

Relatório de Atividades

2019

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Handwritten signature
J. 10. 2020

Ministra da Saúde
Marta Temido



Instituto Português
do Sangue e da
Transplantação, IP

Relatório de Atividades

2019

INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA
TRANSPLANTAÇÃO

Índice

1.	Nota introdutória	11
1.1	Caraterização Geral do IPST, IP	13
1.2	Estrutura orgânica do IPST, IP.....	13
2.	Autoavaliação.....	15
2.1	Objetivos Definidos/Homologados para 2019.....	15
2.2	Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR	15
2.2.1	Análise da Consecução da Estratégia	18
2.2.2	Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR	21
2.3	Atividades Desenvolvidas, Previstas e Não Previstas no Plano, com Indicação dos Resultados Alcançados.....	24
2.3.1	Atividades Desenvolvidas Previstas no Plano com Indicação dos Resultados:	24
2.3.1.1	Grau de Execução do Plano de Atividades.....	29
2.3.2	Atividades Desenvolvidas Não Previstas no Plano	30
2.4	Análise das Causas de Incumprimento de Ações ou Projetos Não Executados ou com Resultados Insuficientes	31
2.4.1	Unidades Orgânicas e Homogêneas.....	31
2.5	Audição de Dirigentes Intermédios e Demais Trabalhadores na Autoavaliação dos Serviços	36
2.6	Apreciação, por Parte dos Utilizadores, da Quantidade e Qualidade dos Serviços Prestados	38
2.6.1	Retorno da Informação do Cliente e Partes Interessadas.....	38
2.7	Avaliação do Sistema de Controlo Interno	43
2.8	Desenvolvimento de Medidas de Reforço Positivo de Desempenho.....	50
2.9	Comparação com o Desempenho de Serviços Idênticos, no Plano Nacional e Internacional, que Possam Constituir Padrão de Comparação	51
2.10	Análise da Afetação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros.....	53
2.10.1	Análise do Grau de Execução dos Recursos Humanos.....	53
2.10.2	Análise do Grau de Execução dos Recursos Financeiros	54
2.10.3	Análise do Grau de Execução dos Recursos do IPST, IP	55

3. Unidades Homogéneas.....	57
4. Balanço Social	59
4.1 Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Género.	60
4.2 Remunerações	60
5. Publicidade Institucional	63
6. Informação Histórica	65
7. Avaliação final.....	67
ANEXOS	71
a) Ficha de Atividades das Unidades Orgânicas / Homogéneas	72
b) QUAR.....	88
c) Balanço Social	92

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 - Organograma do IPST, IP	14
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estrutura orgânica do IPST, IP	14
Tabela 2 - Análise por Indicador 2019	17
Tabela 3 - Matriz de Relacionamento Objetivos Estratégicos/Objetivos Operacionais de 2019	18
Tabela 4 - Grau de Contributo dos Objetivos Operacionais para os Objetivos Estratégicos	20
Tabela 5 - Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR.....	21
Tabela 6 – Grau de Execução do Plano de Atividades	30
Tabela 7 - Satisfação dos Colaboradores	38
Tabela 8 - Legenda do Gráfico 4 – Avaliação da Satisfação dos Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea	39
Tabela 10 - Auditorias Programadas e Realizadas em 2019 (valores mensais acumulados)	44
Tabela 11 – Avaliação do Sistema de Controlo Interno do IPST, IP – 2019	47
Tabela 12- Comparações Nacionais ou Internacionais	53
Tabela 13 - Prémios e ou menções de entidades externas.....	53
Tabela 14 - Análise Produtividade	54
Tabela 15 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados.....	54
Tabela 16 - Análise de Custo – Eficácia	55
Tabela 17- Índices Produtividade e Custo – Eficácia	55
Tabela 18- Unidades Homogéneas.....	57
Tabela 19 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos – 2018/2019.....	59
Tabela 20 - Distribuição das Remunerações Mensais Ilíquidas por Género	60
Tabela 21 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género	61
Tabela 22 - Campanhas Publicitárias.....	63
Tabela 23 - Informação Histórica	65
Tabela 24- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2019.....	68

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Desvio por OOp e contribuição para cada parâmetro.....	15
Gráfico 2 - Avaliação de Impacto da Concretização dos OOp por Parâmetro	16
Gráfico 3 - Respostas aos Inquéritos de Satisfação.....	37
Gráfico 4 – Avaliação da Satisfação dos Dadores de Sangue e dos Candidatos a Dadores de Medula Óssea.....	39
Gráfico 5 - Satisfação Clientes Nacionais.....	Erro! Marcador não definido.
Gráfico 6 -Respostas dos Clientes Internacionais	41
Gráfico 7- Respostas dos Promotores da Dádiva em 2019	42
Gráfico 8 – Nº de Ocorrências por Tipo	45
Gráfico 9 - Evolução do número de ocorrências de acordo com as causas.....	46
Gráfico 10 - Reclamações por causa	46
Gráfico 11 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia	55
Gráfico 12 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2018/2019	59
Gráfico 13- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género	60
Gráfico 14- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2019).....	61

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

1. Nota introdutória

O Relatório de Atividades reflete a atividade desenvolvida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST, IP), no ano de 2019, conforme proposto nos objetivos estratégicos e operacionais constantes no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) 2019 aprovados pela Tutela e divulgados em sede própria. Serve o presente Relatório para a demonstração qualitativa e quantitativa dos resultados anuais alcançados e concretizar a avaliação global do cumprimento dos objetivos do QUAR do IPST, IP dando-se, assim, cumprimento ao previsto no Artigo 15º da Lei nº 66-B/2007, de 28 de Dezembro, em regime de articulação com o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública - SIADAP.

Considerando que o atual Relatório de Atividades tem como objetivo averiguar a concretização do QUAR 2019, 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 2019, à semelhança de anos anteriores, implicou uma análise detalhada do modelo de gestão estratégica adotado mediante um conjunto específico de procedimentos de acompanhamento e revisão, visando assegurar o cumprimento dos objetivos operacionais definidos para cada ciclo de gestão anual. Neste contexto, o atual modelo de gestão estratégica inclui necessariamente as dimensões de negociação dos objetivos operacionais por processo e por resultado nacional e a realização de reuniões de acompanhamento da monitorização com os diretores, gestores de processo e/ou responsáveis de área das unidades orgânicas.

Paralelamente, a avaliação dos indicadores que permitem a medição dos objetivos encontra-se elencada no Plano de Atividades de 2019 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.

