33	21	20	3,3
Q9	Condições	6	16	41	22	12	3,2
Q10	Instalações	8	17	27	29	16	3,3
Q11	Crescimento	35	12	27	16	7	2,5
Q12	IPST	3	3	11	29	51	4,3
Q13	Imagem IPST	2	10	30	39	16	3,6
						Média global	3,6
						Taxa Global	71,1

Fonte: IPST, IP

A análise comparativa com anos anteriores mostra que a proporção de respostas negativas no ano de 2020 é o mais baixo nos últimos 3 anos, e que a proporção de respostas positivas foram as mais elevadas nos últimos 3 anos.

A apreciação global consta na tabela seguinte.

Tabela 10 - Satisfação dos Colaboradores

Satisfação dos Colaboradores			
A opinião dos colaboradores foi auscultada através de inquérito de medição do grau de satisfação			
Inquéritos aos Colaboradores	1 Taxas de Respostas (%)		19.1%
	2 Classificação obtida	Percentagem de respostas positivas (4 ou 5)	56.3%
		Percentagem de respostas neutras (3)	20.5 %
		Taxa global de todas as respostas dadas	71.1%
	3 Evolução do grau de Satisfação dos colaboradores em relação ao ano anterior	Percentagem de respostas positivas (4 ou 5) em 2019	53.2%
		Percentagem de respostas neutras (3) em 2019	23.5%
		Taxa global de todas as respostas dadas em 2019	68.4%
	4 Realização de outros tipos de avaliação		Não

II.6 Apreciação, por Parte dos Utilizadores, da Quantidade e Qualidade dos Serviços Prestados

II.6.1 Retorno da Informação do Cliente e Partes Interessadas

No ano de 2020, foi mantida a metodologia (nas unidades homogéneas) de:

- Avaliação da Satisfação dos Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea
- Avaliação da Satisfação Clientes Nacionais
- Avaliação Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE
- Avaliação/Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização

A metodologia de avaliação da Satisfação dos Promotores da Sessão de Colheita foi alterada tendo sido estabelecido um envio anual a cada Promotor.

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

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

- Avaliação da Satisfação dos 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 2020 foi efetuada em 2 períodos: a primeira avaliação efetuada na primeira quinzena de julho e a segunda avaliação efetuada na segunda quinzena de novembro. Foram recolhidos um total de 1503 questionários de dadores de sangue, dos quais: 506 são do CSTC; 495 são do CSTL; e 502 são do CSTP.

Verifica-se que, nos 3 centros, a percentagem de mulheres (F) que responderam ao inquérito é sempre superior aos homens (M), no global 809 (53.83%) inquéritos são provenientes de mulheres.

A média de idades dos dadores foi de 40.4 (+/- 12.1) anos, sendo que a média de idades no CSTP foi de 41.1 (+/- 11.5), no CSTC foi de 41.6 (+/- 11.8) e no CSTL foi de 38.5 (+/- 12.7).

Tendo em conta a escolaridade, verifica-se que são os dadores com o 12º os mais frequentes (33.5%).

Na avaliação das respostas verifica-se que a questão pior classificada foi a questão Q06 (horário de funcionamento), seguida de perto pela questão Q09 (classificação das instalações/privacidade).

A questão melhor pontuada foi, à semelhança de 2019 e 2018, a Q28 (probabilidade de recomendar).

A média global de todas as respostas dadas nos questionários foi de 4.62 (taxa global de 92.4%).

Destes, 98.8% das respostas aos inquéritos tiveram uma classificação positiva, com uma média global para todas as respostas dadas nos questionários de 4.64 (taxa global de 92.8%). A questão pior classificada foi a questão Q06 (Horário de funcionamento), seguida de perto pela questão Q09 (Classificação das instalações privacidade). Tendo em conta o valor médio por questão, verificamos que Q06 e Q21 (Rapidez colheita) tiveram valores mais baixos em 2019 do que 2018. A questão melhor pontuada foi, à semelhança de 2018, a Q28 (Probabilidade de recomendar) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Avaliação da Satisfação dos Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea

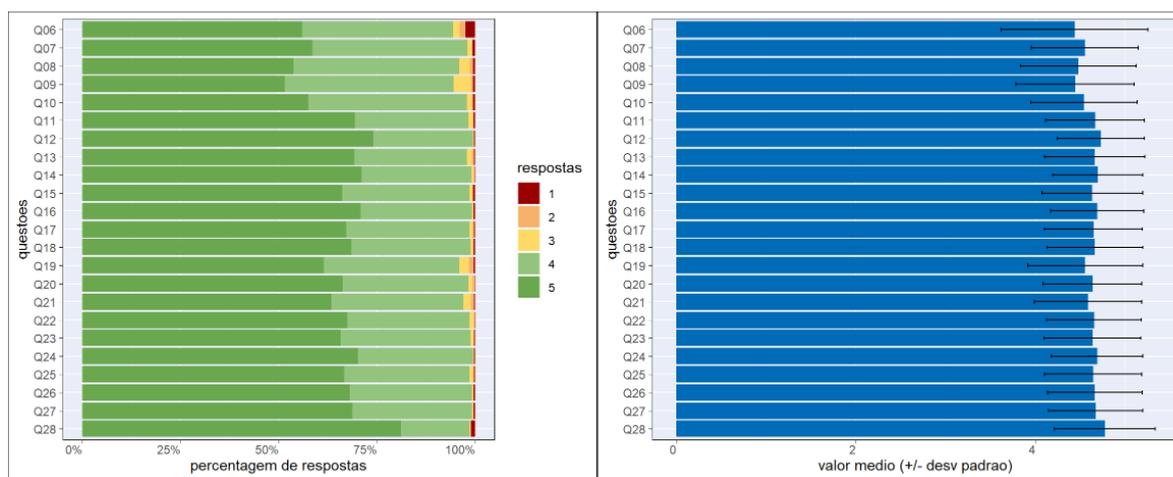


Tabela 11 - Legenda do Questionário

Q06	HORARIO DE FUNCIONAMENTO	Q18	CAP.TEC. REFEICAO
Q07	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES LIMPEZA	Q19	RAPIDEZ INSCRICAO
Q08	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES CONFORTO	Q20	RAPIDEZ TRIAGEM
Q09	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES PRIVACIDADE	Q21	RAPIDEZ COLHEITA
Q10	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES GERAL	Q22	RAPIDEZ REFEICAO
Q11	ATENDIMENTO INSCRICAO	Q23	AVALIACAO GLOBAL INSCRICAO
Q12	ATENDIMENTO TRIAGEM	Q24	AVALIACAO GLOBAL TRIAGEM
Q13	ATENDIMENTO COLHEITA	Q25	AVALIACAO GLOBAL COLHEITA
Q14	ATENDIMENTO REFEICAO	Q26	AVALIACAO GLOBAL REFEICAO
Q15	CAP.TEC. INSCRICAO	Q27	AVALIACAO GLOBAL DO CST
Q16	CAP.TEC. TRIAGEM	Q28	PROBABILIDADE DE RECOMENDAR
Q17	CAP.TEC. COLHEITA		

- **Avaliação da Satisfação Clientes Nacionais**

Em 2020 foi mantida a mesma metodologia, comum à área do sangue e transplantação, na avaliação da satisfação de clientes externos iniciada em 2012 tendo sido recolhidos questionários de satisfação a 72 clientes nacionais (o que representa uma diminuição de 26% relativamente ao número de questionários de 2019). O nível de satisfação com o Tempo de Entrega do produto/serviço é a questão pior classificada, em 2020, enquanto nos anos anteriores a questão pior classificada era relativa à Quantidade de Produto/serviço disponibilizados relativamente às necessidades?

De salientar que as respostas às questões da confiança (Qual é o seu nível de satisfação com a Confiança e Segurança nos produtos distribuídos/serviço prestado?) e da cortesia (Como classifica a Simpatia/Cortesia dos profissionais no atendimento?) que à semelhança dos anos anteriores são das melhores classificadas pelos clientes do IPST.

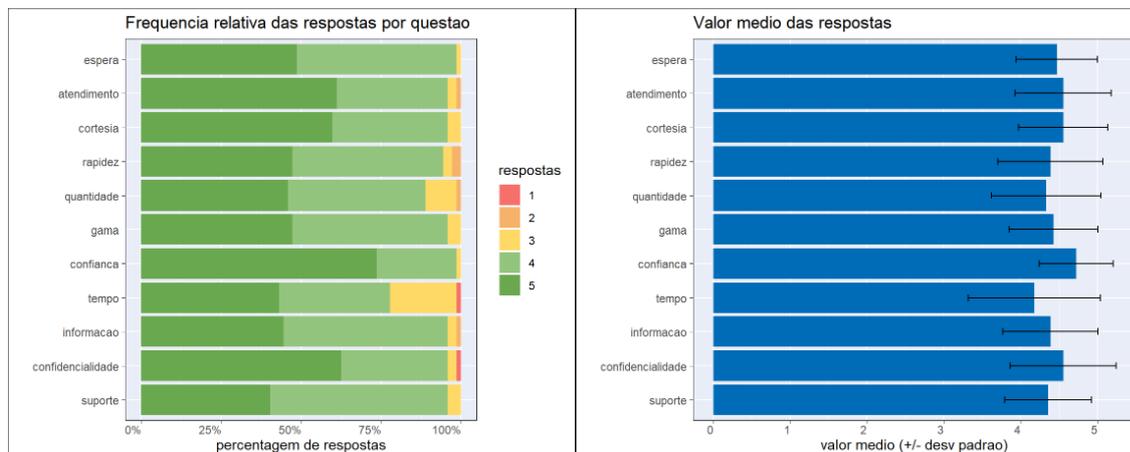
De uma forma geral observa-se que os resultados de 2020 são sobreponíveis aos resultados de 2018 e 2019.

Tabela 12 – Distribuição do número de questionários

Distribuição do número de questionários pelo local onde foram recolhidos:

origem	n
CSTC-AS	12
CSTC-AT	6
CSTL-AS	31
CSTL-AT	6
CSTP-AS	10
CSTP-AT	7

Tabela 13 – Frequência relativa das respostas por questão



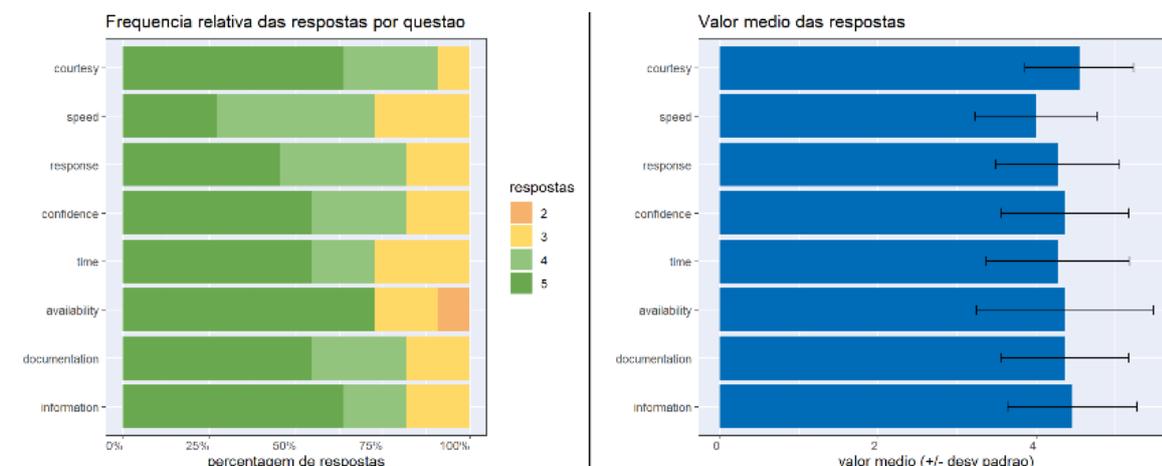
Fonte: IPST, IP

• **Avaliação Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE**

Os resultados apresentados são relativos às respostas a 11 questionários de clientes internacionais do IPST, em 2020 (o que representa uma diminuição relativamente ao número de questionários de 2019).

As questões pior classificadas são relativas à rapidez e eficiência a resolver questões e ao tempo de entrega de produtos, à semelhança do verificado nos anos anteriores.

Tabela 14 - Frequência relativa das respostas por questão



Fonte: IPST, IP

- **Avaliação da Satisfação dos Promotores de Sessões de Colheita**

Em 2020, foram respondidos um total de 8 questionários de avaliação de satisfação relativos a promotores da dádiva. A baixa taxa de resposta deve-se à alteração da metodologia, que passou a consistir no envio anual do questionário a cada promotor por correio eletrónico. Esta alteração de procedimento coincidiu com constrangimentos relacionados com a migração para novos servidores de email. Este fator condicionou o envio dos referidos questionários.

A metodologia de avaliação assenta em 10 perguntas. Quatro relativas ao planeamento das sessões de colheita, outras quatro relativas à realização das sessões de colheita, uma sobre a satisfação global e outra a perguntar se considera continuar a ser colaborador. Foram solicitadas sugestões de melhoria.

Foram dois os parâmetros avaliados:

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

A avaliação da satisfação foi feita através de uma escala de Likert de 5 opções. Opções 1 e 2, negativas (insatisfação), opções 4 e 5, positivas (satisfação) e uma opção 3, neutra (nem satisfeito, nem insatisfeito). Das oito respostas ao questionário houve um promotor que não respondeu à 1ª pergunta.

As respostas foram maioritariamente positivas (92,4%). As respostas negativas incidiram exclusivamente na realização das sessões de colheita, nomeadamente no horário das sessões de colheita, na organização das sessões e na simpatia dos profissionais. Há também algum descontentamento relativamente ao atendimento telefónico quando do planeamento das sessões de colheita, com uma resposta neutra.

Tabela 15 – Distribuição das respostas Numeração e formatação das tabelas

Perguntas	Respostas			Total
	Negativas	Neutras	Positivas	
Plan_atendimento	0,0%	14,3%	85,7%	100,0%
Plan_acessibilidade	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Plan_simpatia	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Plan_resolução	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Colh_horário	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
Colh_organização	12,5%	12,5%	75,0%	100,0%
Colh_simpatia	12,5%	0,0%	87,5%	100,0%
Colh_resolução	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%
Global	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Continuar	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total	3,8%	3,8%	92,4%	100,0%

A média ponderada para cada uma das respostas é a que consta no quadro seguinte. A média global foi de 4,4 e a taxa global de 88,1%

Tabela 16 – Média ponderada das respostas

Perguntas	Opções de Respostas					Média Ponderada
	1	2	3	4	5	
Plan_atendimento	0	0	1	3	3	4,29
Plan_acessibilidade	0	0	0	2	6	4,75
Plan_simpatia	0	0	0	4	4	4,50
Plan_resolução	0	0	0	4	4	4,50
Colh_horário	0	1	0	4	3	4,13
Colh_organização	0	1	1	2	4	4,13
Colh_simpatia	0	1	0	4	3	4,13
Colh_resolução	0	0	1	1	6	4,63
Global	0	0	0	6	2	4,25
Continuar	0	0	0	2	6	4,75
				Média Global		4,40
				Taxa Global		88,07

Não é possível a comparação com anos anteriores dada a alteração da metodologia.

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

O controlo e a monitorização do desempenho dos fornecedores foi efetuado de acordo com os critérios abaixo especificados juntamente com as ocorrências/reclamações.