O ano de 2019 pautou-se pelo alinhamento com as medidas e orientações emanadas pela Tutela, nomeadamente no que concerne à utilização eficiente dos recursos, à redução de desperdícios e ineficiências mas também à promoção da utilização eficiente de tecnologias de informação. Cumpre por isso realçar as ações desenvolvidas nesta área, visando uma estratégia de modernização, com

impacto positivo na vida dos nossos cidadãos, concretamente dos doadores e recetores de sangue, órgãos, tecidos e células mas também dos profissionais envolvidos neste setor, 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.

Concentrando esforços numa ótica de gestão racional de recursos e de contribuição para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), destacam-se, pelas diversas atividades desenvolvidas para evitar o desperdício e maximizar a utilização do sangue em Portugal, as iniciativas no âmbito do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento do Plasma Humano, das quais merecem relevo: a preparação de novos procedimentos concursais para fornecimento de medicamentos derivados do fracionamento de plasma exclusivamente português e fornecimento de plasma inativado tratado pelo solvente/detergente; a determinação dos preços traduzindo os custos reais da obtenção destes medicamentos; a preparação dos procedimentos técnicos e de logística a observar pelos serviços de sangue hospitalares para aproveitamento do plasma, no âmbito da implementação do Protocolo entre o IPST, IP e os Hospitais convidados a integrar este programa, que fixou como obrigações parte a parte, entre outras, os contributos em plasma de cada serviço de sangue hospitalar, os critérios técnicos de produção e os aspetos de logística relevantes.

Em 2019 manteve-se a aposta no aumento e otimização da doação de órgãos, tecidos e células e a sua transplantação, mantendo lugares cimeiros a nível Europeu e Mundial e igualmente na promoção a gestão sustentável da rede de doação e transplantação. A instituição de práticas de registo e a utilização de ferramentas como o RPT foi uma forma de alcançar elevados padrões de qualidade e assim constituir um modelo de excelência no setor. Consolidando uma cultura de doação a nível hospitalar, promovendo a formação dos profissionais envolvidos na doação, encarando e desenvolvendo outras oportunidades de doação, agilizando procedimentos de registo e facilitando a intervenção aos profissionais, o IPST deu continuidade à análise e aprovação das Normas Hospitalares de Doação, enquanto instrumento operativo eficiente na identificação de mais possíveis e potenciais doadores. Para além do Programa Nacional de Doação Renal Cruzada que tem dado passos consistentes no aumento da transplantação com dador vivo e do Programa *Internacional de Doação Renal Cruzada* com vista a incrementar as possibilidades de transplantação renal com a sua extensão aos países participantes, assumem especial relevância os resultados do Programa de Doação em Paragem Cardio-circulatória com início em 2019 no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Ainda em 2019 e como reconhecimento aos doadores e famílias, aos profissionais de saúde, assim como para recordar à sociedade que a doação de órgãos ajuda a salvar a vida ou contribui para melhorar a qualidade de vida de muitos doentes, tornando assim mais conhecido o seu significado, é instituído no dia 20 de julho, por Despacho do Gabinete de Sua Ex.^a a Senhor Ministra da Saúde, o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação. No ano da sua instituição, o Dia Nacional da

Doação de órgãos e Transplantação foi celebrado em Coimbra num evento organizado pela Sociedade Portuguesa de Transplantação, com o apoio do IPST.

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.

1.1 Caraterização Geral do IPST, IP

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

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.

1.2 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.

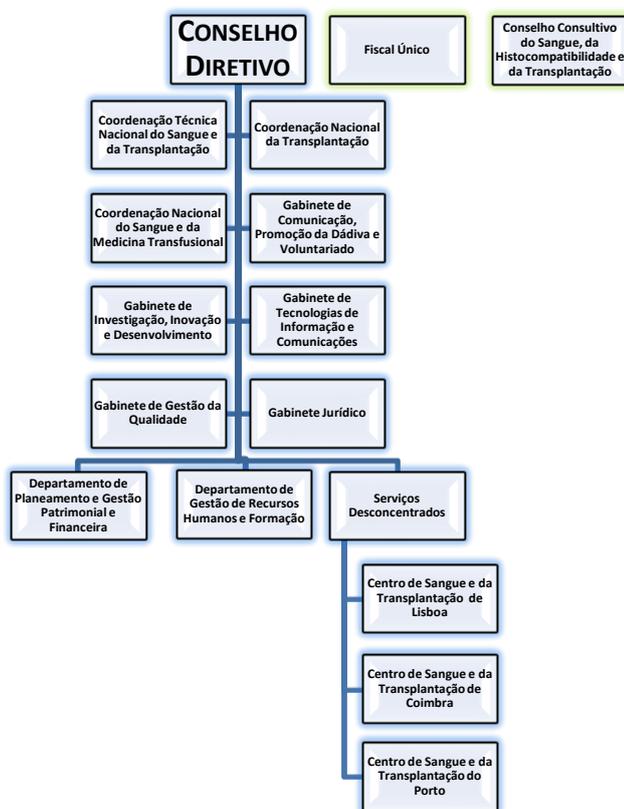
O IPST, IP é dirigido por um Conselho Diretivo, constituído por uma Presidente e um Vogal.

A estrutura orgânica do IPST, IP (Tabela 1) é representada pelo organograma da **Erro! A origem da referência não foi encontrada.** onde se verifica uma estrutura centralizada nas áreas transversais, mas tendencialmente descentralizada do ponto de vista funcional:

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



2. Autoavaliação

2.1 Objetivos Definidos/Homologados para 2019

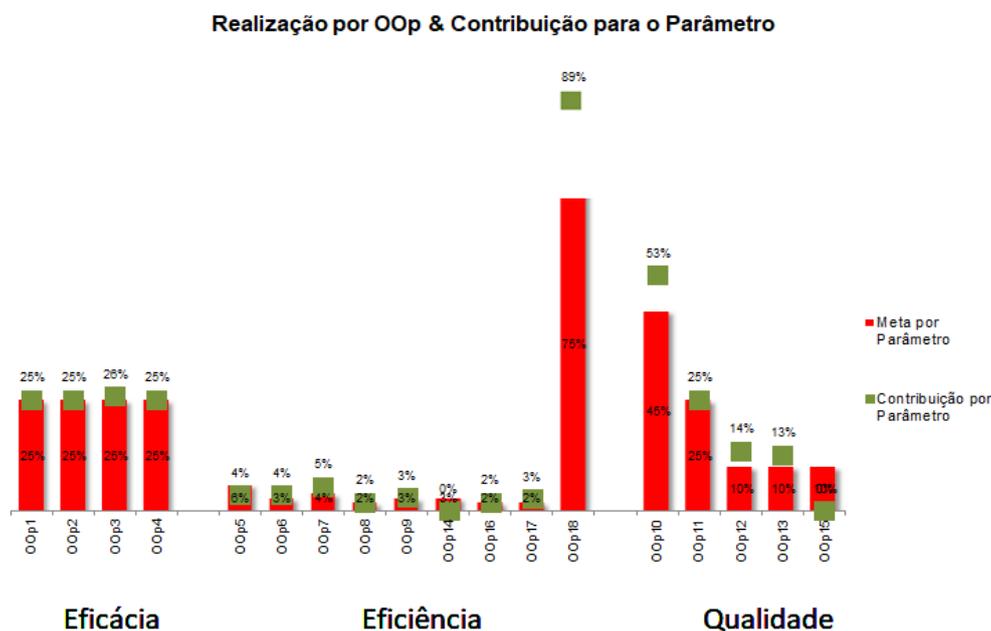
O IPST, IP remeteu através do ofício com a referência OF. n.º 167/CD/19/MAE/pt de 30 de setembro de 2019, uma proposta de revisão de objetivos/indicadores do QUAR 2019, devidamente fundamentada.

A aprovação das alterações foi homologada em 30 de outubro de 2019 por Sua Ex.^a a Senhora Ministra da Saúde.

2.2 Análise dos resultados alcançados e dos desvios verificados de acordo com o QUAR

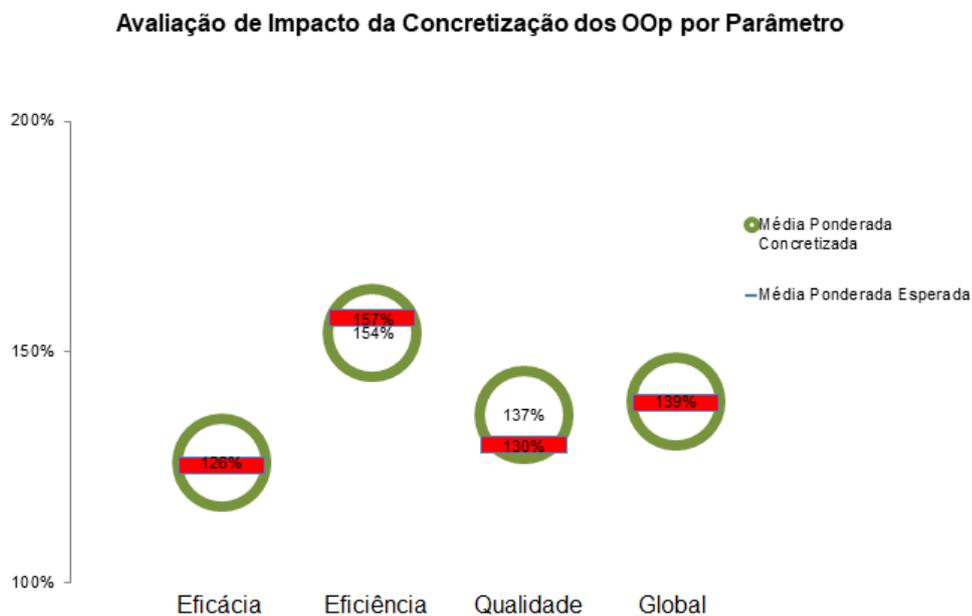
Na generalidade verifica-se a concretização dos objetivos e dos parâmetros de avaliação conforme exposto nos gráficos 1 e 2:

Gráfico 1 - Desvio por OOp e contribuição para cada parâmetro



Fonte: IPST, IP

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



Fonte: IPST, IP

A Tabela 2 - Análise por Indicador 2019 apresentada de seguida mostra o grau de realização dos diferentes OOp do QUAR.

Tabela 2 - Análise por Indicador 2019

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	Taxa de aproveitamento de peças de osso humano processadas (%)	20%	125%	25,0%	103,0%
	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	30%	125%	37,5%	
	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	30%	135%	40,5%	
	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	20%	0%	0,0%	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea	N.º de novos dadores CEDACE tipados	65%	100%	65,00%	100%
	N.º de dadores CEDACE ativados	35%	100%	35,00%	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	100%	59%	59%	59%
OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)	Taxa de órgãos não utilizados	25%	100%	25%	118%
	Nº de auditorias ao processo de doação	25%	100%	25%	
	Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	25%	135%	34%	
	% de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	25%	135%	34%	
OOp7: Conciliação da vida pessoal e familiar	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	100%	135%	135%	135%
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical	% de unidades de SCU aptas para utilização	50%	100%	50%	100%
	N.º de unidades de SCU criopreservadas	50%	100%	50%	
OOp9: % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 1; OE 3; OE 4)	% de sessões de colheita durante a semana	100%	100%	100%	100%
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST	Nº de ações de formação não presencial	50%	100%	50%	118%
	N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CSTs, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na Promoção da Dádva de Sangue	50%	135%	68%	
OOp11: Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 1; OE 8; OE 10) (R)	Percentagem de testes metrológicos efetuados	70%	100%	70%	100%
	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	30%	100%	30%	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação	% de aumento da referenciação de dadores	100%	135%	135%	135%
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIIE	Aumentar a % de registos completos no SIIE	100%	125%	125%	125%
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	100%	0%	0%	0%
OOp15: Implementação de uma logística de transporte adequada de Produtos Sanguíneos (OE 1; OE 10; OE 11)	Divulgação do procedimento operacional para acondicionamento e envio de plasma para fracionamento e/ou inativação viral dos hospitais para o IPST	100%	0%	0%	0%
OOp16: Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplantação (OE 9; OE 10; OE 11)	Nº de meses para preparação das cláusulas técnicas para caderno de encargos para a obra de empreitada para centralização dos processos analíticos	100%	100%	100%	100%
OOp17: Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética (OE 1; OE 2; OE 5; OE 11)	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	100%	135%	135%	135%
OOp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (R)	Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2016	25%	100%	25%	100%
	Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo	75%	100%	75%	

Fonte: IPST, IP

2.2.1 Análise da Consecução da Estratégia

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

Tabela 3 - Matriz de Relacionamento Objetivos Estratégicos/Objetivos Operacionais de 2019

	Objetivos Operacionais	Meta											Grau de contributo dos OOp		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
OOp 1	Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários	25%			25%										50%
OOp 2	Assegurar a dádiva de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos	25%	25%		25%										75%
OOp 3	Desenvolver o banco multitecidualar					25%	25%	25%					25%		100%
OOp 4	Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea					25%		25%							50%
OOp 5	Melhorar o desempenho financeiro do IPST												6%		6%
OOp 6	Promover a eficiência do processo de transplantação					3%	3%	3%		3%	3%				15%
OOp 7	Conciliação da vida pessoal e familiar														0%
OOp 8	Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical					2%							2%		4%
OOp 9	% de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral	3%		3%	3%										9%
OOp 10	Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST	45%	45%	45%	45%				45%		45%				270%
OOp 11	Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos	25%							25%		25%				75%
OOp 12	Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação						10%								10%
OOp 13	Promover os registos dos imóveis no SIIE												10%		10%
OOp 14	Promover a desmaterialização dos processos	3%										3%	3%		9%
OOp 15	Implementação de uma logística de transporte adequada de Produtos Sanguíneos	10%										10%	10%		30%
OOp 16	Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplantação									2,0%	2,0%	2,0%			6%
OOp 17	Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética	2%	2%			2%							2%		8%
OOp 18	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE														0%

Fonte: IPST, IP

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

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

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

De um modo geral, verifica-se a concretização dos objetivos operacionais relativamente ao planeado.