A valoração para cada parâmetro avaliado é de 20% nos produtos e 33.33% nos serviços, sendo considerada a média final entre produtos e serviços (quando aplicável).

Produtos

- Prazo de entrega
- Quantidade
- Embalagem
- Prazo de Validade
- Condições de transporte

Serviços

- Tempo de resposta do serviço
- Tempo de resposta de entrega do relatório
- Conformidade do serviço

Os fornecedores identificados como críticos apresentam uma média das avaliações foi de 98,3%. As classificações foram comunicadas individualmente a cada um dos fornecedores avaliados.

Indicador	2019	2020
Média da Avaliação do Fornecedores	96,3	98,3

II.7 Avaliação do Sistema de Controlo Interno

O IPST, IP tem implementada uma abordagem por processos de acordo com a ISO 9001 desde 7 de janeiro de 2013, a qual está certificada pela Associação Portuguesa de Certificação (APCER), bem como um plano de auditorias anual, no âmbito do controlo interno da legalidade e risco de corrupção e infrações conexas.

Neste contexto, existem contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas, quer a nível central, quer local.

- **Planeamento, monitorização e melhoria**

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

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

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

As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão definidas e formalizadas em registos. Os fluxos dos processos, as responsabilidades por cada etapa e padrões de qualidade mínimos estão definidos no documento “Manual da Qualidade”, estando os circuitos dos documentos definidos no “Controlo Documental” de forma a evitar redundâncias.

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

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

- **Controlo através das auditorias internas**

A conformidade do IPST com a legislação e normas aplicáveis é verificada internamente através da realização de auditorias independentes. O programa de auditorias internas abrange toda a abordagem por processos e metodologias de suporte, sendo as constatações apresentadas em relatório como não conformidades e/ou oportunidade de melhoria, se relatadas. É efetuada a verificação da eficácia das ações corretivas e ações preventivas anteriores às auditorias.

Em 2020 foram programadas 27 auditorias ao SGQ no programa de auditorias aprovado em 21 de janeiro, no entanto, este foi sendo revisto em conformidade com as indicações emanadas pela DGS relativas à contingência decorrente da pandemia, tendo o Conselho Diretivo dado indicações para o adiamento das auditorias planeadas para os meses de março, abril, maio e junho.

As auditorias foram remarcadas e reiniciadas em julho.

Foram realizadas 17 das 27 planeadas que corresponde à taxa de 63%, conforme pode ser verificado na tabela infra:

Tabela 17 - Auditorias Programadas e Realizadas em 2020 (valores mensais acumulados)

Mês	Programadas	Realizadas	% Acumulada
Janeiro	3	3	100%
Fevereiro	7	6	86%
Março	10	6	60%
Abril	15	6	40%
Maiο	18	6	33%
Junho	18	6	33%
Julho	19	8	42%
Agosto	19	8	42%
Setembro	21	12	57%
Outubro	25	14	56%
Novembro	27	17	63%
Dezembro	27	17	63%

Fonte: IPST, IP

Foi ainda planeada e realizada uma Auditoria de Controlo Interno no mês de novembro no âmbito das retribuições por atividades fora do período normal de trabalho.

- **Controlo através das auditorias externas**

O IPST, IP foi objeto de auditoria de acompanhamento pela APCER. “Nesta auditoria foi verificado o âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade que não sofreu alteração mantendo a seguinte redação: Área Funcional do Sangue: a) Colheita, processamento, armazenamento, distribuição e disponibilização de componentes sanguíneos humanos; b) Testes laboratoriais de imunohematologia de rotina e referencia; testes laboratoriais de rastreio serológico e genómico para agentes infecciosos, testes laboratoriais de imunologia plaquetária; c) Controlo de qualidade de componentes sanguíneos; d) hemovigilância. 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; e) Biovigilância.”

O relatório da última auditoria realizada em 14,15 e 16 de setembro de 2020 pela APCER, referenciada internamente como 2020/29, sumariza-a: “o IPST demonstra conhecer e entender os requisitos aplicáveis no âmbito do Sistema de Gestão da Qualidade, aos produtos e serviços prestados, incluindo as exigências estatutárias e regulamentares. Aplica as práticas que determinou serem necessárias resultando na capacidade de, na generalidade, cumprir aqueles requisitos.”

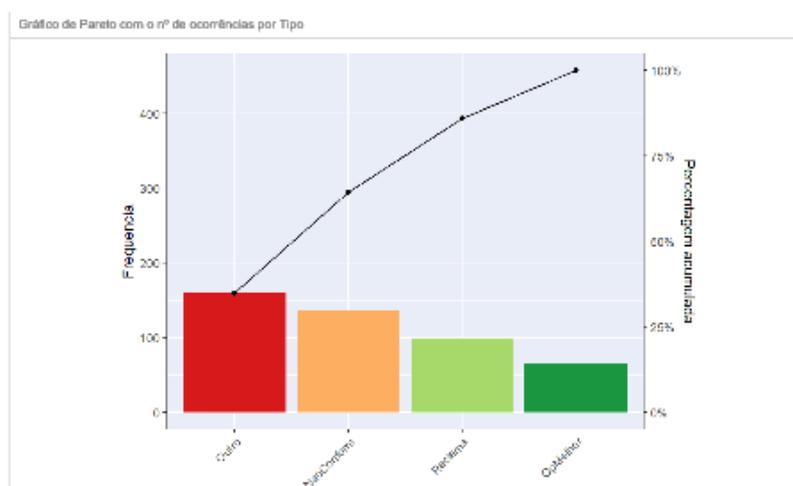
CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

“(…) a equipa auditora refere que o Sistema de Gestão Qualidade do IPST está estruturado de forma a dar cumprimento, na sua generalidade, aos requisitos da NP EN ISO 9001:2015, com exceção das constatações identificadas na continuação deste Relatório, pelo que se recomenda a manutenção da Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade após envio das necessárias ações corretivas para tratamento das não conformidades registadas na continuação deste Relatório.

- **Controlo dos resultados dos desvios**

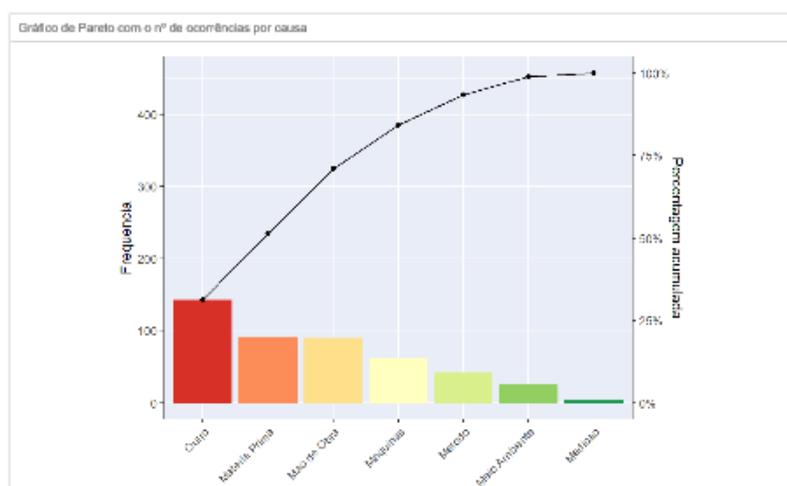
Em 2020, foram registadas um total de 457 ocorrências das quais 135 foram classificadas como não conformidades (gráfico seguinte).

Gráfico 5 – Nº de Ocorrências por Tipo



Fonte: IPST, IP

Gráfico 6 – Distribuição das ocorrências por causas



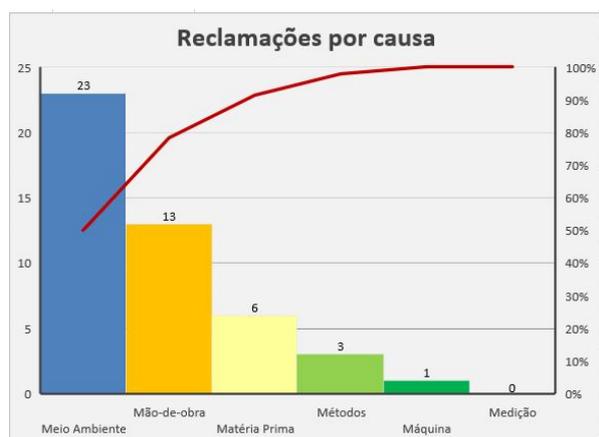
Fonte: IPST, IP

- **Controlo das Reclamações**

No ano 2020 foram notificadas 63 reclamações, relativas à área do sangue, provenientes de dadores, Clientes e Partes interessadas.

Relativamente às 46 reclamações de dadores, verifica-se que a causa principal é relativa ao meio ambiente, 23, onde se enquadram as questões relativas aos critérios de elegibilidade.

Gráfico 7 - Reclamações de dadores por



Fonte: IPST, IP

Paralelamente foram registados também 8 elogios, todos tiveram como causa principal a mão-de-obra.

- **Controlo da avaliação da satisfação dos clientes**

As metodologias de avaliação da satisfação dos clientes nacionais, internacionais, colaboradores e partes interessadas foram mantidas. A metodologia de avaliação dos promotores das sessões de colheita foi alterada conforme descrito no ponto II.6.

O grau de satisfação também é suportado pelos elogios registados.

- **Controlo da utilização da marca de certificação**

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

- **Controlo da formação**

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

No ano 2020 foram realizadas, com prioridade sobre as demais, as ações consideradas estratégicas para atualização dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais. Tendo em conta o contexto Pandémico a formação em tempo real através de plataformas digitais foi a predominante quando realizada por entidades terceiras, mantendo-se a formação presencial interna, ou seja a organizada pelo próprio Instituto, em que formadores e formandos são profissionais da organização. pelo que conseguiu-se que 430 profissionais frequentassem pelo menos 1 ação de formação durante o ano de 2020.

Foram igualmente realizadas ações de formação no âmbito da COVID-19, da Hemovigilância e ISBT128 (International Society of Blood Transfusion).

- **Acompanhamento do 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 RA. Este Capítulo e a Tabela seguinte, sumarizam o tratamento dos dados na perspetiva do sistema de controlo interno.

Tabela 18 – Resumo do Sistema de Controlo Interno

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 administrativa, designadamente recursos humanos, financeiros e aquisições de bens e serviços, visando a eficácia e eficiência, cobrindo as suas diversas etapas ou fases. As especificações técnicas estão documentadas no PA, RA e Relatório de Gestão.
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	X			Durante a prática corrente, caso algum dos profissionais verifique a não conformidade em qualquer atividade onde estes requisitos sejam aplicáveis, deverá relatar a ocorrência para tomada de ação. Durante as auditorias à abordagem por processos, estes requisitos são verificados, por amostragem. No ano de 2020 foram realizadas auditorias, quer no âmbito do Controlo Interno quer no contexto da Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, incidindo, especialmente, em iniciativas de controlo legal e financeiro.
1.3 Os elementos da equipa de controlo e auditoria possuem a habilitação necessária para o exercício da função?	X			As equipas de controlo e auditorias integram profissionais com habilitação necessária para o exercício da função, nomeadamente formação em auditorias, treino como observadores de auditorias e avaliação.
1.4 Estão claramente definidos valores éticos e de integridade que regem o serviço (ex. códigos de ética e de conduta, carta do utente, princípios de bom governo)?	X			As atividades desenvolvidas respeitam os valores éticos, de integridade, de boa conduta e boa gestão previstos na legislação portuguesa e no Código de Ética e Boa Conduta do IPST, IP, bem como a contratação pública, a Lei n.º 67/98 para proteção de dados pessoais, entre outras.
1.5 Existe uma política de	X			Os Centros de Sangue e da Transplantação e as unidades orgânicas participam

formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?				ativamente no processo de elaboração do plano anual de formação através do diagnóstico 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			Existe envolvimento dos diretores de departamento, diretores técnicos e demais gestores dos processos e responsáveis de área no processo de tomada de decisão, relativamente aos objetivos estratégicos e operacionais fixados. Estão estabelecidas reuniões periódicas, nomeadamente semanais com os Diretores da DPRHF e DPGPF, mensais com as Direções Técnicas com agendamento de reuniões de trabalho sempre que justificado.
1.7 O serviço foi objeto de ações de auditoria e controlo externo?	X			Realizada uma auditoria externa de acompanhamento ao SGQ de acordo com a NP EN ISO 9001:2015 pela APCER. Auditoria pela IGAS ao sistema de assiduidade dos profissionais.
2 – Estrutura organizacional				
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às regras definidas legalmente?	X			Conforme Portaria nº165/2012 , de 22 de maio, que aprova os Estatutos do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., e revoga a Portaria n.º 811/2007 , de 27 de julho. Conforme Decreto-Lei nº 39/2012 , de 16 de fevereiro que aprova a orgânica do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.
2.2 Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?	X			Em 2020 estavam em condições de ser avaliados cerca de 62% dos colaboradores pelo sistema SIADAP. Ainda não foi regulamentada a aplicação do sistema aos profissionais da carreira de TSDT e aos profissionais médicos encontra-se em fase de implementação.
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?	X			No ano de 2020 92% dos colaboradores frequentaram pelo menos uma ação de formação, face ao contexto Pandémico privilegiou-se formação via plataformas digitais, bem como ações internas tendo como formadores profissionais do IPST, IP, aqui destacam-se temáticas relativas às medidas preventivas para a COVID 19 e boas práticas na área laboratorial. De uma forma geral, o Setor de Formação contribuiu para dotar os profissionais deste Instituto de competências, para que fosse possível a prestação de um serviço de excelência, contribuindo para uma Administração Pública cada vez mais moderna, eficaz e eficiente.
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 electrónico.
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 laboratoriais na carreira dos TACSP. Também se contempla a rotação em atividades das respetivas carreiras, para os Assistentes Técnicos e para os Assistentes Operacionais dos Centros de Sangue e Transplantação.
3.5 As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos	X			Designação e identificação dos responsáveis pelas diferentes tarefas/conferências e controlos.

estão claramente definidas e formalizadas?				
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?	X			Descrição no Manual da Qualidade – MQ.1.
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	X			Definido na metodologia de suporte: Controlo Documental – MS.1
3.8 Existe um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas?	X			Existe um Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas aprovado pelo CD.
3.9 O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é executado e monitorizado?	X			Sim, mediante elaboração de relatório.
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 <i>software</i> Sistema de Informações Descentralizado de Contabilidade (SIDC), na área da faturação existe a aplicação Primavera para a área da transplantação e a aplicação Fact para a área do sangue e no aprovisionamento a aplicação Gestão de Materiais da Glintt. O controlo de documentos que não sejam registos é realizado em base de dados Sword Achiever para <i>software</i> IBM Lotus Notes.
4.2 As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?	X			Sim, com exceção da aplicação da Glintt.
4.3 Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?	X			Análise e conferência da informação gerada pelas aplicações da Área do Sangue e da Área da Transplantação. Está em desenvolvimento a reestruturação dos "outputs".
4.4 A informação extraída dos sistemas de informação é utilizada nos processos de decisão?	X			O Conselho Diretivo utiliza informação dos sistemas informáticos, nomeadamente estatísticas e indicadores de atividade e desempenho, na análise para suporte à tomada de decisões.
4.5 Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?	X			As aplicações estão definidas de modo a só permitir entrada dos utilizadores identificados no sistema mediante nome do utilizador e palavra-chave,
4.6 A informação dos computadores de rede está devidamente salvaguardada (existência de backups)?	X			Existem arquivos das bases de dados assim como dos sistemas operativos.
4.7 A segurança na troca de informações e <i>software</i> está garantida?	X			Para as informações a segurança é garantida pelo IPsec e a utilização do <i>software</i> está condicionada a credenciais de acesso.