2.2.2 Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR

Na Tabela 5 - Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR apresentam-se os resultados dos indicadores que medem os objetivos operacionais estabelecidos em QUAR com a respetiva análise de não cumprimento ou superação.

Tabela 5 - Análise e Justificação dos Desvios Verificados em QUAR

Objetivos Operacionais	Nº Indicador	Indicadores	Meta 2019	Resultado	% Desvio	Classificação	Justificação do Desvio
OOp1: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)	1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	11,20	11,20	100,0%	Atingiu	
OOp2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4) (R)	2.1	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos (%)	13,00	13,61	4,7%	Atingiu	
OOp2: Assegurar a dádvia de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4) (R)	2.2	Unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	19,00	19,24	1,3%	Atingiu	
OOp3: Desenvolver o banco multitecdular (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)	3.1	Taxa de aproveitamento de peças de tecido musculo-esquelético processadas (%)	96,00	100,00	4,2%	Superou	O estabelecimento da meta e da tolerância para este indicador levou em consideração a continuação do processo formativo de novos profissionais no Banco de Tecidos. Este processo de integração aumenta o risco inerente ao processamento bem como um risco de desperdício. No entanto, a competência verificada não implicou desperdício pelo que a meta foi superada.
OOp3: Desenvolver o banco multitecdular (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)	3.2	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	99,00	100,00	1,0%	Superou	O estabelecimento da meta e da tolerância para este indicador levou em consideração a continuação do processo formativo de novos profissionais no Banco de Tecidos. Este processo de integração aumenta o risco inerente ao processamento bem como um risco de desperdício. No entanto, a competência verificada não implicou desperdício pelo que a meta foi superada.
OOp3: Desenvolver o banco multitecdular (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)	3.3	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	0,50	1,00	100,2%	Superou	A reserva de membrana amniótica corresponde aos 0,5 m2 estabelecidos como meta. No entanto, o stock corresponde ao valor acumulado 2018/2019, o que leva à superação da mesma.
OOp3: Desenvolver o banco multitecdular (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)	3.4	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	11,00	0,00	-100,0%	Não atingiu	A meta proposta para 2019 não foi atingida visto o início da validação do processamento de córneas para queratoplastia penetrante, ter ocorrido apenas em 17 de dezembro de 2019, com a receção de 2 córneas provenientes do Banco de Olhos do CHUC. Desde a data da receção, até ao fim de 2019, foram avaliadas as condições de assepsia durante o processamento inicial dos tecidos, com base nos resultados do controlo microbiológico realizado ao meio de cultura dos 2 tecidos. É de salientar que não foi possível determinar concomitantemente a viabilidade das células endoteliais das córneas, por indisponibilidade da adequada ocular com retículo incorporado, parâmetro indispensável à validação da metodologia de processamento do tecido ocular. Este processo encontra-se em fase de concretização no início de 2020
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5; OE 7) (R)	4.1	N.º de dadores CEDACE tipados	9.000,00	8.845,00	-1,7%	Atingiu	
OOp4: Assegurar a tipagem e colheita de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5; OE 7) (R)	4.2	N.º de dadores CEDACE ativados	1.400,00	1.510,00	7,9%	Atingiu	
OOp5: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)	5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	60,00	118,91	-98,2%	Não atingiu	O prazo medio de pagamento a fornecedores está diretamente relacionado com os recebimentos do IPST (pagamentos das entidades clientes do IPST,IP). No decorrer do ano de 2019, o Instituto procedeu ao pagamento dos derivados do plasma produzidos a partir de plasma de origem nacional, atividade nova na instituição, que se concretizou em cerca de 4,2M€. A disponibilização destes medicamentos aos serviços hospitalares utilizadores só consegue cobrar a receita correspondente passados 6 meses sobre a faturação desses medicamentos. Esta situação justifica-se pelo facto da maioria dos hospitais utilizadores serem entidades públicas abrangidas pelo Clearing House (Câmara de compensação da ACSS – Ministério da Saúde). Neste contexto, com o IPST,IP a receber a 180 dias (Clientes do MS), o prazo de pagamento a 60 dias torna-se impraticável, tendo em conta que o IPST,IP para fazer os seus pagamentos depende totalmente da receita cobrada