II.8 Desenvolvimento de Medidas de Reforço Positivo de Desempenho

A análise SWOT é uma ferramenta de diagnóstico e de planeamento estratégico que permite fazer uma avaliação de organizações, equipas ou indivíduos, assim como das respetivas envolventes, no que diz respeito aos seus Pontos Fortes e Fracos - Ambiente Interno - e Oportunidades e Ameaças - Ambiente Externo - alinhados segundo os objetivos estratégicos. A implementação efetiva da estratégia do IPST, IP, traduziu-se na adoção de uma diretiva organizacional, tendo como referencial a matriz SWOT descrita no âmbito do PA. Ao nível do ambiente interno, foi efetuada uma aposta clara nos pontos fortes e um controlo ativo sobre os pontos fracos, enquanto, no ambiente externo, foram desenvolvidos esforços no sentido de aproveitar as oportunidades e monitorizar ou melhor controlar as ameaças identificadas.

A redução dos pontos fracos e a transformação das oportunidades em pontos fortes minimizam as ameaças, sendo para tal estrategicamente necessário fazer o seu constante acompanhamento e avaliação.

Assim, o IPST, IP considerou como ameaças e pontos fracos relevantes os a seguir elencados e, no sentido da sua eliminação progressiva destacam-se as seguintes ações desenvolvidas:

Tendo considerado como ameaças:

1. Falta de sensibilização para a necessidade de colheita de órgãos
 - Realização de reuniões entre as Coordenações das UC e Coordenação CNT e com Consultores do IPST
 - Planeamento de formações para 2021:
 - Morte cerebral
 - Colheita de tecidos
 - Realização de auditorias no âmbito da transplantação
 - Realização de ações de formação com as Unidades de Transplante
2. Desinformação veiculada pelos meios e canais de comunicação não institucionais relativamente à atividade do IPST
 - Criação da Comissão para a Promoção da Imagem Institucional.
3. Desadequação dos recursos financeiros
 - Realizar estudos prévios de atividades que podem gerar receita adicional no IPST.
 - Identificar áreas que não estão financiadas consecução de financiamento externo.
 - Aproveitar o financiamento de projetos para desenvolver atividades relevantes
 - Adequação da oferta às necessidades de CS dada a diminuição da atividade hospitalar
4. Efeitos colaterais do controlo da propagação da covid-19

- Reorganização das atividades, horários, atribuição de teletrabalho, procedimentos e recursos

Tendo considerado como pontos fracos:

1. Limitações do poder de atuação junto das redes de colheita e transplantação
 - Proposta de alteração de legislação à tutela
2. Dificuldade de harmonização de procedimentos
 - No sentido da harmonização dos procedimentos foram nomeados grupos de trabalho e planeadas reuniões periódicas com as DT dos CST.
 - Apresentação à Tutela de proposta de definição de critérios para distribuição das verbas de financiamento à transplantação.
3. Desadequação da frota automóvel
 - Recurso à subcontratação.
4. Desadequação do parque informático
 - Desenvolvimento do processo de compra do licenciamento necessário à colocação em funcionamento dos servidores a partir de outubro de 2020 e posterior migração das bases de dados .
5. Degradação das instalações técnicas e algumas infraestruturas, nomeadamente câmaras de frio e de algum equipamento de colheita de sangue
 - Finalização da intervenção no edifício do Laboratório Regional de Saúde Pública Dra Laura Ayres e no edifício do Centro de Sangue e da Transplantação do Porto. Iniciada a intervenção nas câmaras de plasma do Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa e processo de aluguer de contentores para armazenamento do plasma.
6. Complexidade e morosidade na contratação de recursos humanos, aquisição de equipamentos e celebração de contratos de manutenção nomeadamente em outsourcing para as TIC
7. Envelhecimento e dificuldade na retenção dos quadros mais diferenciados tecnicamente
 - Abertura de concursos, contratação de profissionais aposentados e em prestação de serviços na modalidade de tarefa, ao abrigo do regime de consultor e alocação de profissionais por mobilidade.
8. Défice de comunicação e de desenvolvimento de imagem
 - Responder de forma pró-ativa e atempada às questões colocadas pelos meios de comunicação social
9. Deficiente sistema de comunicação organizacional
 - Implementação do plano de comunicação interna

II.9 Comparação com o Desempenho de Serviços Idênticos, no Plano Nacional e Internacional, que Possam Constituir Padrão de Comparação

a) Comparação Plano Nacional e Internacional

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

Em 07 abril de 2021, Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde emitiu um diploma de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e pelo excepcional empenho dos trabalhadores do IPST IP no âmbito da resposta à COVID-19.

A área do sangue tem vindo a participar, desde 2014, no *benchmarking* da European Blood Alliance (EBA), organização de referência no setor.

A informação reportada pelo IPST, IP referente a 2020 será compilada e divulgada pela EBA no 4º trimestre de 2021, juntamente com a informação dos outros 19 países membros. As métricas utilizadas pela EBA para monitorizar os indicadores de desempenho visam essencialmente os seguintes segmentos:

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

No Plano Nacional, e no que à área do sangue diz respeito, é realizado *benchmarking* interno entre as Unidades Homogéneas do IPST, IP.

Na área da transplantação, o IPST, IP reporta anualmente para a Newsletter Transplant, do Conselho da Europa, e para o EUROCET, da Comissão Europeia, os dados da atividade, designadamente:

- N.º de dadores efetivos por milhão de habitantes (pmh)

- N.º de órgãos, tecidos e células colhidos
- N.º de transplantes efetuados (de órgãos, tecidos e células) pmh
- N.º de doentes em lista de espera para transplantação, mortalidade em lista, etc.

A monitorização destes indicadores permitem comparar a atividade realizada em Portugal com a dos restantes países da Europa e do Mundo.

Apesar de a *newsletter* “Transplant” (<https://www.edqm.eu/en/reports-and-publications>) com os dados de 2020 não estar ainda disponível, estes já estão disponíveis no portal *Global Observatory on Donation and Transplantation* (GODT) (<http://www.transplant-observatory.org/>). A informação divulgada relativa a 2020 coloca Portugal nos lugares cimeiros da doação e transplantação, concretamente 4º lugar da europa em transplantação renal e pancreática de dador falecido e 5º lugar da europa em transplantação hepática.

A classificação atribuída na tabela seguinte refere-se a uma área core do IPST, IP – Transplantação.

Tabela 19 - Comparações Nacionais ou Internacionais

Comparações Nacionais ou Internacionais	Organismo
Resultados da comparação referem-se a uma área core do serviço; está entre os melhores; manteve nível de excelência antes atingido	

b) Prémios e ou Menções de Entidades Externas

Tabela 20 - Prémios e ou menções de entidades externas

Prémios e/ou menções de entidades externas destacando a relevância/excelência dos resultados obtidos pelo organismo	Organismo
Não foram atribuídos prémios nem menções de destaque de entidades externas.	

II.10 Análise da Afetação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros

II.10.1 Análise do Grau de Execução dos Recursos Humanos

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2020 – 613 encontra correspondência no número de postos de trabalho propostos e mapa de pessoal aprovado superiormente, com uma distribuição pelas diferentes carreiras em função das necessidades funcionais e operativas tendo em conta a missão e atribuições do Instituto.

A ligeira variação positiva ao nível dos recursos humanos é consequência dos esforços desenvolvidos pelo IPST,IP, pelas diversas formas de recrutamento possíveis (procedimentos concursais, mobilidades, CIP, etc) para ocupação dos postos de trabalho vagos.

Este Instituto continuará a investir no recrutamento de recursos humanos, tendo em vista a gradual ocupação de postos de trabalho previstos no mapa de pessoal e não ocupados. Pese embora o desenvolvimento de processos administrativos com vista à ocupação de postos vagos do mapa de pessoal, quer por concurso, mobilidade e cedência, verificou-se difícil a sua concretização por diversos motivos, designadamente, pela inexistência de candidatos aos procedimentos, a necessidade de autorizações externas ao instituto, aposentações e saída de profissionais por procedimentos de recrutamento de outras entidades.

Tabela 21 - Análise Produtividade

RH realizados (pontuação)	5179,00
RH planeados (pontuação)	6145,00
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	0,8428
Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)	84%
Taxa de Concretização Global de objetivos	106%
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	84%
	1,2566
Índice Produtividade	126

Fonte: IPST, IP

II.10.2 Análise do Grau de Execução dos Recursos Financeiros

No final do ano de 2020, verificou-se que a execução do orçamento do IPST, IP apurou os seguintes desvios:

Tabela 22 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados

	Orçamentado	Cativos	Executado	Desvio
Despesas com Pessoal	21 529 479,00	0,00	16 777 965,00	4 751 514,00
Aquisições de Bens e Serviços	43 319 074,00	0,00	30 502 910,00	12 816 164,00
Transferências Correntes	758 000,00	0,00	660 500,00	97 500,00
Outras Despesas Correntes	69 500,00	0,00	34 995,00	34 505,00
Aquisição de bens de capital	2 981 600,00	0,00	2 232 347,00	749 253,00
Juros e Outros Encargos	7 500,00	0,00	1 254,00	6 246,00
Total	68 665 153,00	0,00	50 209 971,00	18 455 182,00

Fonte: IPST, IP

Relativamente aos Recursos Financeiros, salienta-se que a execução apresenta um desvio de cerca de 26,88%. Saliente-se também que muitos dos projetos previstos para execução em 2020, foram adiados devido à Pandemia COVID_19.

Um dos desvios mais relevantes foi o relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 12.816.164€, contribuindo para este desvio para além do acima referido, o adiamento de cirurgias não urgentes, o que levou a uma diminuição das colheitas de sangue o que originou uma diminuição do consumo de bens e serviços.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 4.751.514€ justificado pela não ocupação dos lugares de Mapa, devido aos constrangimentos processuais anteriormente referidos.

Tabela 23 - Análise de Custo – Eficácia

Despesa Executada	50 209 971,00 €
Despesa Orçamentada (CORRIGIDA)	68 665 153,00 €
Taxa Execução Recursos Financeiros	0,7312
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	73%
Taxa de Concretização Global de objetivos	106%
Taxa Execução Recursos Financeiros	73%
	1,4484
Índice Custo - Eficácia	145

Fonte: IPST, IP

II.10.3 Análise do Grau de Execução dos Recursos do IPST, IP

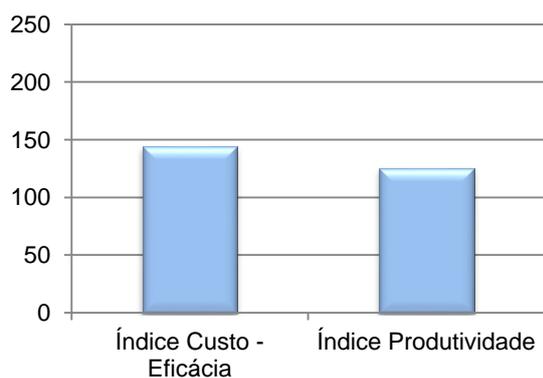
O cálculo dos Índices Custo - Eficácia e de Produtividade permite medir a taxa de utilização dos recursos financeiros e dos recursos humanos respetivamente.

Tabela 24- Índices Produtividade e Custo – Eficácia

Taxa de Concretização Global de objetivos		106%			
Taxa Execução Recursos Financeiros	Despesa Executada	50 209 971,00 €	73%	Índice Custo - Eficácia	145
	Despesa Orçamentada	68 665 153,00 €			
Taxa Execução Recursos Humanos	RH utilizados	5 179	84%	Índice Produtividade	126
	RH planeados	6 145			

Fonte: IPST, IP

Gráfico 8 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia



Fonte: IPST, IP

III. Unidades Homogéneas

As Unidades Homogéneas (UH) do IPST, IP partilham alguns objetivos e a monitorização da sua evolução é acompanhada de forma conjunta, permitindo o *benchmarking* entre as diferentes UH identificando desta forma a contribuição de cada uma delas para o resultado global IPST, IP.

As UH contribuem de forma muito relevante para os objetivos QUAR. Neste sentido foram comparados dois indicadores (2.1 e o 2.2) correspondentes ao OOp 2, com os resultados globais de 2020 ligeiramente inferiores aos de 2019. Verifica-se na análise comparativa das 3 UH, relativamente ao indicador 2.1 “Percentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos”, um decréscimo nos Centros de Sangue e da Transplantação de Lisboa e Coimbra e um aumento do Centro do Porto. Em relação ao indicador 2.2 “Percentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos” os Centros de Coimbra e do Porto tiveram uma diminuição na colheita neste grupo etário tendo o Centro de Lisboa registado um aumento.

Salienta-se que, apesar da opção selecionada não refletir a análise global dos indicadores referidos no parágrafo anterior, considerou-se ser a mais adequada, pois o contexto pandémico e o seu impacto no calendário escolar do ensino superior faziam prever uma diminuição mais acentuada no número de colheitas nos grupos etários em causa, o que não se verificou, apresentando inclusivamente uma evolução positiva nas UH conforme explanado no parágrafo anterior.

Tabela 25 - Unidades Homogéneas

Informação das Unidades Homogéneas, caso se aplique	Organismo
O relatório contém informação histórica com evolução positiva sobre os resultados das ações desenvolvidas pelas U.H.; é usada na autoavaliação e foi incluída nos objetivos de qualidade do QUAR.	CST Coimbra, Lisboa e Porto

IV. Balanço Social

Efetuada uma análise comparativa dos Recursos Humanos do IPST,IP, considerando os trabalhadores contratados por tempo indeterminado e determinado, verifica-se que em 2020 a variação existente em relação a 2019 é positiva, cerca de 6% , conforme resulta na tabela abaixo:

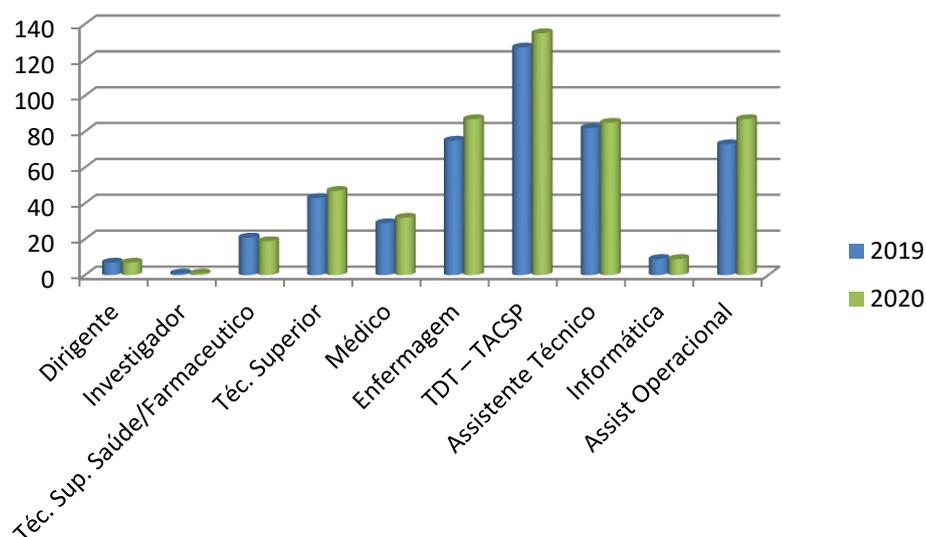
Tabela 26 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos – 2019/2020

Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa	Total 2019	CTI	CTC	Contrato Tarefa	Total 2020	Δ % 2019/2020
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	1	0	0	1	1	0	0	1	0%
Téc. Sup. Saúde/Farmacêutico	18	3	0	22	17	2	0	19	-16%
Téc. Superior	43	0	1	42	44	3	2	49	14%
Médico	24	5	50	84	26	6	43	75	-12%
Enfermagem	75	0	49	118	87	0	46	133	11%
TDT – TACSP	127	0	9	123	126	9	5	140	12%
Assistente Técnico	82	0	3	80	77	8	1	86	7%
Informática	9	0	0	10	9	0	1	10	0%
Assist Operacional	73	0	3	82	74	13	0	87	6%
TOTAL	459	8	115	569	468	41	98	607	6%
	467				509				

Fonte: IPST, IP

O gráfico seguinte apresenta a distribuição dos Recursos Humanos por tipo de contrato.

Gráfico 9 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2019/2020



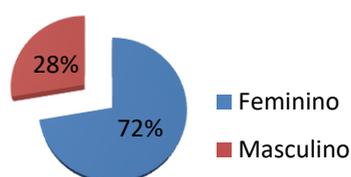
Fonte: IPST, IP

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

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

No final de 2020, o número de efetivos existente no IPST, IP – 509, agregava 141 homens e 368 mulheres, traduzindo o peso percentual indicado no gráfico infra:

Gráfico 10- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género



Fonte: IPST, IP

IV.2 Remunerações

A tabela que se apresenta de seguida resume as remunerações base divididas por escalões de vencimento e por género.

Tabela 27 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género

	Masculino	Feminino	TOTAL		Masculino	Feminino	TOTAL
Até 500 €	4	1	5	3501- 3750 €	0	1	1
501- 1000 €	51	94	145	3751- 4000 €	1	2	3
1001- 1250 €	22	85	107	4001- 4250 €	1	3	4
1251- 1500 €	13	29	42	4251- 4500 €	0	1	1
1501- 1750 €	23	81	104	4501- 4750 €	0	3	3
1751- 2000 €	12	28	40	4751- 5000 €	1	3	4
2001- 2250 €	3	12	15	5001- 5250 €	2	0	2
2251- 2500 €	1	2	3	5251- 5500 €	0	0	0
2501- 2750 €	0	0	0	5501- 5750 €	1	6	7
2751- 3000 €	2	12	14	5751- 6000 €	0	0	0
3001- 3250 €	2	2	4	Mais de 6000 €	0	0	0
3251- 3500 €	2	3	5	TOTAL	141	368	509

Fonte: IPST, IP

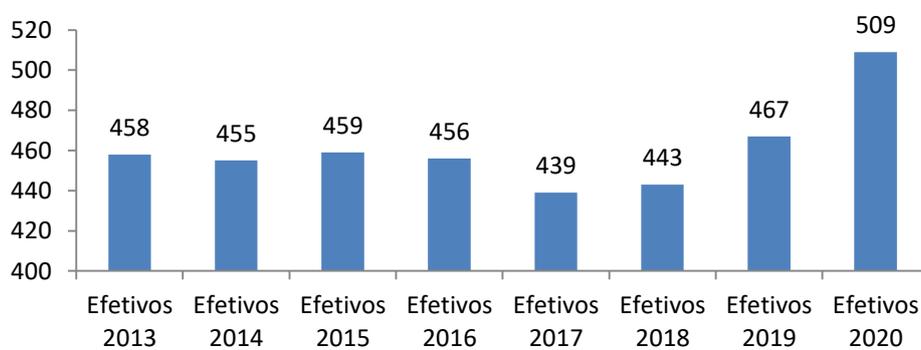
A tabela seguinte mostra a remuneração mínima e máxima dividida por género e o gráfico mostra a evolução do número de RH desde 2013.

Tabela 28 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima €	387,00 €	645,00 €
Máxima €	5 681,00 €	5 607,00 €

Fonte: IPST, IP

Gráfico 11- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2020)



Fonte: IPST, IP

V. Publicidade Institucional

Relativamente às iniciativas de publicidade institucional e conforme o disposto na Lei n.º 95/2015 de 17 de agosto, que estabelece as regras e os deveres de transparência a que ficam sujeitas a realização de campanhas de publicidade institucional do Estado, o IPST, IP promoveu campanhas de sensibilização para a dádiva benévola de sangue durante 2020, algumas delas com recurso a parcerias com outras entidades..

A tabela abaixo identifica as campanhas publicitárias de 2020, em que consistiram, bem como as datas em que se realizaram.

Tabela 29 - Campanhas Publicitárias

Campanha / Parceiro do IPST	Datas	Método
Revista Motojornal	Fevereiro	Espaço cedido gratuitamente para anúncio na revista e publicações em redes sociais
Dê Sangue Salve Vidas	Março	Divulgação em redes sociais e site do IPST
Saí de casa para dar Sangue (Uzina)	Abril	Divulgação em redes sociais
Faça do Mundo um Local mais Seguro	Junho	Divulgação em redes sociais
Ajude a Vida a Vencer	Agosto	Divulgação em redes sociais
Giving Tuesday – Dê Sangue – Faça parte da Vida de alguém	Dezembro	Divulgação de testemunhos de dadores de sangue em redes sociais

Adicionalmente destaca-se a presença regular nas redes sociais como veículo de comunicação e publicidade institucional.

VI. Informação Histórica

Tabela 30 - Informação Histórica

Informação incluída no RA, para além do QUAR	Organismo
O relatório contém informação histórica maioritariamente com evolução positiva e significativa sobre os resultados das ações desenvolvidas pelo serviço; é usada na autoavaliação e está relacionada com os objetivos do QUAR.	

VII. Avaliação final

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 propõe-se que a menção final qualitativa seja a constante na alínea a) do nº 1 do artº 18 da Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro - *Bom* - em virtude dos resultados alcançados - 2 objetivos superados e 10 atingidos - com uma taxa de realização global dos objetivos operacionais de 106%.

VIII. Balanço do Plano de Atividades

VIII.1 Ações e Projetos Inscritos em PA

Poderão ser consultadas no anexo a) as fichas de atividade das Unidades Orgânicas e Homogêneas devidamente preenchidas.

VIII.2 Unidades Orgânicas e Homogêneas – Análise de Desvios

Apresentam-se de seguida as justificações para os objetivos não atingidos ou superados pelas unidades orgânicas e unidades homogêneas. Para uma consulta mais detalhada, *vide* Fichas de Atividades das Unidades Orgânicas no anexo a).

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

Sem desvios.

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
1	Variação da Cobrança da dívida de clientes privados em 15% face ao ano anterior	(Cobranças de Entidades Privadas em 2020-Cobranças de Entidades Privadas de 2019)/Cobranças de Entidades Privadas no ano anterior*100	Não atingiu	Este objetivo foi estabelecido numa fase pré pandemia. Com a situação da Pandemia a evoluir no 2º trimestre de 2020, verificou-se uma contração relativa ao pagamento das entidades privadas. No entanto apesar da cobrança de 2020 ter sido inferior a 2019, conseguiu-se diminuir a dívida de privados em 5% relativamente ao ano de 2019.
5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST - QUAR	Percentagem de preços revistos da Tabela de Produtos e Serviços Prestados	Superou	Foi estabelecida uma meta de 80 % com uma tolerância de 20%, ou seja, o objetivo seria atingido entre os 60% e os 100% inclusive. O objetivo foi atingido a 100% pelo que não foi superado.
7	Assegurar a suficiência tendencial do país em medicamentos derivados do plasma	Preparação do caderno de encargos para o concurso público de fracionamento de plasma (meses para concretização)	Superou	Validar justificação com Dr. Vitor: Inicialmente estava previsto a realização de um processo plurianual mas devido ao contexto COVID deixou de ser possível a concretização de um processo plurianual optando-se por um único processo anual

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
2	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Realização de acção de formação/simposio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	Não atingiu	A meta não foi atingida devido a: <ul style="list-style-type: none"> • constrangimentos relacionados com a notificação dos Serviços de Imunohemoterapia hospitalares ao Sistema Português de Hemovigilância no âmbito da COVID-19, nomeadamente desvio de recursos destas atividades para outras consideradas prioritárias e nalguns casos com trabalho a partir de casa, que levaram à elaboração mais tardia do relatório de atividades e sua posterior divulgação. • Situações de doença de profissionais afetos a atividade de Hemovigilância no IPST • Constrangimentos relacionados com a situação epidemiológica que impediram a realização de reunião para divulgação presencial, tendo levado mais tarde a opção por reunião através de plataforma virtual.
3	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST)	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	Não atingiu	Infelizmente, a situação de calamidade pública originada pela situação pandémica da síndrome da COVID-19, contrariou a expectativa da sua realização, entre os legítimos receios dos profissionais do IPST, I.P., em se deslocarem a instituições hospitalares situadas em locais de grande incidência de infeções e a indisponibilidade dos hospitais em receber as equipas de profissionais do IPST, I.P., ao contrário do ano de 2019, em que houve a realização de 19 (dezanove) visitas técnicas.

Coordenação Nacional da Transplantação

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
1	Aumentar o n.º de dadores por milhão de habitantes (pmh)	Nº de dadores por milhão de habitantes(pmh)	Não atingiu	O ano de 2020 foi um ano atípico tendo o mundo inteiro sido duramente atingido pela pandemia de COVID19. A infeção pelo vírus SARS-CoV-2 consumiu os recursos de saúde à exaustão, nomeadamente as unidades de cuidados intensivos (UCI). Este desvio de recursos levou à diminuição dos transplantes de órgãos não vitais e consequente à diminuição dos dadores vivos de órgãos não regeneráveis. Por outro lado, as UCI são críticas na área da doação por serem o local onde são identificados e mantidos os dadores falecidos. Com estas unidades repletas de doentes com COVID19, não foi possível admitir doentes não COVID, nomeadamente possíveis dadores falecidos, pelo que este objetivo não foi atingido.
12	Aumentar a referenciação de potenciais dadores MC (QUAR - deixa de ser QUAR após avaliação semestral)	% de aumento da referenciação de potenciais dadores MC (QUAR - deixa de ser QUAR após avaliação semestral)	Não atingiu	O ano de 2020 foi um ano atípico tendo o mundo inteiro sido duramente atingido pela pandemia de COVID19. A infeção pelo vírus SARS-CoV-2 consumiu os recursos de saúde à exaustão, nomeadamente as unidades de cuidados intensivos (UCI). A sobrelotação das UCI por doentes com COVID19 durante o ano de 2020, não possibilitou a admissão de outras tipologias de doenças, nomeadamente possíveis dadores falecidos, pelo que a sua referenciação reduziu e o objetivo anual não foi atingido.
13	Aumento da taxa de utilização de órgãos - QUAR	Taxa utilização de órgãos	Superou	O ano de 2020 foi um ano atípico tendo o mundo inteiro sido duramente atingido pela pandemia de COVID19. A infeção pelo vírus SARS-CoV-2 consumiu os recursos de saúde à exaustão. A sua utilização na área da Transplantação, foi feita com economia e sustentabilidade de forma a que não se perdessem as melhores oportunidades, isto é, os melhores e mais jovens dadores (não marginais) em que todos os órgãos são aproveitáveis. Este facto levou a uma superação do objetivo previsto quanto à taxa de utilização dos órgãos.
15	Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST - QUAR - candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	Percentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	Superou	Em virtude da pandemia de COVID19 houve necessidade de uma melhor gestão de tempo, tendo sido alocado pelas próprias Unidades de Transplantação mais tempo às actividades administrativas e formativas para a digitalização, de acordo com as directivas governamentais para a digitalização e desmaterialização processual. Desta forma, superámos o objetivo previsto inicialmente.

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
1	Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos	Prazo de entrega do relatório de avaliação de candidaturas (dias)	Superou	Foi possível desenvolver todo o processo e proceder à entrega do relatório final de avaliação de candidaturas (nos dois concursos abertos neste ano) em prazo inferior ao definido como valor crítico.
2	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio	Prazo de resposta (dias úteis)	Superou	o resultado reflete a preocupação com uma resposta não só rápida mas também eficaz às questões colocadas, situação que tem sido em várias ocasiões objeto de elogios por parte daqueles que nos contactam.

Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
1	Identificação com base no portfólio de investigação de profissionais para integrarem e serem envolvidos na rede de investigação	Percentagem de profissionais identificados em relação à meta	Superou	Este indicador expressa um resultado 5% superior à tolerância, o qual representa um desvio favorável. No caso, em vez de termos completado 80% da meta, conseguimos atingir já em 2020 a meta de 100% (projeto concluído). Não foi gerado desperdício.
2	Identificação das áreas científicas	Percentagem de áreas científicas identificadas em relação à meta	Superou	Este indicador expressa um resultado 5% superior à tolerância, o qual representa um desvio favorável. No caso, em vez de termos completado 80% da meta, conseguimos atingir já em 2020 a meta de 100% (projeto concluído). Não foi gerado desperdício.
3	Autoinspeção ou auditoria interna	Percentagem de autoinspeção ou auditoria interna em relação à meta	Superou	Este indicador expressa um resultado igual ao limite superior da tolerância (90%+10%). No caso, em vez de termos completado 90% da meta, conseguimos atingir já em 2020 a meta de 100% (sucederam 100% das autoinspeções planeadas). Não foi gerado desperdício.
6	Dinamização dos projetos de investigação aplicada	Percentagem de projetos de investigação aplicada em curso	Superou	Este indicador expressa um resultado 10% superior à tolerância, o qual representa um desvio favorável. No caso, em vez de termos completado 80% da meta, conseguimos atingir já em 2020 a meta de 100% (conseguimos dinamizar todos os projetos I&D em curso). Não foi gerado desperdício.
7	Base de dados para registo e controlo dos projetos e protocolos	Percentagem da conclusão da versão alfa das bases de dados	Superou	Este indicador expressa um resultado igual ao limite superior da tolerância (90%+10%). No caso, em vez de termos completado 90% da meta, conseguimos atingir já em 2020 a meta de 100% (finalização, 100%, das bases de dados, versão alfa). Não foi gerado desperdício.

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicação

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
6	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Início da utilização da nova estrutura (meses)	Não atingiu	O mesmo que Nº 7.
7	Renovar a infraestrutura informática do IPST (Rede interna, Virtualização, Servidores, Domínio)	Início da utilização da nova estrutura (meses)	Não atingiu	Houve diversos atrasos na entrega do hardware, foi necessário licenciar software devido à impossibilidade da SPMS nos englobar no acordo Microsoft e a migração foi lenta devido à antiguidade da estrutura a migrar.
9	Instalação, migração e actualização para versão mais recente do ASIS num novo servidor Oracle	Início da utilização do ASIS (meses)	Não atingiu	Não houve possibilidade de comprar um novo servidor, este processo vai ser desenvolvido este ano, 2021.
10	Renovação das comunicações fixas do IPST - Internet, VPN, VOIP	Início da utilização (meses)	Não atingiu	Quanto a Internet e VPN pensamos integrar a RIS e não renovar a solução existente. Quanto ao VOIP esta renovação foi pedida durante vários anos, demonstrada como necessária tanto ao nível técnico como financeiro, mas até hoje não existe uma previsão para a sua renovação.
15	Facilitar o acesso à informação no site do IPST - QUAR	Número conteúdos colocados na área "Destques" do site do IPST, IP	Superou	A superação prende-se com o COVID-19, mais informação e documentos a sofrerem actualizações mais frequentes, como por exemplo, planos de contingência e horários dos postos fixos. Não sei se precisas de coisas mais concretas, se for necessário envio o título dos "artigos" publicados.