II - AUTOAVALIAÇÃO

Objetivos Operacionais	Nº Indicador	Indicadores	Meta 2019	Resultado	% Desvio	Classificação	Justificação do Desvio
OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)	6.1	Taxa de órgãos não utilizados	0,17	0,19	11,2%	Atingiu	
OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)	6.2	Nº de auditorias ao processo de doação	3,00	3,00	0,0%	Atingiu	
OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)	6.3	Nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células	2,00	6,00	200,0%	Superou	Ainda que o planeado inicialmente fossem duas reuniões, uma em cada semestre, em julho de 2019 uma nova coordenadora assumiu funções e visitou todas as unidades de colheita e transplantação de órgãos tecidos e células de forma a conhecer melhor a sua realidade, o que levou a um aumento do número de reuniões inicialmente previsto.
OOp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)	6.4	% de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	20,00	100,00	400,0%	Superou	A implementação de uma metodologia adicional de comunicação às entidades notificadoras de incidentes e reações, no âmbito da Biovigilância, resultou num incremento não esperado levando à superação da meta estabelecida.
OOp7: Conciliação da vida pessoal e familiar	7.1	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	70,00	97,00	38,6%	Superou	Os pedidos solicitados tiveram quase todos informação favorável das chefias, dado não existir inconveniente para o serviço, levando à superação da meta estabelecida.
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5; OE 11)	8.1	% de unidades de SCU aptas para utilização	80,00	90,00	12,5%	Atingiu	
OOp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5; OE 11)	8.2	Nº de unidades de SCU criopreservadas	60,00	41,00	-31,7%	Atingiu	
OOp9: % de sessões de colheita durante a semana e em período pós-laboral (OE 1; OE 3; OE 4)	9.1	% de sessões de colheita durante a semana	70,00	74,70	6,7%	Atingiu	
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 1, OE 2, OE 3, OE 4, OE 8, OE 10) (R)	10.1	Nº de ações de formação não presencial	15,00	13,00	-13,3%	Atingiu	
OOp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 1, OE 2, OE 3, OE 4, OE 8, OE 10) (R)	10.2	Nº de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Doadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na Promoção da Dádiva de Sangue	45,00	96,00	113,3%	Superou	O indicador foi superado porque foram consideradas, para além das reuniões presenciais, todas as reuniões independentemente do meio utilizado para a sua realização
OOp11: Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 1; OE 8; OE 10) (R)	11.1	Percentagem de testes metrológicos efetuados	90,00	88,30	-1,9%	Atingiu	
OOp11: Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 1; OE 8; OE 10) (R)	11.2	Nº de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	21,00	18,00	-14,3%	Atingiu	
OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6) (R)	12.1	% de aumento da referência de doadores	5,00	14,90	198,0%	Superou	Até 2017 e por não haver dados que permitissem avaliar o aumento da referência de doadores, assumia-se que este valor correspondia à percentagem de aumento de doadores (se a doação aumentou X%, então também a referência teve de aumentar os mesmos X%, uma vez que, se não forem referenciados não serão doadores). Com a entrada em funcionamento do RPT, conseguimos avaliar a referência pelo número de processos registados no RPT, uma vez que todos os possíveis doadores identificados, independentemente do tipo (MC, PCC ou CP) e do desfecho do processo (colheita efetuada ou não), são aqui registados. Sendo uma aplicação recente e com um crescente aumento da adesão por parte dos utilizadores, o número de registos aumenta também progressivamente, fruto não só do aumento natural da atividade mas também da adesão dos profissionais. No final do ano 2018 a taxa de adesão dos coordenadores hospitalares de doação estava muito próxima dos 100% e como tal, considerou-se que já não deveria ter tanto impacto no aumento da referência, por isso, a meta definida foi pouco ambiciosa em comparação com os resultados obtidos. No próximo ano já será possível definir uma meta mais realista sem prejudicar o desempenho.

II - AUTOAVALIAÇÃO

Objetivos Operacionais	Nº Indicador	Indicadores	Meta 2019	Resultado	% Desvio	Classificação	Justificação do Desvio
OOp13: Promover os registos dos Imóveis no SIIE (OE 11)	13.1	% de registos completos no SIIE	94,00	100,00	6,4%	Atingiu	
OOp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 10; OE 11)	14.1	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	1,00	0,00	-100,0%	Não atingiu	<p>A concretização deste objetivo pressupõe a realização com êxito de diversas fases, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantamento de necessidades; 2. Desenvolvimento informático; 3. Carregamento e atualização de informação no sistema informático; 4. Validação do sistema desenvolvido. <p>A 1ª fase, da responsabilidade dos RH e das TIC, foi concluída. A 2ª fase, da responsabilidade das TIC foi igualmente concluída. A 3ª fase, da responsabilidade dos RH, foi parcialmente concretizada. O facto de não ter sido integralmente cumprida não impediu a concretização do objetivo, uma vez que se trata de um processo que pode ser concluído posteriormente à eliminação do relatório de sessão de colheita em papel. A 4ª fase teria de envolver os 3 CSTs e representa a fase de testes do que foi desenvolvido. Esta fase foi iniciada no CST Coimbra, contudo não foi estendida aos outros Centros neste ciclo de gestão, impedindo desta forma a concretização total do objetivo. Apesar de a experiência piloto do CTCoimbra ter sido positiva e permitir a melhoria dos procedimentos a aplicar nos outros 2 CST, os testes só poderão ser terminados no decurso 2020</p>
OOp15: Implementação de uma logística de transporte adequada de Produtos Sanguíneos (OE 1; OE 10; OE 11)	15.1	Divulgação do procedimento operacional para acondicionamento e envio de plasma para fracionamento e/ou inativação viral dos hospitais para o IPST	100,00	0,00	-100,0%	Não atingiu	A divulgação acabou por não ocorrer em 2019 porque era necessário definir previamente em Circular Normativa conjunta IPST e DGS os procedimentos de look back e trace back. O grupo de trabalho responsável por esta circular só acordou na versão definitiva já no início de 2020, data em que foi publicada e divulgada aos SMT dos Hospitais.
OOp16: Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplantação (OE 9; OE 10; OE 11)	16.1	Nº de meses para preparação das cláusulas técnicas para caderno de encargos para a obra de empreitada para centralização dos processos analíticos	12,00	11,00	8,3%	Atingiu	
OOp17: Gestão do painel de dadores no sentido da diversificação genética (OE 1; OE 2; OE 5; OE 11)	17.1	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	26,00	49,00	88,5%	Superou	Houve um aumento de sessões de colheita em áreas de diversidade étnica que inicialmente não estavam incluídas no planeamento anual. Este facto ficou a dever-se a um reforço na Promoção da Dádiva junto da população residente em áreas de diversidade étnica, numa articulação sustentada entre o CSTL e as Federações/Associações de Dadores
OOp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (R)	18.1	Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2016	90,00	90,00	0,0%	Atingiu	
OOp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (R)	18.2	Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho	90,00	85,00	-5,6%	Atingiu	

2.3 Atividades Desenvolvidas, Previstas e Não Previstas no Plano, com Indicação dos Resultados Alcançados

2.3.1 Atividades Desenvolvidas Previstas no Plano com Indicação dos Resultados:

Continuação da implementação da estratégia de longo prazo aprovada em sede de Plano Estratégico para 10 anos, com o objetivo de cumprir a missão do IPST, IP e contribuir para a concretização das orientações do Ministério da Saúde, nomeadamente:

- a) Observância do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e reforço das medidas de Controlo Interno:
 - Início da revisão do plano e realização de uma auditoria de controlo interno
- b) Reforço da comunicação interna;
 - Integração na Intranet da pasta de comunicação SGQ
- c) Reformulação do site;
 - Início da reformulação do site
- d) Elaboração do plano anual de formação;
 - Início do diagnóstico das necessidades de formação em dezembro de 2018 tendo sido aprovado o plano anual de formação em 09-05-2019.
- e) Implementação do sistema de formação não presencial;
 - Realização de ações de formação através de videoconferência
- f) Atualização do plano de emergência institucional, em caso de catástrofe ou acidente;
 - Não concretizado
- g) Gestão do Sistema Português de Hemovigilância;
 - Conclusão e envio do Relatório de Hemovigilância no final do 1º semestre 2019.
 - Realização da 10ª Reunião Anual do Sistema Português de Hemovigilância, em 27 de setembro
- h) Desenvolvimento do Sistema Português de Biovigilância;
 - Desenvolvimento e disponibilização da nova versão do formulário de reporte de notificações de Biovigilância e da nova plataforma do Sistema Nacional de Biovigilância – módulo de notificação aberta e módulo de notificação no âmbito do Registo Português de Transplantação (RPT-Órgãos e RPT-Células) no site do IPST, IP
- i) Reorganização da estrutura laboratorial de apoio ao sangue e à transplantação.
 - Transição da área da transplantação do CSTP para o edifício da área do Sangue em 30/9/2019
 - Centralização área analítica CSTL – realização dos procedimentos necessários

- j) Melhorias do sistema de gestão, monitorização e avaliação do cumprimento de objetivos, incluindo atividades de monitorização e avaliação estratégica;
- Como alternativa temporária ao não financiamento da candidatura nº 43967 submetida no âmbito do Aviso de concurso nº 02/SAMA/2018, decidiu o CD pela utilização do Power BI da Microsoft, que permitirá realizar o acompanhamento dos indicadores de gestão de uma forma mais amigável e visualmente mais apelativa.
- k) Monitorizar a plataforma de informação, consubstanciada numa APP, destinada aos candidatos a transplante, transplantados e profissionais.
- A APP RPT Mobile para melhorar a interação entre os utilizadores do RPT está disponível na Google Play Store para download e aguarda-se que seja disponibilizada na Apple Store para os utilizadores IOS.
 - Após consulta com as unidades de transplantação, verificou-se que a população em lista de espera é tipicamente uma população mais carenciada e sem acesso a tecnologias, pelo que o desenvolvimento da aplicação pensada para candidatos a transplante não avançou.
- l) Reforço da cooperação interinstitucional no âmbito do Ministério da Saúde;
- Participação em atividades interinstitucional no âmbito do Ministério da Saúde:
 - Plano Nacional de Saúde 2021-2030;
 - Cuidados continuados Integrados - Coordenação Nacional da Comissão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
 - Preparação Portuguesa da Presidência do Conselho Europeu
 - Cooperação âmbito tráfico órgãos Ministério da Justiça e parceiros europeus
 - Planos de contingência – CSTL grupos e entidades
 - Grupo DGS/INSA/IPST/ desenvolver estudo critérios de suspensão
 - Colaboração programa doação renal cruzada
 - Colaboração IPST/INFARMED/SPMS para preparação do Caderno de Encargos para o procedimento concursal para fracionamento do plasma nacional;
 - Colaboração IPST/HFF/CHLC para análise das atividades de serviço de sangue a assegurar entre as partes, mediante protocolo de colaboração;
- m) Promoção do papel do IPST, IP, junto das instituições congéneres europeias.
- O Programa Internacional de Doação Renal Cruzada (PIDRC) envolve três países: Portugal, Espanha e Itália. Em 2019 um dos cruzamentos determinou a possibilidade de cruzamento entre um par de Portugal e um de Espanha. O cruzamento foi agendado para 2020.
 - No ano 2019, o IPST participou nas ações seguintes, quer através da presença em reuniões, quer no reporte de dados:
 - Comissão Europeia
 - Reunião das Autoridades Competentes para os Tecidos e Células
 - Reunião das Autoridades Competentes para órgãos

- Reunião das Autoridades Competentes para o sangue e componentes sanguíneos
- Reunião do grupo de peritos em Vigilância para Sangue e componentes sanguíneos, tecidos e células
- Sistema de Alerta Rápido para o Sangue e componentes sanguíneos
- Ação Conjunta em Ganhos em Segurança e Qualidade nas Tecnologias de Procriação Medicamente Assistida e na Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos na Europa
- Sistema de Alertas Rápidos para os Tecidos e Células Humanos
- Compêndios de Referência para a Aplicação do Código Único Europeu para os Tecidos e Células Humanos
- European Network for Collaboration on Kidney Exchange Programmes
- Conselho da Europa
 - Comité Europeu para a Transplantação de Órgãos do Conselho da Europa
 - Crimes relacionados com a transplantação
 - Grupo de Trabalho para Elaboração da 4ª Edição do Guia para a Qualidade e Segurança de Tecidos e Células para Aplicação Humana
 - Grupo de Trabalho para Elaboração da 8ª Edição do Guia para a Qualidade e Segurança de Órgãos para Transplantação
 - Grupo de Trabalho para a elaboração da 20ª edição do “Guide to the preparation, use and quality assurance of blood componentes”
 - Grupo de Transfusão - Conselho da Europa
 - Comissão de Diretores - acordo parcial - transfusão sanguínea
 - Harmonising Data Collection Exercises for Tissues and Cells in Europe
 - Newsletter Transplant do Conselho da Europa
 - Harmonization of Terminology on Tissue Donation
- European Blood Alliance
 - Grupo Plano de Contingência
 - Transfusão e Transplantação: proteção e seleção de dadores
 - Grupo EBA Benchmarking
 - Grupo de monitorização de doenças emergentes Infecciosas
- European Federation for Immunogenetics
- International Council for Commonality on Blood Bank Automation
 - Grupo de aconselhamento técnico para Europa África e médio oriente
 - Comissão para a padronização do ISBT128
- International Haemovigilance Network
- Rede/Conselho Iberoamericano de Doação e Transplantação
- Sociedade Internacional de Transfusão Sanguínea