Gabinete de Gestão da Qualidade

Sem desvios

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Aférese

Sem desvios.

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Sangue Total

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
5	Manter a Taxa de comparência	% de dadores inscritos face à previsão	Superou	O cumprimento de indicadores relativamente ao ano 2020, com a situação COVID-19, impossível de prever, implicou um enorme esforço, espírito de equipe englobando os organizadores locais e as forças vivas das respetivas regiões envolvidas nas soluções de se encontrarem locais alternativos que cumprissem as regras da DGS, o que proporcionou a sinergia de esforços que originaram a não alteração dos valores meta, valor crítico e tolerância que determinaram a superação dos objectivos.

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Produção

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
23	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Superou	Ano de Pandemia COVID 19. Diminuição da colheita e consequentemente diminuição na produção.
24	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Superou	Ano de Pandemia COVID -19. Diminuição da colheita e consequentemente diminuição na utilização dos BCs.
25	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Não atingiu	Situação do país: Pandemia actual COVID-19. Dificuldade de gestão/expedição dos CUP.

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Transplantação

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
20	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Superou	A superação deve-se ao bom desempenho do laboratório, resultante da consciência na urgência de resposta laboratorial a processos de tratamento de utentes com patologias onco-hematológicas.
21	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Tempo médio de resposta (dias)	Superou	A superação deve-se ao bom desempenho do laboratório, dado tratar-se de resposta a estudos de transplantação renal de utentes com insuficiência renal, com potenciais dadores vivos, pedidos pela consulta de pré-transplantação renal.
22	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Tempo médio de resposta (dias)	Superou	A superação da manutenção do tempo de resposta deve-se ao bom desempenho dos profissionais do laboratório, corroborado pelo bom desempenho dos equipamentos e pela existência de reagentes, para dar resposta, no menor tempo possível, às solicitações de análises relacionadas com tipagem HLA aos diversos tipos de utentes (potenciais dadores órgãos, estudo inicial de Insuficientes renais, dadores ativados do Cedace, estudos familiares para transplantação de medula óssea, etc).
23	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Tempo médio de resposta (dias)	Superou	A superação da manutenção do tempo de resposta deve-se ao bom desempenho dos profissionais do laboratório, corroborado pelo bom desempenho dos equipamentos e pela existência de reagentes, para dar resposta, no menor tempo possível, às análises envolvidas neste indicador, como sejam a grupagem sanguínea e a pesquisa e identificação de anticorpos anti-HLA a diversos utentes (dadore ativados do Cedace e Insuficientes renais crónicos - estudos iniciais e de acompanhamento, quer no pré, quer no pós-transplante).

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Laboratório de Controlo de Qualidade

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
7	Diminuir a Taxa de recall componentes sanguíneos por falsos positivos	nº de recall componentes sanguíneos por falsos positivos / nºtotal de recall	Superou	A superação da meta proposta está diretamente relacionada com as medidas propostas que levou à eliminação dos falsos positivos.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Aférese

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
10	Aumentar o número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Superou	Em 2020, no contexto da pandemia por COVID-19, houve necessidade de aumentar o número de sessões de colheita por aférese, por diminuição da produção que se verificou nalguns meses devido a desmarcação de sessões de colheita externa; também houve um aumento do contacto directo com os dadores, nomeadamente através do telefone. Durante o mês de Março, passaram a ser realizadas sessões de colheita cinco dias por semana (até seis marcações por sessão), mais todos os Sábados, também com marcações até seis dadores. Este planeamento tem-se mantido, com excepção dos Sábados que desde Agosto voltaram a ser dois por mês, com seis dadores por sessão.
14	Manter taxa de procedimentos de aférese efetuados no grupo etário 25-34	Número procedimentos 25-34/Número procedimentos efetuados	Superou	A superação deste indicador também veio corresponder a uma resposta às nossas necessidades, no que diz respeito ao aumento do número de dadores e de colheitas, bem como à existência crescente de dadores mais jovens.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Sangue Total

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
2	Manter a % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Superou	o cumprimento de indicadores relativamente ao ano 2020, com a situação COVID-19, era difícil de prever, o que implicou uma identificação prudente de indicadores (meta, VC e tolerância). A colaboração de grupos e associações de dadores de sangue, a adesão à dívida de dadores de primeira vez, e a passagem de mensagem para a dívida de sangue nos dadores mais jovens determinaram que os objectivos fossem superados.
5	Manter a Taxa de comparência	% de dadores inscritos face à previsão	Superou	o cumprimento de indicadores relativamente ao ano 2020, com a situação COVID-19, era difícil de prever, o que implicou uma identificação prudente de indicadores (meta, VC e tolerância). A colaboração de grupos e associações de dadores de sangue, a adesão à dívida de dadores de primeira vez, e a passagem de mensagem para a dívida de sangue nos dadores mais jovens determinaram que os objectivos fossem superados.
16	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário 25-34 anos - QUAR	(Número colheitas em dadores com idades entre os 25 e 34 anos / Nº Total de colheitas) x 100	Superou	o cumprimento de indicadores relativamente ao ano 2020, com a situação COVID-19, era difícil de prever, o que implicou uma identificação prudente de indicadores (meta, VC e tolerância). A colaboração de grupos e associações de dadores de sangue, a adesão à dívida de dadores de primeira vez, e a passagem de mensagem para a dívida de sangue nos dadores mais jovens determinaram que os objectivos fossem superados.
14	Manter a taxa de unidades de STcolhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	(Número colheitas em dadores < 25 anos / Nº Total de colheitas) x 100	Superou	o cumprimento de indicadores relativamente ao ano 2020, com a situação COVID-19, era difícil de prever, o que implicou uma identificação prudente de indicadores (meta, VC e tolerância). A colaboração de grupos e associações de dadores de sangue, a adesão à dívida de dadores de primeira vez, e a passagem de mensagem para a dívida de sangue nos dadores mais jovens determinaram que os objectivos fossem superados.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Produção

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
24	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Superou	Ano de pandemia. Diminuição da colheita e consequentemente diminuição na produção. Necessidade de revisão de meta
23	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Superou	Ano de pandemia. Diminuição da colheita e consequentemente diminuição na produção.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Transplantação

Sem desvios.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Banco de Tecidos

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
10	Manter taxa de aproveitamento de peças de Tecido Musculo-esquelético processado	N.º de peças de tecido musculo-esquelético validadas/n.º de peças de tecido musculo-esquelético processadas x 100	Superou	Este indicador visa monitorizar as condições ambientais do processamento do tecido músculo-esquelético, com base nos resultados do controlo microbiológico que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos tecidos. De salientar que é expectável e aceitável uma taxa de aproveitamento inferior à meta fixada, atendendo à manipulação e exposição ao ar ambiente da área classificada a que os tecidos ainda são submetidos na fase final do processamento (congelamento e embalagem).
11	Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada	N.º de peças de membrana amniótica validadas/n.º de peças de membrana amniótica processadas x 100	Superou	Este indicador visa monitorizar as condições ambientais do processamento da membrana amniótica, com base nos resultados do controlo microbiológico que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos tecidos. De salientar que é expectável e aceitável uma taxa de aproveitamento inferior à meta fixada, atendendo à manipulação e exposição ao ar ambiente da área classificada a que os tecidos ainda são submetidos na fase final do processamento (congelamento e embalagem).
12	Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas	N.º de válvulas cardíacas validadas/n.º de válvulas cardíacas processadas x 100	Superou	Este indicador visa monitorizar as condições ambientais do processamento, com base nos resultados do controlo microbiológico que conduz à rejeição ou ao aproveitamento dos tecidos. De salientar que é expectável e aceitável uma taxa de aproveitamento inferior à meta fixada, atendendo à manipulação e exposição ao ar ambiente da área classificada a que os tecidos ainda são submetidos na fase final do processamento (congelamento e embalagem).

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – CEDACE

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
10	Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano	% Follow-up de dadores de CEPH	Não atingiu	A este propósito, foi enviado a todos os dadores o link para preenchimento do inquérito anual, contudo, a taxa de respostas foi inferior ao previsto. Neste sentido, houve o reforço no previamente solicitado. No entanto, devido ao contexto actual não houve mais nenhuma possibilidade de, no segundo semestre, voltar a reenviar os emails. Trata-se também de um indicador para o qual se tem de flectir sobre uma melhor estratégia a adoptar para obter uma maior taxa de resposta.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Aférese

Sem desvios.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Sangue total

Sem desvios.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Produção

Nº	Objetivo	Indicador	CSTP Classificação	Análise de Desvios
18	Manter o número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Superou	Dada a inexistência de pedidos deste tipo de componentes pelos hospitais, não foram produzidos CEA's, pelo que não houve inutilizações o que levou à superação do indicador.
23	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Superou	Esta superação reflete um aumento na eficiência do planeamento das sessões de colheita ao longo do ano.
24	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Superou	Esta superação reflete um aumento na eficiência do planeamento na produção de pool's

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Transplantação

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
20	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Superou	A média supera a meta estabelecida devido à elevada pressão exercida pelos Oncologistas Assistentes dos doentes levando a que os profissionais do laboratório excedessem o seu horário de trabalho para dar resposta a tantas solicitações.
22	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Tempo médio de resposta (dias)	Superou	A média supera a meta estabelecida devido à elevada pressão exercida pelos Oncologistas Assistentes dos doentes levando a que os profissionais do laboratório excedessem o seu horário de trabalho para dar resposta a tantas solicitações.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – BPCCU

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação	Análise de Desvios
2	Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Não atingiu	O impacto da pandemia foi muito sentido na área da transplantação, concretamente no BPCCU com uma redução de 78,1% no número de unidades criopreservadas.
3	Nº. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo)	nº de unidades aptas para registo no CEDACE	Não atingiu	O impacto da pandemia foi muito sentido na área da transplantação, concretamente no BPCCU com uma redução de 82,6% no número de unidades aptas para registo
5	Aumentar % de unidades de SCU aptas para utilização	Nº de unidades criopreservadas/nº de unidades aptas a uso clínico	Superou	Esta superação está relacionada com o reduzido número de unidades criopreservadas que foram todas consideradas aptas para uso

IX. QUAR que Acompanha o Relatório de Atividades

ANO: 2020

Ministério da Saúde

NOME DO ORGANISMO Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

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

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- DESIGNAÇÃO
- OE 1 Contribuir para a sustentabilidade da terapêutica transfusional em Portugal e suficiência tendencial em medicamentos derivados do plasma
 - OE 2 Contribuir para a sustentabilidade e incremento da medicina regenerativa e da transplantação em Portugal
 - OE 3 Promover a melhoria contínua e a modernização organizacional
 - OE 4 Reforçar a imagem institucional
 - OE 5 Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP

OBJECTIVOS OPERACIONAIS

OBJECTIVOS OPERACIONAIS														Tipo de indicador (A)	Meta Proposta/Resultado Ano Anterior (B)	Objetivo Interinstitucional (C)	Identificação do indicador (D)	
EFICÁCIA														20,0%				
Op1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4; OE 5) (R)														40%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	18	17	13	11	11	12	5	6	100%	Dezembro	8,2	100%	Atingu	A2	B2	NA	N
Op2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 4; OE 5)														30%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
2.1	Porcentagem de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	25143	13,4%	13,0%	13,0%	13,6%	13,0%	3,9%	17,0%	50%	Dezembro	13,2%	100%	Atingu	A2	B3	NA	P
2.2	Porcentagem de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	38769	20,5%	19,6%	18,6%	19,2%	18,9%	5,7%	24,6%	50%	Dezembro	18,6%	100%	Atingu	A2	B3	NA	P
Op3: Desenvolver o banco multicelular (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5)														30%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
3.1	Elaboração dossier de qualificação da zona limpa dedicada ao processamento de tecido ocular (Nº de capítulos)	NA	NA	NA	NA	NA	4,0	1,0	4,0	30%	Dezembro	3,00	100%	Atingu	A3	B5	NA	P
3.2	Elaboração dos procedimentos de processamento (córneas para queratoplastia penetrante - PK - Nº de procedimentos)	NA	NA	NA	NA	NA	2,0	1,0	2,0	30%	Dezembro	1,90	100%	Atingu	A3	B5	NA	P
3.3	Validação do processamento de córneas para PK (Fases de validação)	NA	NA	NA	NA	NA	2,0	1,0	2,0	40%	Dezembro	1,50	100%	Atingu	A3	B5	NA	P
EFICIÊNCIA														40%				
Op4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 4; OE 5) (R)														40%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
4.1	Proposta de revisão de preços da Tabela de Produtos e Serviços Prestados (percentagem de preços revistos)	NA	NA	NA	NA	NA	80%	20%	100%	100%	Dezembro	100%	125%	Superou	A3	B5	NA	P
Op5: Manter a atividade de Doação e Transplantação (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5)														20%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
5.1	Nº de Hospitais auditados	5	0	0	1	3	3	1	5	100%	Dezembro	4	100%	Atingu	A2	B3	NA	P

OOp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST (OE 3; OE 4; OE 5) (R)														40%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
6.1	Percentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	NA	NA	NA	80	98,9	90%	9%	100%	100%	Dezembro	97,9%	100%	Atingiu	A3	B2	NA	P
QUALIDADE														40%				
OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5) (R)														20%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
7.1	Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal	ND	ND	ND	ND	ND	10,0%	5,0%	16,0%	50%	Dezembro	7,0%	100%	Atingiu	A2	B4	NA	P
7.2	Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis	0	0	0	0	0	5	3	9	50%	Dezembro	2	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5) (R)														20,0%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
8.1	Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência no contexto da COVID-19	NA	NA	NA	NA	NA	85%	14%	100%	50%	Dezembro	95%	100%	Atingiu	A3	B5	NA	P
8.2	Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho centralizado (meses para concretização)	NA	NA	NA	NA	NA	9	2	6	50%	Dezembro	11	100%	Atingiu	A3	B5	NA	N
OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5)														10,0%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
9.1	Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nº de profissionais)	NA	NA	NA	NA	NA	15	5	21	100%	Dezembro	17,00	100%	Atingiu	A3	B5	NA	P
OOp10: Avaliação da Satisfação dos Doadores de Sangue e dos Candidatos a Dador de Medula Óssea (OE 1; OE 2; OE 3; OE 4; OE 5) (R)														20,0%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
10.1	Taxa de satisfação dos doadores	99%	98%	99%	93% *	93%	95%	4%	99%	100%	Dezembro	93%	100%	Atingiu	A3	B1	NA	P
OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST (OE 3; OE 4; OE 5)														15,0%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
11.1	Percentagem de Partes Interessadas do IPST Inquiridas			57%	57%	57%	71%	28%	100%	100%	Dezembro	56%	100%	Atingiu	A3	B1	NA	P
OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST (OE 3; OE 4)														15,0%				
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
12.1	Número de conteúdos colocados na área "Destaques" do site do IPST, IP	33	30	33	42	31	40	10	51	100%	Dezembro	54	132%	Superou	A3	B5	NA	P

NOTA EXPLICATIVA

OE = Objeto Estratégico; OOp = Objeto Operacional; R = Relevante; E = Estimativa; NA = Não Aplicável; ND = Não Disponível; F = Apuramento Final.
 * Alteração da métrica de cálculo em relação aos anos anteriores

Lisboa, 12 de julho de 2021

O Presidente do Conselho Diretivo

O Vogal do Conselho Diretivo

Maria Antónia Escoval

Vitor Marques

ANEXOS

a) Ficha de Atividades por Unidades Orgânicas / Homogêneas

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Observações
3; 4; 5	Motivação - Boa gestão dos trabalhadores - QUAR	Eficiência	Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nº de profissionais)	Realização						15,00	5,00	21,00	100,0%	Valor Anual	17,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10; 4.2	QUAR 8.2
3; 5	Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores - QUAR	Eficiência	Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência no contexto da CoViD-19	Realização						85,00	14,00	100,00	100,0%	Valor Anual	95,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4.2	QUAR 8.1
3; 5	Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - QUAR	Eficiência	Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis	Realização						5,00	3,00	9,00	100,0%	Valor Anual	2,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10; 4.2	QUAR 7.2
3; 5	Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - QUAR	Eficiência	Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal	Realização						10,00	5,00	16,00	100,0%	Valor Anual	7,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10; 4.2	QUAR 7.1
4	Acompanhar o trabalho de preparação da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia 2021	Eficiência	% De ações de preparação para a Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia 2021 dentro dos prazos previstos (Numerador: Nº de ações executadas dentro do prazo Denominador: Nº de ações executadas)	Realização						80,00	5,00	86,00	100,0%	Valor Anual	75,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.7	
3	Aumentar a taxa de colaboradores com nº de horas de formação anual ≥ 40h	Eficiência	Percentagem de colaboradores com nº de horas de formação anual ≥ 40h	Realização				2,00	5,60	3,00	2,00	6,00	100,0%	Valor Anual	2,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10; 4.2	
3; 4	Aumentar a taxa de satisfação dos colaboradores	Qualidade	Percentagem de colaboradores satisfeitos (1-5) - taxa global	Realização				67,80	68,40	73,00	6,00	80,00	100,0%	Valor Anual	71,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4.2	
3	Manter o desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal	Eficiência	% de postos de trabalho vagos e não ocupados para os quais existiu desenvolvimento de processos (INA, Procedimento Administrativo ou Concursal)	Realização				72,00	67,00	70,00	10,00	90,00	100,0%	Valor Anual	72,00	100%	Atingiu	Processos desenvolvidos	4.2	

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

Atribuição Unidade Orgânica	OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Observações
a)	3	Assegurar a suficiência tendencial do país em medicamentos derivados do plasma	Qualidade	Preparação do caderno de encargos para o concurso público de fracionamento de plasma (meses para concretização)	Resultado						8,00	2,00	5,00	100%	Valor Anual	4,00	133%	Superou	Pasta MIG	4.2	
a) d)	3	Aumentar a celebração de contratos de prestação de serviços para proteção ambiental	Qualidade	Número de contratos de prestação de serviços para proteção ambiental	Realização					2	3,00	1,00	5,00	100%	Valor Anual	9,00	135%	Superou	Pasta MIG	1.10	
b) c) d) j) k) m) n) p) q) r)	5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST - QUAR	Eficiência	Percentagem de preços revistos da Tabela de Produtos e Serviços Prestados	Resultado						80,00	20,00	100,00	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou	Pasta MIG	4.2	QUAR 4.1
a)	3	Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores - QUAR	Qualidade	Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho centralizado (meses para concretização)	Resultado						9,00	2,00	6,00	100%	Valor Anual	11,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10	QUAR 8.2
d) g)	5	Variação da Cobrança da dívida de clientes privados em 15% face ao ano anterior	Eficiência	(Cobranças de Entidades Privadas em 2020-Cobranças de Entidades Privadas de 2019)/Cobranças de Entidades Privadas no ano anterior*100	Resultado					5,75	10,00	2,00	13,00	100%	Valor Anual	-4,95	-62%	Não atingiu	SICC-AP	4.2	

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 4	Manter a reserva média de unidades de CE existentes - QUAR	Eficiência	N.º total de unidades de CE a nível nacional/n.º total de unidades de CE consumidas por dia (dias)	Resultado	18,00	17,00	13,28	12,08	11,16	12	5	7	100%	Valor Anual	8,22	100%	Atingiu	MRS	1.7; 1.10; 4.2	QUAR 1.1 - Relevante
10	Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior	Eficácia	Divulgação do relatório anual referente ao ano anterior (meses)	Impacto	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7	2	4	100%	Valor Anual	9,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.8; 1.10	
1; 3; 4	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Eficácia	Realização de acção de formação/simposio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	Resultado	7,00	7,00	7,00	9,00	9,00	9	1	7	100%	Valor Anual	11,00	91%	Não atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.8; 1.10	
1; 3; 4	Implementação de uma logística de transporte adequada de PS	Qualidade	Divulgação do procedimento operacional para acondicionamento e envio de plasma para fracionamento e/ou inativação viral dos hospitais para o IPST	Impacto						11	1	9	100%	Valor Anual	10,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.7; 1.10; 4.2	
1; 3; 4	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST)	Qualidade	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	Realização	25,00	27,00	24,00	18,00	18,00	10	4	16	100%	Valor Anual	3,00	50%	Não atingiu	Pasta MIG	1.7; 1.10; 4.2	

Coordenação Nacional da Transplantação

OE IPST	Objetivo	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
2; 3; 4; 5	Aumentar o n.º de doadores por milhão de habitantes (pmh)	Eficácia	Nº de doadores por milhão de habitantes (pmh)	Resultado		40,43	42,66	39,07	41,91	45,00	10,00	56,00	100%	Valor Anual	28,80	82%	Não atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.8; 4.2	
2; 3; 4; 5	Aumento da taxa de utilização de órgãos - QUAR	Eficiência	Taxa utilização de órgãos	Resultado	83,00	84,00	80,00	78,00	81,00	83,00	2,00	86,00	100%	Valor Anual	86,67	131%	Superou	Pasta MIG	4.2	
2; 3; 4; 5	Aumentar a referência de potenciais doadores MC (QUAR - deixa de ser QUAR após avaliação semestral)	Eficácia	% de aumento da referência de potenciais doadores MC (QUAR - deixa de ser QUAR após avaliação semestral)	Resultado	10,40	2,50	3,10	42,70	4,80	5,00	2,00	8,00	100%	Valor Anual	-27,90	0%	Não atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.8; 4.2	QUAR 5.1
2; 3; 4; 5	Manter o nº de auditorias - QUAR	Qualidade	Nº de hospitais auditados	Resultado	5,00	0,00	0,00	1,00	3,00	3,00	1,00	5,00	100%	Valor Anual	4,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.7; 1.10; 4.2	QUAR 5.2
2; 3; 4	Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST - QUAR - candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	Qualidade	Percentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	Resultado				80,00	98,90	60,00	10,00	71,00	100%	Valor Anual	97,88	135%	Superou	Pasta MIG	1.7; 1.10; 4.2	QUAR 6.1

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

OE IPST	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 3; 4	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio	Eficiência	Prazo de resposta (dias úteis)	Resultado		1,10	1,17	1,10	1,08	3,00	1,00	1,00	100%	Valor Anual	1,00	124%	Superou	Pasta MIG	1.1; 1.8	
1; 3; 4; 5	Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos	Qualidade	Prazo de entrega do relatório de avaliação de candidaturas (dias)	Resultado					23,00	30,00	10,00	19,00	100%	Valor Anual	10,00	135%	Superou	Pasta MIG	1.1; 1.7; 1.8; 1.10; 4.2	

Gabinete de Gestão da Qualidade

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 2; 3; 5	Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos	Qualidade	N.º de auditorias internas realizadas/n.º de auditorias internas planeadas*100	Resultado		100,00	100,00	100,00	94,00	70,00	29,00	100,00	100%	Valor Anual	60,60	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.10; 4.2	
3; 4; 5	Avaliação da Satisfação dos Doadores de Sangue e dos Candidatos a Dador de Medula Óssea - QUAR	Qualidade	Taxa de satisfação dos doadores	Resultado	99,00	98,00	99,00	93,00	92,80	95,00	4,00	100,00	100%	Valor Anual	92,50	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.10; 4.2	QUAR 10.1
3; 4; 5	Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST - QUAR	Qualidade	Percentagem de Partes Interessadas do IPST inquiridas	Resultado						71,00	28,00	100,00	100%	Valor Anual	70,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.10; 4.2	QUAR 11.1
1; 8; 10	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Qualidade	N.º de dias de resposta aos pedidos extraordinários (extra plano) de análise metrológica internos	Resultado		3,30	4,00	6,92	6,83	5,00	2,00	2,00	100%	Valor Anual	7,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 3.7; 3.8	
1; 8; 10	Manter % testes metrológicos efectuados	Qualidade	% de testes metrológicos efectuados (n.º total de ensaios e calibrações efectuados internamente/n.º total de ensaios e calibrações efectuados*100)	Resultado		100,00	100,00	88,00	88,25	90,00	7,00	98,00	100%	Valor Anual	85,58	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 3.7; 3.8	

Gabinete de Investigação, Inovação e Desenvolvimento

OE IPST	Objetivo	Subtipo	Indicador	Tipo	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Observações
3	Autoinspeção ou auditoria interna	Eficiência	Percentagem de autoinspeção ou auditoria interna em relação à meta	Estrutura		100,0%	90%	10%	100%	100%	Valor Anual	100,0%	125%	Superou		1,10	
3	Base de dados para registo e controlo dos projetos e protocolos	Eficiência	Percentagem da conclusão da versão alfa das bases de dados	Estrutura		75,0%	90%	10%	100%	100%	Valor Anual	100,0%	125%	Superou		1.10	
3	Conceção e implementação de rede de investigação	Eficiência	Percentagem da rede de investigação desenvolvida	Estrutura		55,0%	80%	15%	100%	100%	Valor Anual	80,0%	100%	Atingiu		1.7	
3	Conceção e implementação do SGIDI	Eficiência	Percentagem do SGIDI desenvolvido	Estrutura			90%	10%	100%	100%	Valor Anual	80,0%	100%	Atingiu		1.10	
3	Dinamização dos projetos de investigação aplicada	Eficiência	Percentagem de projetos de investigação aplicada em curso	Estrutura		200,0%	75%	15%	100%	100%	Valor Anual	100,0%	125%	Superou		1.7	
3	Identificação com base no portfólio de investigação de profissionais para integrarem e serem envolvidos na rede de investigação	Eficiência	Percentagem de profissionais identificados em relação à meta	Estrutura		50,0%	80%	15%	100%	100%	Valor Anual	100,0%	125%	Superou		1.7; 1.10;4.2	
3	Identificação das áreas científicas	Eficiência	Percentagem de áreas científicas identificadas em relação à meta	Estrutura		60,0%	80%	15%	100%	100%	Valor Anual	100,0%	125%	Superou		1.7	

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1, 2; 3, 4; 5	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis na estrutura da circulação de dados	Eficácia	Nº resultados analíticos transferidos automaticamente da área do sangue para a área da transplantação (meses)	Resultado						11,00	1,00	9,00	100%	Valor Anual	12,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1,7; 1,10; 4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.	Eficácia	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	Resultado						2,00	1,00	0,90	100%	Valor Anual	2,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1,7; 1,8; 4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Facilitar o acesso à informação no site do IPST - QUAR	Eficácia	Número conteúdos colocados na área "Destaque" do site do IPST, IP	Resultado	33,00	30,00	33,00	42,00	31,00	40,00	10,00	51,00	100%	Valor Anual	54,00	132%	Superou	Pasta MIG	1,1; 1,8	QUAR 12.1
1, 3; 4, 5	Instalação, migração e atualização para versão mais recente do ÁSIS num novo servidor Oracle	Eficácia	Início da utilização do ASIS (meses)	Resultado						11,00	1,00	9,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	1,7; 1,10; 4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Manter tecnicamente atualizada a estrutura informática do IPST (Comunicações, Software e Hardware) (%)	Eficácia	(Nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas) x 100	Resultado						95,00	4,00	100,00	100%	Valor Anual	95,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à área do sangue (%)	Eficácia	(Nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas) x 100	Resultado						90,00	9,00	100,00	100%	Valor Anual	95,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)	Eficácia	(Nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas) x 100	Resultado						90,00	9,00	100,00	100%	Valor Anual			NA	Pasta MIG	4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Manter tecnicamente atualizado a intranet do IPST (%)	Eficácia	(Nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas) x 100	Resultado						90,00	9,00	100,00	100%	Valor Anual	95,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Manter tecnicamente atualizado os sites do IPST (ipst.pt, hemovigilância.net) (%)	Eficácia	(Nº atualizações realizadas/nº atualizações planeadas) x 100	Resultado						90,00	9,00	100,00	100%	Valor Anual	95,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Migração para uma nova solução de Anti-Vírus para o IPST	Eficácia	Instalação em todas as Workstations e Servidores do IPST (semanas)	Resultado						11,00	2,00	9,00	100%	Valor Anual	11,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1,10; 4,2	
1, 3; 4, 5	Reestruturação do site ipst.pt com integração dos domínios hemovigilancia.net e dador.pt	Eficácia	Início da utilização do novo site (meses)	Resultado						6,00	1,00	4,00	100%	Valor Anual	7,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1,1; 1,8	
1, 2; 3, 4; 5	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Eficácia	Início da utilização da nova estrutura (meses)	Resultado				0,00	0,00	8,00	2,00	5,00	100%	Valor Anual	12,00	83%	Não atingiu	Pasta MIG	1,7; 1,10; 4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Renovação das comunicações fixas do IPST - Internet, VPN, VOIP	Eficácia	Início da utilização (meses)	Resultado						10,00	2,00	7,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	1,7; 1,10; 4,2	
1, 2; 3, 4; 5	Renovar a infraestrutura informática do IPST (Rede interna, Virtualização, Servidores, Domínio)	Eficácia	Início da utilização da nova estrutura (meses)	Resultado						9,00	2,00	6,00	100%	Valor Anual	12,00	92%	Não atingiu	Pasta MIG	1,7; 4,2	

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra**Aférese**

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 5	Aumentar o número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Eficácia	Número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Resultado	299,00	319,00	395,00	391,00	344,00	400,00	40,00	441,00	100%	Valor Anual	383,00	100%	Atingiu	mapa107f.pco	4.2	
1; 5	Manter taxa de procedimentos de aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficiência	Número procedimentos 25-34/Número procedimentos efetuados	Resultado	26,76	28,84	28,61	22,25	15,70	15,00	3,00	17,60	100%	Valor Anual	13,64	100%	Atingiu	mapa107f.pco	4.2	