- South Alliance for Transplants
 - World Marrow Donor Association
 - International Registry on Organ Donation and Transplantation
 - European Registry for Organs, Tissues and Cells
 - 17º Encontro Nacional da Rede Sentinela no âmbito da palestra “Avanços e Desafios do Sistema de Biovigilância de Portugal”
- n) Consecução de medicamentos derivados do plasma, correspondentes aos de maior consumo nacional, mediante concurso público internacional para fracionamento de plasma português, resultante de colheitas do IPST, IP e dos serviços de sangue hospitalares com maior colheita nacional;
- Preparação das peças concursais necessárias ao concurso de fracionamento de 60.000 litros de plasma proveniente da colheita do IPST e de 12 serviços de sangue hospitalares;
 - Publicação a 17 de outubro em DR, da Resolução do Conselho de Ministros n.º 177/2019 que autoriza o IPST, I. P, a realizar despesa plurianual inerente à celebração do contrato para aquisição de medicamentos derivados do plasma resultantes de fracionamento de plasma humano, no montante de 8,5M€.
 - Realizada reunião preparatória deste procedimento concursal em dezembro com participação do INFARMED, SPMS e CHUP.
- o) Consecução de plasma fresco congelado para transfusão, submetido a tratamento quer por solvente/detergente, quer com redução patogénica pelo amotosaleno;
- Plasma para transfusão submetido a tratamento por solvente/detergente:
 - Preparou-se o Caderno de Encargos para o concurso público;
 - A 20 de setembro foi publicada em DR a Portaria nº 624/2019 que autoriza o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., a assumir um encargo plurianual até ao montante de 2 059 750 EUR, referente à aquisição de plasma fresco congelado inativado, de origem nacional, sob a forma de medicamento, após processamento industrial de inativação viral, pelo método solvente-detergente;
 - Adjudicação realizada no último trimestre ano.
- p) Atualização da Tabela de Preços das áreas do sangue e da transplantação;
- Foi dado início ao processo de revisão de preços com data prevista de finalização para 2º semestre de 2020
- q) Alargamento da Metodologia de inativação de plaquetas do CSTLisboa, aos CSTCoimbra e Serviço de Sangue do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve, Dra. Laura Ayres;
- Neste momento a atividade do LA decorre no CSTL, pelo facto de o LA se encontrar em obras de requalificação técnica e operacional.
 - Implementada no Laboratório de Produção de Componentes do CSTC desde Agosto de 2019.

- r) Manutenção e reforço da produção / fornecimento de componentes sanguíneos, nomeadamente, mediante desenvolvimento de campanhas de Promoção da Dádiva em meios de ampla divulgação;
- Vide capítulo 0.
- s) Continuidade do projeto de desenvolvimento do banco multitecidual (produção de córneas de cultura);
- Medida não finalizada.
- t) Projetos financiados a nível comunitário
- Com a criação da Equipa de Gestão de Projetos Financiados, importa referir a submissão das seguintes candidaturas no ano de 2019:
 - Governance do Sangue e Transplantação
 - Melhoria do Sistema de Informação e Controlo de Gestão do IPST
 - Concilia(ção) do IPST
 - Eficiência energética do CST Porto (POSEUR)
 - Tiveram início em 2019, 2 novos projetos (aguardam abertura de concurso):
 - Transplantação Sem Fronteiras
 - Interoperabilidade do RPT (candidatura aprovada em 2019)
 - Foram concluídas as seguintes atividades:
 - Interoperabilidade ASIS/Hospitais
 - Circulação de dados LUSOT, RPT, ASIS e BPCCU
 - Merece destaque as atividades em execução durante 2019 relativas ao projeto Integração do RPT com os SI dos hospitais:
 - Todos os hospitais foram contactados por ofício a solicitar o contacto do responsável do Departamento Informático para agendamento de reunião presencial ou por videoconferência. Foram realizadas reuniões presenciais ou por videoconferência com 86% dos hospitais incluídos em ambas as fases. Nos restantes 14%, o motivo de não realização de reunião prende-se ou com a ausência de resposta ao ofício (e posteriores insistências) ou por ausência de resposta à proposta de agendamento.
 - Depois de contactados os departamentos informáticos, foi analisada a possibilidade de concretizar a integração. Do universo dos hospitais, em 36% a integração já está concluída e os dados das análises clínicas já transitam automaticamente do sistema informático dos hospitais para o RPT.
 - Ao nível do R.N.U:
 - Foi solicitada à SPMS autorização para a integração do RPT com o RNU para transferência dos dados administrativos do SICO, o pedido de autorização encontra-se pendente.

- u) Realização de cursos TPM (transplant procurement management) sobre órgãos e tecidos
 - Organização do VI Curso Avançado em Coordenação de Transplantação, nos dias 26 a 29 de março.
- v) Desenvolvimento das seguintes iniciativas na área da transplantação:
 - Ao longo de 2019 deu-se continuidade ao Programa nacional de doação renal cruzada (PNDRC) aumentando a atividade de transplantação em Portugal.
 - Programa de dadores em paragem cardiocirculatória:
 - Foi determinada a revisão do documento da operacionalização da colheita de órgãos em dadores em PCC tendo este programa contribuído para o número de transplantes realizados em Portugal
 - Monitorização da aplicação das normas hospitalares de doação:
 - Deu-se continuidade à análise e aprovação das normas enviadas pelos hospitais
 - Alargamento das colheitas de células do cordão a mais maternidades:
 - Medida adiada devido a contingências relacionadas com a necessidade de mudança de instalações do Banco Público de Células do Cordão Umbilical
 - Genotipagem de alta resolução de dadores voluntários de medula óssea, por GNS;
 - Medida acompanhada em QUAR através do indicador “N.º de novos dadores CEDACE tipados” tendo sido atingido
- w) Concretização de obras de manutenção/reparação nos CST:
 - Remodelação das instalações técnicas especiais (eléctricas, ar condicionado, ventilação) e readaptação das câmaras de frio:
 - Medidas adiadas
 - Melhoria das instalações e circuitos do serviço sangue do LRSP Laura Ayres e concentração das instalações do CST Porto:
 - Iniciadas em 2019
- x) Celebração de Contratos /Protocolos de reorganização da atividade de medicina transfusional com as seguintes entidades: CHLC; HFF, CH Barreiro/Montijo; CH Setúbal; H São Teotónio Viseu; ULS Baixo Alentejo:
 - Preparação do modelo tipo de protocolo para organização das atividades na área da medicina transfusional para estas entidades
- y) Consecução de uma frota automóvel adequada às necessidades da instituição;
 - Medida adiada

2.3.1.1 Grau de Execução do Plano de Atividades

A Tabela 6 – Grau de Execução do Plano de Atividades exibe o número de objetivos Atingidos, Não Atingidos e Superados por Unidade Orgânica, bem como uma análise comparativa relativamente ano anterior.

Tabela 6 – Grau de Execução do Plano de Atividades

Unidade Orgânica	N.º Objetivos	Superou	Atingiu	Não Atingiu
Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira (DPGPF)	6	3	1	2
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação (DGRHF)	7	2	4	1
Coordenação Nacional Da Transplantação (CNT)	6	3	3	-
Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional (CNSMT)	7	2	4	1
Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado (GCPDV)	4	3	1	-
Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ)	6	2	2	2
Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações (GTIC)	10	5	1	4
Gabinete Jurídico (GJ)	-	-	-	-
Centro de Sangue e da Transplantação de Lisboa (CSTL)	87	44	29	14
Centro de Sangue e da Transplantação de Coimbra (CSTC)	54	31	19	4
Centro de Sangue e da Transplantação do Porto (CSTP)	42	19	17	6
Total de objetivos e tipo do cumprimento de objetivos para o Ano de 2019 (absoluto)	229	114	81	34
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2019	100%	50%	35%	15%
Frequência relativa por tipo, do cumprimento de objetivos para o Ano de 2018	100%	40%	37%	23%

Como se pode observar na análise da Tabela 6 verificou-se uma diminuição de 8% de objetivos não atingidos face a 2018.