Sangue Total

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 4; 5	Manter a % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / n.º total de sessões de colheita *100	Resultado	54,51	54,10	62,89	65,30	64,90	63,00	10,00	73,00	100%	Valor Anual	69,20	100%	Atingiu	ASIS		
1; 5	Manter a Taxa de Colheita	Eficiência	Número de inscrições para a dâdiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/n.º total de inscrições previstas para a dâdiva de ST	Resultado	0,00	83,70	79,07	79,07	83,05	83,00	4,00	88,00	100%	Valor Anual	83,39	100%	Atingiu	ASIS		
1; 5	Manter a Taxa de comparência	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	95,95	104,00	103,59	94,81	101,43	90,00	5,00	96,00	100%	Valor Anual	98,89	135%	Superou	ASIS		
1; 5	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário 25-34 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores com idades entre os 25 e 34 anos / N.º Total de colheitas) x 100	Resultado	0,00	26,14	26,26	24,65	23,48	19,00	2,00	22,00	100%	Valor Anual	20,24	100%	Atingiu	ASIS		QUAR 2.2
1; 5	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores < 25 anos / N.º Total de colheitas) x 100	Resultado	13,30	14,71	15,69	15,12	16,37	12,00	2,00	15,00	100%	Valor Anual	15,85	132%	Superou	ASIS		QUAR 2.1

Produção

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado		0,53	0,29	2,49	2,38	1,00	10%	0,90	100%	Valor Anual	16,02	7%	Não atingiu	ASIS	4.2	
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Eficiência	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Resultado	22,84	27,58	0,00	0,03	0,09	0,50	10%	0,39	100%	Valor Anual	0,37	130%	Superou	ASIS	4.2	
1; 3; 5	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	2,59	3,85	2,20	2,98	2,96	4,00	50%	3,40	100%	Valor Anual	1,50	135%	Superou	ASIS	4.2	
1; 3; 5	Manter o número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado				0,00					100%	Valor Anual	0,00	125%	Superou	ASIS	4.2	

Transplantação

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Observações
2; 5	Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	22,00	9,94	3,20	4,21	4,53	7,00	1,00	5,00	100%	Valor Anual	2,65	135%	Superou		1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	100%	Valor Anual	1,17	135%	Superou	Lusot	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,58	0,70	2,88	0,40	5,00	1,00	3,00	100%	Valor Anual	0,31	135%	Superou	Lusot	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	4,54	3,60	16,38	10,35	15,00	2,00	12,00	100%	Valor Anual	5,48	135%	Superou	Lusot	1.10; 4.2	

Laboratório de Controlo de Qualidade

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 3; 5	Aumentar a taxa de execução do plano de amostragem (Coimbra + Porto) nos concentrados de eritrocitos	eficiencia	Nº de amostras executadas/nº de amostras previstas	Resultado					0,80	1,1000	0,2000	1,3000	100%	Valor Anual	1,02	100%	Atingiu	MIG	1.10; 4.2	
1; 3; 5	Diminuir a Taxa de recall componentes sanguíneos por falsos positivos	eficiencia	nº de recall componentes sanguíneos por falsos positivos / nºtotal de recall	Resultado					29,00	25,0000	3,0000	22,0000	100%	Valor Anual	4,17	135%	Superou	MIG	1.10; 4.2	

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa**Aférese**

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 5	Aumentar o número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Eficácia	Número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Resultado	455,00	701,00	606,00	468,00	529,00	480,00	48,00	529,00	100%	Valor Anual	603,00	135%	Superou	mapa107f pco	4,2	
1; 5	Manter taxa de procedimentos de aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficiência	Número procedimentos 25-34/Número procedimentos efetuados	Resultado		12,70	15,18	10,47	12,57	4,00	2,00	7,00	100%	Valor Anual	11,54	135%	Superou		4,2	

Sangue Total

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 4; 5	Manter a % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / n.º total de sessões de colheita *100	Resultado	67,00	69,83	66,70	86,64	89,22	70,00	10,00	81,00	100%	Valor Anual	89,57	135%	Superou	ASIS	1;10; 4,2	
1; 5	Manter a Taxa de Colheita	Eficiência	Número de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/n.º total de inscrições previstas para a dádiva de ST	Resultado		69,68	74,60	78,81	75,43	75,00	5,00	81,00	100%	Valor Anual	75,90	100%	Atingiu	ASIS	1;1; 1;8; 4,2	
1; 5	Manter a Taxa de comparência	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		93,12	97,00	85,80	91,25	80,00	8,00	89,00	100%	Valor Anual	91,92	133%	Superou	ASIS	1;1; 1;8; 4,2	
1; 5	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário 25-34 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores com idades entre os 25 e 34 anos / N.º Total de colheitas) x 100	Resultado	32,46	29,66	23,38	22,24	17,19	13,00	3,00	17,00	100%	Valor Anual	18,34	133%	Superou	ASIS	1;1; 1;8; 4,2	QUAR 2.2
1; 5	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores < 25 anos / N.º Total de colheitas) x 100	Resultado	13,87	14,14	13,05	13,76	13,35	8,00	2,00	11,00	100%	Valor Anual	12,11	134%	Superou	ASIS	1;1; 1;8; 4,2	QUAR 2.1

Produção

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,70	0,06	0,60	0,64	0,21	1,50	0,50	0,99	100%	Valor Anual	1,01	100%	Atingiu	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Eficiência	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Resultado			0,59	0,44	0,63	2,50	0,50	1,99	100%	Valor Anual	0,91	135%	Superou	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado		1,63	0,85	1,22	1,37	1,50	0,20	1,30	100%	Valor Anual	0,54	135%	Superou	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Manter o número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	125%	Superou	mapa 670c	4,2	

Transplantação

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	2020	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
2; 5	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado					13,37	10,00	2,00	7,00	100%	Valor Anual	10,83	100%	Atingiu	MIG	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,50	1,23	2,00	1,00	0,90	100%	Valor Anual	1,00	100%	Atingiu	MIG	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	4,60	5,92	9,38	19,44	5,58	6,00	1,00	4,00	100%	Valor Anual	6,62	100%	Atingiu	MIG	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	2,00	7,71	93,67	1,94	3,00	1,00	1,00	100%	Valor Anual	2,08	100%	Atingiu	MIG	1.10; 4.2	

Banco de Tecidos

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
2; 3; 4; 5	Desenvolver o banco multitecidual - QUAR	Eficácia	Validação do processamento de córneas para PK (Fases de validação)	Resultado						2	1	2	100%	Valor Anual	1,50	100%	Atingiu		1.10; 4.2	QUAR 3.3
2; 3; 4; 5	Desenvolver o banco multitecidual - QUAR	Eficácia	Elaboração dos procedimentos de processamento (córneas para queratoplastia penetrante - PK - N.º de procedimentos)	Resultado						2	1	2	100%	Valor Anual	1,90	100%	Atingiu		1.10; 4.2	QUAR 3.2
2; 3; 4; 5	Desenvolver o banco multitecidual - QUAR	Eficácia	Elaboração dossier de qualificação da zona limpa dedicada ao processamento de tecido ocular (N.º de capítulos)	Resultado						4	1	4	100%	Valor Anual	3,00	100%	Atingiu		1.10; 4.2	quar 3.1
2; 3; 5	Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas	Eficiência	N.º de válvulas cardíacas validadas/n.º de válvulas cardíacas processadas x 100	Resultado	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00,00	99	1	100	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou		1.10; 4.2	
2; 3; 5	Manter taxa de aproveitamento de peças de Tecido Musculo-esquelético processado	Eficácia	N.º de peças de tecido musculo-esquelético validadas/n.º de peças de tecido musculo-esquelético processadas x 100	Resultado	100,00	100,00	93,03	99,30	100,00	96	3	100	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou		1.10; 4.2	
2; 3; 5	Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada	Eficácia	N.º de peças de membrana amniótica validadas/n.º de peças de membrana amniótica processadas x 100	Resultado	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99	1	100	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou		1.10; 4.2	

CEDACE

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
2; 3	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial - CSTL	Eficiência	Data Entrada do Pedido/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	16,55	17,83	21,23	18,92	25,25	20,00	5,00	14,00	1,00	Valor Anual	24,11	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.10; 4.2	
2; 3; 4; 5	Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano	Eficiência	% Follow-up de dadores de CEPH	Resultado	10,00	16,20	0,00	1,49		60,00	12,00	73,00	1,00	Valor Anual	46,00	96%	Não atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.10; 4.2	

Centro de Sangue e Transplantação do Porto**Aférese**

OE IPST	Objetivo	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 5	Aumentar o número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Eficácia	Número de procedimentos/processos de aférese onde seja colhido pelo menos um componente (CUP, CEA ou PFA)	Resultado	1,410,00	1,353,00	1,076,00	1,017,00	1,018,00	1,250,00	350,00	1,601,00	100%	Valor Anual	1,151,00	100%	Atingiu	mapa107f;pc o	4,2	
1; 5	Manter taxa de procedimentos de aférese efetuados no grupo etário 25-34	Eficiência	Número procedimentos 25-34/Número procedimentos efetuados	Resultado		15,67	12,45	11,31	9,53	10,00	5,00	16,00	100%	Valor Anual	10,60	100%	Atingiu		4,2	

Sangue Total

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 4; 5	Manter a % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	Eficácia	Nº de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	68,65	67,43	70,50	69,62	70,08	69,00	10,00	80,00	100%	Valor Anual	66,25	100%	Atingiu	ASIS	1,10; 4,2	
1; 5	Manter a Taxa de Colheita	Eficiência	Número de inscrições para a dádiva de ST aprovadas em triagem clínica e aprovadas em colheita/nº total de inscrições previstas para a dádiva de ST	Resultado	75,60	72,84	71,44	69,70	72,15	75,00	10,00	86,00	100%	Valor Anual	73,36	100%	Atingiu	ASIS	1,1; 1,8; 4,2	
1; 5	Manter a Taxa de comparência	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	92,22	87,98	87,62	86,26	87,19	85,00	10,00	96,00	100%	Valor Anual	89,62	100%	Atingiu	ASIS	1,1; 1,8; 4,2	
1; 5	Manter a taxa de unidades de ST colhidas no grupo etário 25-34 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores com idades entre os 25 e 34 anos / Nº Total de colheitas) x 100	Resultado	0,22	0,21	0,21	0,23	0,22	17,00	5,00	23,00	100%	Valor Anual	17,28	100%	Atingiu	ASIS	1,1; 1,8; 4,2	QUAR 2.2
1; 5	Manter a taxa de unidades de STcolhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	(Número colheitas em dadores < 25 anos / Nº Total de colheitas) x 100	Resultado	12,16	11,68	11,56	10,99	11,13	11,00	5,00	17,00	100%	Valor Anual	11,77	100%	Atingiu	ASIS	1,1; 1,8; 4,2	QUAR 2.1

Produção

OE IPST	Objetivo	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Obsevações
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	2,00	0,83	2,39	1,48	0,08	2,00	1,00	0,90	100%	Valor Anual	2,35	100%	Atingiu	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Diminuir a % de inutilização de POOL por prazo de validade	Eficiência	Número POOL inutilizadas /Número total de POOL em inventário	Resultado	2,80	2,88	4,66	3,49	0,65	3,00	1,50	1,40	100%	Valor Anual	1,36	126%	Superou	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	4,40	12,05	10,74	6,08	8,97	8,00	3,00	4,00	100%	Valor Anual	4,51	122%	Superou	mapa 670c	4,2	
1; 3; 5	Manter o número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de CE de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado	5,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,00	1,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	125%	Superou	mapa 670c	4,2	

Transplantação

OE IPST	Objetivo Operacional	Subtipo	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte	Contributo OE MS	Observações
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		0,91	1,11	1,18	1,28	2,00	1,00	2,00	100 %	Valor Anual	1,06	100%	Atingiu	Lusot	1.10; 4.2	
2; 5	Diminuir o tempo de resposta na ativação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado		8,60	8,13	8,91	10,23	8,00	1,00	6,00	100 %	Valor Anual	6,78	115%	Superou		1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		3,16	4,92	4,47	3,06	6,00	1,00	4,00	100 %	Valor Anual	3,13	135%	Superou	Lusot	1.10; 4.2	
2; 5	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado		1,18	2,17	2,20	2,00	3,00	1,00	2,00	100 %	Valor Anual	1,86	128%	Superou	Lusot	1.10; 4.2	

Banco Público de Células do Cordão Umbilical

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
2; 3; 5	Aumentar % de unidades de SCU aptas para utilização	Eficiência	Nº de unidades criopreservadas/nº de unidades aptas a uso clínico	Resultado	37,40	60,30	88,80	84,20	75,80	90,23	80,00	18,00	100	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou	Base de dados BPCCU	1.10; 4.2	Paragem da Atividade
2; 3; 5	Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas	Eficiência	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	206,00	136,00	96,00	94,00	29,00	41,00	60,00	20,00	81	100%	Valor Anual	9,00	23%	Não atingiu	Base de dados BPCCU	1.10; 4.2	
2; 3; 5	Manter o número de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)	Eficiência	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	284,00	420,00	518,00	612,00	641,00	682,00	701,00	20,00	722	100%	Valor Anual	691,00	100%	Atingiu	Base de dados BPCCU	1.10; 4.2	
2; 3; 5	Nº. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo)	Eficiência	nº de unidades aptas para registo no CEDACE	Resultado	0,00	0,00	0,00	218,00	0,00	0,00	60,00	20,00	81	100%	Valor Anual	7,00	18%	Não atingiu	Base de dados BPCCU	1.10; 4.2	

b) QUAR



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



ANO: 2020
Ministério da Saúde
NOME DO ORGANISMO: Instituto Português do Sangue e de Transplantação, I.P.
MISSÃO DO ORGANISMO: Garantir e regular, a nível nacional, a actividade da medicina transfusional e de transplantação e garantir a doação, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana
OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

- OE 1 Contribuir para a sustentabilidade da terapêutica transfusional em Portugal e suficiência tendencial em medicamentos derivados do plasma
- OE 2 Contribuir para a sustentabilidade e incremento da medicina regenerativa e da transplantação em Portugal
- OE 3 Promover a melhoria contínua e a modernização organizacional
- OE 4 Reforçar a imagem institucional
- OE 5 Melhorar a sustentabilidade financeira do IPST, IP

OBJECTIVOS OPERACIONAIS													Tipo de Indicador (A)	Meta Proposta/Resultado Anterior (B)	Objetivo Interinstitucional (C)	Identificação do Indicador (D)		
EFICÁCIA													20,0%					
ODp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4; OE 5) [R]													60%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	18	17	13	11	11	12	5	6	100%	Dezembro	8,2	100%	Atinge	A2	B2	NA	N
ODp2: Assegurar a doação de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 4; OE 5)													30%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
2.1	Porcentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idade <25 anos	25143	13,4%	13,0%	13,0%	13,6%	13,0%	3,9%	17,0%	50%	Dezembro	13,2%	100%	Atinge	A2	B3	NA	P
2.2	Porcentagem de unidades de sangue colhidas em doadores com idade entre os 25 e os 34 anos [%]	38769	20,5%	19,6%	18,6%	19,2%	18,9%	5,7%	24,6%	50%	Dezembro	18,6%	100%	Atinge	A2	B3	NA	P
ODp3: Desenvolver o banco multitecidual (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5)													30%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
3.1	Elaboração do dossier de qualificação de zona limpa dedicada ao processamento de tecido ocular (PE de capilares)	NA	NA	NA	NA	NA	4,0	1,0	4,0	30%	Dezembro	3,00	100%	Atinge	A3	B5	NA	P
3.2	Elaboração dos procedimentos de processamento (cômeas para queratoplastia penetrante - PK - NP de procedimentos)	NA	NA	NA	NA	NA	2,0	1,0	2,0	30%	Dezembro	1,90	100%	Atinge	A3	B5	NA	P
3.3	Validação do processamento de cômeas para PK (Fases de validação)	NA	NA	NA	NA	NA	2,0	1,0	2,0	40%	Dezembro	1,30	100%	Atinge	A3	B5	NA	P
EFICIÊNCIA													40%					
ODp4: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 4; OE 5) [R]													40%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
4.1	Proposta de revisão de preços da Tabela de Produtos e Serviços Prestados (porcentagem de preços revisados)	NA	NA	NA	NA	NA	80%	20%	100%	100%	Dezembro	100%	123%	Supera	A3	B5	NA	P
ODp5: Manter a atividade de Doação e Transplantação (OE 2; OE 3; OE 4; OE 5)													20%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
5.1	NR de Hospitais auditados	5	0	0	1	3	3	1	5	100%	Dezembro	4	100%	Atinge	A2	B3	NA	P
ODp6: Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST (OE 3; OE 4; OE 5) [R]													40%					
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação					
6.1	Porcentagem de candidatos a transplantação registados no RPT e integrados no LUSOT	NA	NA	NA	80	98,9	90%	9%	100%	100%	Dezembro	97,9%	100%	Atinge	A3	B2	NA	P





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



ANO: 2020																						
Ministério da Saúde																						
NOME DO ORGANISMO: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.																						
QUALIDADE																						
OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5) (R)																						
20%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
7.1	Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal					ND	ND	ND	ND	ND	10,0%	5,0%	16,0%	50%	Dezembro	7,0%	100%	Atingiu	A2	B4	NA	P
7.2	Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis					0	0	0	0	0	5	3	9	50%	Dezembro	2	100%	Atingiu	A2	B1	NA	P
OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5) (R)																						
20,0%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
8.1	Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência no contexto da COVID-19					NA	NA	NA	NA	NA	85%	14%	100%	50%	Dezembro	95%	100%	Atingiu	A3	B5	NA	P
8.2	Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho centralizado (meses para concretização)					NA	NA	NA	NA	NA	9	2	6	50%	Dezembro	11	100%	Atingiu	A3	B5	NA	N
OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores (OE 3; OE 4; OE 5)																						
10,0%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
9.1	Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nº de profissionais)					NA	NA	NA	NA	NA	15	5	21	100%	Dezembro	17,00	100%	Atingiu	A3	B5	NA	P
OOp10: Avaliação da Satisfação dos Doadores de Sangue e dos Candidatos a Doador de Medula Óssea (OE 1; OE 2; OE 3; OE 4; OE 5) (R)																						
20,0%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
10.1	Taxa de satisfação dos doadores					95%	95%	95%	93% *	93%	95%	4%	95%	100%	Dezembro	93%	100%	Atingiu	A3	B1	NA	P
OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST (OE 3; OE 4; OE 5)																						
15,0%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
11.1	Percentagem de Partes Interessadas do IPST inquiridas							57%	57%	57%	71%	25%	100%	100%	Dezembro	56%	100%	Atingiu	A3	B1	NA	P
OOp12: Facilitar o acesso à informação no site do IPST (OE 3; OE 4)																						
15,0%																						
INDICADORES	2015	2016	2017	2018	2019	Meta 2020	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação									
12.1	Número de conteúdos colocados na área "Destques" do site do IPST, IP					33	30	33	42	31	40	10	51	100%	Dezembro	54	132%	Superou	A3	B5	NA	P

NOTA EXPLICATIVA

OE = Objetivo Estratégico; OOp = Objetivo Operacional; R = Relevante; E = Estimativa; NA = Não Aplicável; ND = Não Disponível; P = Apuramento Final.
 * Alteração de métrica de cálculo em relação aos anos anteriores



c) Anexo IV_LOE 2020_Artigo 25

CICLO DE GESTÃO 2020 QUAR 2020 Ponto de Situação a 31.12.2020 do Artigo 25.º da LOE2020															
Ministério	Organismo	Parâmetro	Peso do Parâmetro	Objetivo Operacional	Peso do Objetivo	Indicador	Peso do Indicador	Meta	Tol.	Valor Crítico	Peso Relativo Objetivo no QUAR (QUAR / QUAR (>=50%))	Observações	Resultado 31.12.2020	Taxa de Realização	Classificação
sigla	sigla		%	OO.X.	%	INDX. (...)	%				>=50%				
MS	IPST, IP	Eficiência	40%	Simplificação e Desmaterialização dos Processos IPST	40%	Percentagem de candidatas a transplantação registadas na RPT e integradas na LUSOT	100%	0,90	0,09	1,00	16%		0,979	100%	Atingiu
MS	IPST, IP	Qualidade	40%	OOp7: Promover a adoção de medidas que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal ao trabalhador - Boa gestão dos trabalhadores	20%	7.1 - Percentagem de trabalhadores com modalidades de organização do trabalho que facilitem a conciliação da vida profissional, familiar e pessoal	50%	10%	5%	16%	8%		7%	100%	Atingiu
						7.2 - Número de Protocolos com empresas e organizações para que os trabalhadores beneficiem de condições favoráveis	50%	5	3	9		2	100%	Atingiu	
MS	IPST, IP	Qualidade	40%	OOp8: Segurança e Saúde no Trabalho - Boa gestão dos trabalhadores	20%	8.1 - Percentagem de trabalhadores abrangidos por ações de esclarecimento sobre o Plano de Contingência no contexto da Covid-19	50%	85%	14%	100%	8%		95%	100%	Atingiu
						8.2 - Desenvolvimento de procedimento para aquisição de serviços de Medicina no Trabalho (meses para concretização)	50%	9	2	6		11	100%	Atingiu	
MS	IPST, IP	Qualidade	40%	OOp9: Motivação - Boa gestão dos trabalhadores	10%	9.1 - Participação de profissionais do IPST em ação de capacitação imersiva com vista ao desenvolvimento de um projeto organizacional inovador (nt de profissionais)	100%	15,00	5,00	21,00	4%		17	100%	Atingiu
MS	IPST, IP	Qualidade	40%	OOp10: Avaliação da Satisfação dos Doadores de Sangue e dos Candidatos a Dador de Medula Óssea	20%	10.1 - Taxa de satisfação dos doadores	100%	95%	4%	100%	8%		93%	100%	Atingiu
MS	IPST, IP	Qualidade	40%	OOp11: Identificar as necessidades das partes interessadas face ao IPST	15%	11.1 - Percentagem de Partes Interessadas do IPST Inquiridas	100%	71%	28%	100%	8%		56%	100%	Atingiu

d) Balanço Social

MINISTÉRIO DA SAÚDE BALANÇO SOCIAL	
Decreto-Lei n° 190/96, de 9 de Outubro	<i>Alvaro</i> <i>WLE</i>
2020	Dr. Victor Marques Vogal do Conselho Diretivo
12 MAR. 2021	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO / ENTIDADE	
Código	2436
Serviço / Entidade: INATITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA	
TRANSPLANTAÇÃO, IP	
<p>Nota: Em caso de processo de fusão/reestruturação da entidade existente a 31/12/2020 indicar o critério adotado para o registo dos dados do Balanço Social 2020 na folha "critério"</p>	
NÚMERO DE PESSOAS EM EXERCÍCIO DE FUNÇÕES NO SERVIÇO (Não incluir Prestações de Serviços)	
Em 1 de Janeiro 2020	467
Em 31 de Dezembro 2020	509
<i>Contacto para eventuais esclarecimentos</i>	
Nome BEATRIZ SANCHES	
DIRETORA DE DEPARTAMENTO	
Tel: 210063010	
E-mail: beatriz.sanches@ipst.min-saude.pt	
Data 11-03-2021	

Notas Explicativas:

Em caso de processo de fusão/reestruturação da entidade existente a 31/12/2020 deverá ser indicado o critério adotado para o registo dos dados do Balanço Social 2020.

Por exemplo: caso de uma entidade que resulta da fusão de 2 entidades, em que a nova entidade iniciou o seu funcionamento a 1 de junho 2020:

Deverá registar os dados da entidade nova referente ao período de 1 junho a 31 dezembro, especificando em baixo na descrição da entidade a data de início da nova entidade e o número de trabalhadores em exercício de funções nessa data, em substituição do n.º de trabalhadores a 1 de janeiro 2020 na folha de identificação.

Caso este critério não seja aplicável para algum dos quadros, deverá também ser descrita neste campo de descrição o critério adotado.

Critério adotado (descrição da entidade):

BALANÇO SOCIAL 2020**ÍNDICE DE QUADROS****CAPÍTULO 1 - RECURSOS HUMANOS**

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

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

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

CAPÍTULO 3 - HIGIENE E SEGURANÇA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grupo/cargo/carreira	Cedência de interesse público		Mobilidade interna		Total
	M	F	M	F	
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos					0
Dirigente Superior a)					0
Dirigente intermédio a)					0
Técnico Superior	1	0	1	1	3
Assistente técnico			1	0	1
Assistente Operacional (Auxiliar de Acção Médica)					0
Assistente Operacional (Operário)					0
Assistente Operacional (Outro)	1	0	0	1	2
Informático					0
Pessoal de Investigação Científica					0
Doc. Ens. Universitário					0
Doc. Ens. Sup. Politécnico					0
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário					0
Pessoal de Inspeção					0
Médico					0
Enfermeiro					0
Téc. Superior de Saúde e Farmacêutico					0
Téc. Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica					0
Outro Pessoal b)					0
Total	2	0	2	2	6

NOTAS:

a) Considerar apenas os cargos reportados, consoante os casos, ao regime definido pela Lei nº 2/2004, de 15 de Janeiro (repblicado pela lei nº 51/2005 de 30 de Agosto e republicado pela lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro) ou no Código do Trabalho, bem como os cargos integrados nos Conselhos de Administração/Conselhos Directivos.

b) Considerar o total de efectivos inseridos em outras carreiras ou grupos

c) Considerar, apenas, a mobilidade interna, que se opera entre entidades diferentes.

d) Não considerar os trabalhadores ausentes há mais de 6 meses e os trabalhadores que estão em licença sem vencimento em 31 de dezembro.

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

Grupo/cargo/carreira/ Motivo de ausência	Quarenta		Prorrogação parentalidade		Fracasso de família		Doença		Por acidente em serviço ou doença profissional		Assistência familiar		Trabalhador estudante		Per conta do período de férias		Cumprimento de pena disciplinar		Creche		Injustiçados		Outros		Total		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Representante do poder legislativo e de outros executivos																													
Dirigente Superior a)			0	3																									
Dirigente Intermediário a)																													
Técnico Superior	0	15	97	314	2	12	28	226	0	35	12	15	13	0	5	15			0	4			12	48	169	664	833		
Assistente Técnico			190	490	7	27	122	786	0	511	0	14	19	8	7	12			2	4			4	8	351	1.880	2.231		
Assistente Operacional / Auxiliar de Ação Médica					0	6	82	203	0	179	0	29							2	0					64	417	481		
Assistente Operacional (Operário)																													
Assistente Operacional (Outro)			0	107	17	14	611	1.032	5	37	0	7			2	0			6	7			1	0	0	1	642	1.203	1.847
Informático													0	4											9	0	9	19	28
Pessoal de Investigação Científica			120	0							1	0												2	0	123	0	123	
Doc. Ens. Universitário																													
Doc. Ens. Sup. Politécnico																													
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário																													
Pessoal de Inspeção																													
Médico								35	336	0	43	0	3		2	22								49	17	77	412	489	
Enfermeiro	15	0	106	1.146	3	12	58	753	0	63	2	26	7	45									7	27	199	2.111	2.310		
Téc. Superior de Saúde e Farmacéutico			0	12			4	151	0	38	0	11			3	0							11	29	18	248	266		
Téc. Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica			333	1.501	13	23	232	1.833	190	322	0	7	2	20	8	3	0	13					3	15	786	3.717	4.503		
Couro Pessoal b)																													
Total	15	15	844	3.583	42	102	1.142	5.317	195	1.228	15	121	41	77	27	53	0	28	0	19	42	1	108	152	2.446	10.718	13.167		

NOTAS:
 Considerar o total de dias completos de ausência ao período de inatividade.
 a) Considerar apenas os cargos operários, consoante os casos, ao regime definido pela Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro (republicado pela Lei n.º 4/2011, de 22 de dezembro) ou no Código do Trabalho, bem como os cargos Inspeção nos Concelhos de Administração (Conselhos Diretivos) ou no Código do Trabalho.
 b) Considerar o total de efectivos inscritos em todas as carreiras ou grupos (estatístico, por exemplo).

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

Acidentes de trabalho	No local de trabalho						In itinere					
	Total	Inferior a 1 dia (sem dar lugar a baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal	Total	Inferior a 1 dia (sem dar lugar a baixa)	1 a 3 dias de baixa	4 a 30 dias de baixa	Superior a 30 dias de baixa	Mortal
Nº total de acidentes de trabalho (AT) ocorridos no ano de referência	M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	F	7	4	1	0	2	2	0	0	0	2	0
Nº de acidentes de trabalho (AT) com baixa ocorridos no ano de referência	M	0		0	0		0		0	0		
	F	3		1	0	2	2		0	0	2	
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos no ano	M	0		0	0		0		0	0		
	F	125		2	0	123	289		0	0	289	
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos em anos anteriores	M	386		0	20	366	0		0	0	0	
	F	4.392		0	0	4.392	366		0	0	366	

Notas:

Considerar os acidentes de trabalho registados num auto de notícia.

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

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

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

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

Doenças profissionais		Nº de casos	Nº de dias de ausência
Código(*)	Designação		
45.02	Tendinites, tenossinovites e miotenossinovites crónicas, periartrose da escápulo-humeral, condilite, epicondilite, epitrocleíte e estiloidite	3	286

Nota:

(*) - Conforme lista constante do DR n.º 6/2001, de 3 de Maio, actualizado pelo DR n.º 76/2007, de 17 de Julho.

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

Actividades de medicina no trabalho	Número	Valor (Euros)
Total dos exames médicos efectuados:	59	3.453 €
Exames de admissão	0	0 €
Exames periódicos	36	2.096 €
Exames ocasionais e complementares	23	1.357 €
Exames de cessação de funções	0	0 €
Despesas com a medicina no trabalho (*)		2.877 €
Visitas aos postos de trabalho	0	

Nota:

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

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

Segurança e saúde no trabalho comissões	Intervenções das	Número
Reuniões da Comissão		3
Visitas aos locais de trabalho		4
Outras		10

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

Segurança e saúde no trabalho reintegração profissional	Acções de	Número
Alteração das funções exercidas		1
Formação profissional		0
Adaptação do posto de trabalho		0
Alteração do regime de duração do trabalho		0
Mobilidade interna		0

Nota:

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

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

Segurança e saúde no trabalho Acções de formação	Número
Acções realizadas durante o ano	5
Trabalhadores abrangidos pelas acções realizadas	447

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

Segurança e saúde no trabalho	Custos	Valor (€)
Encargos de estrutura de medicina e segurança no trabalho (a)		0,00 €
Equipamento de protecção (b)		171.458,25 €
Formação em prevenção de riscos (c)		250,00 €
Outros custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais (d)		0,00 €

Nota:

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

(b) Encargos na aquisição de bens ou equipamentos.

(c) Encargos na formação, informação e consulta.

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