2.3.2 Atividades Desenvolvidas Não Previstas no Plano

- Realização de 2 sessões de esclarecimento sobre o impacto do Regulamento Geral Proteção de Dados
- Formação em Auditoria de Controlo Interno
- Instituição do dia 20 de julho como o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação, como reconhecimento aos dadores e famílias, aos profissionais de saúde assim como para recordar à sociedade que a doação de órgãos ajuda a salvar a vida ou contribui para melhorar a qualidade de vida de muitos doentes, tornando assim mais conhecido o seu significado
- Auditoria à Unidade de Transplantação Hepática do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, na sequência da suspensão temporária do programa

- e) Realização de 3 reuniões com os Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação e os Coordenadores Hospitalares de Doação, em Lisboa, Porto e Coimbra
- f) Realização reuniões com os Conselhos de Administração das instituições com Unidade de Transplantação (de órgãos, tecidos e/ou células) e visitas às respetivas Unidades de Transplantação
- g) No âmbito da participação no projeto EUDONROGAN, o IPST organizou um evento de sensibilização para a doação de órgãos, que decorreu em Lisboa no dia 9 de abril;

2.4 Análise das Causas de Incumprimento de Ações ou Projetos Não Executados ou com Resultados Insuficientes

2.4.1 Unidades Orgânicas e Homogêneas

Apresentam-se de seguida as justificações para os objetivos não atingidos pelas unidades orgânicas e unidades homogêneas.

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

Nº	Objetivo	Indicador
8	Promover a desmaterialização dos processos QUAR	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH

Justificações apresentadas no ponto 2.2 deste relatório.

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

Nº	Objetivo	Indicador
3	Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores QUAR	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)
7	Variação da Cobrança da dívida de clientes privados em 15% face ao ano anterior (2018)	(Cobranças de Entidades Privadas em 2019-Cobranças de Entidades Privadas de 2018)/Cobranças de Entidades Privadas em 2018*100

3. A justificação para o não cumprimento deste objetivo está no ponto 2.2 deste relatório.

7. O objetivo não foi atingido por duas razões:

- As entidades privadas representam cerca 13% da faturação do Instituto. No ano de 2019 houve um aumento da faturação a entidades privadas em cerca de 6% comparativamente ao ano de 2018, conforme estabelecido no objetivo inicial, em 15% relativamente ao ano de 2018, o que também dificultou a diminuição das dívidas a entidades privadas;
- As transferências efetuadas por registos estrangeiros que tiveram de ser muitas vezes consideradas como fluxo de tesouraria.

Gabinete de Gestão da Qualidade

Nº	Objetivo	Indicador
3	Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal	N.º de relatórios elaborados/n.º de relatórios previstos*100
2	Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos	N.º de auditorias internas realizadas/n.º de auditorias internas planeadas*100

3. Dificuldades na recolha de alguns dados limitaram os tempos de resposta na emissão dos relatórios, o que levou à revisão da metodologia de acompanhamento dos indicadores.

2. A tolerância estabelecida foi de, erradamente, 0% o que apesar do resultado final ser de 94% (2 AI não realizadas em 31 programadas) implicou o não atingimento do objetivo (100%).

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicação

Nº	Objetivo	Indicador
6	Renovar a solução de virtualização do IPST	Início da utilização da virtualização (meses)
8	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Início da utilização do site da intranet (meses)
9	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis	Nº resultados analíticos transferidos automaticamente da área do sangue para a área da transplantação (meses)
12	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.	nº aplicações finalizadas/n.º de aplicações planeadas para intervenção *100

6. 8. Por dificuldade na obtenção do licenciamento Microsoft através da SPMS o IPST, IP teve de desenvolver um concurso para o adquirir o que atrasou todo o processo. Estima-se que estes projetos estejam concluídos em setembro 2020.

9. Relativamente a este objetivo, apesar da meta não ter sido atingida, o objetivo foi concretizado pelo que não será incluído em PA 2020.

12. A aplicação do BPCCU entrou em funcionamento em Janeiro 2020

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Aférese

Nº	Objetivo	Indicador
32	Aumentar o número de doadores ativos de aférese (Anual)	Número de doadores ativos de aférese (efetivaram um procedimento de aférese no ultimo ano - medição em dez)

32. A taxa de novos doadores que entraram para o painel de doadores ativos foi de 8 %, inferior à taxa de 10,6 % de doadores que deixaram de estar ativos. No 1º semestre do ano não houve suficiente reposição por angariação de novos doadores.

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Produção

Nº	Objetivo	Indicador
17	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)
26	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário
28	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário

17. Este objetivo não foi atingido por diversos fatores, nomeadamente:

- Aceitação da devolução, dos Serviços de Imunohemoterapia hospitalares, de unidades de todos os grupos com prazo de validade de 10 dias;
- Objetivo dependente dos pedidos dos clientes. Inutilização de CE por prazo de validade superior à meta mensal por adequação aos pedidos recebidos;
- NOC(s) da DGS: Diminuição do consumo de CE em termos de transfusão;
- 40%- Grupo AB+; 40%-Grupo B+

26. A diminuição imprevisível de solicitações dos clientes em determinados períodos do ano condicionou a não concretização deste objetivo.

28. Este indicador apenas considerou os CE's distribuídos pelo CST a entidades externas ao IPST, IP, no entanto, também são movimentados (distribuídos dentro do IPST, IP) CE's que, se fossem contabilizados, fariam aumentar o valor deste indicador.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa - Aférese

Nº	Objetivo	Indicador
3	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Nº total de componentes obtidos
5	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Número de plaquetas produzidas por aférese
8	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Número de plaquetas validadas (aférese)
46	Aumentar o número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)	Número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)

3, 5, 8, e 46. Estes indicadores não foram atingidos por constrangimentos na disponibilidade de Recursos Humanos específicos para esta área, bem como, na atualização informática dos equipamentos utilizados nesta atividade.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Banco de Tecidos

Nº	Objetivo	Indicador	Classificação
4	Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)	Nº de tecidos recebidos (Total)	Não atingiu
26	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular - QUAR	Nº de meses até validação da metodologia de processamento de tecido ocular	Não atingiu

4. A colheita de placentas foi solicitada à equipa de obstetrícia do Hospital Cuf Descobertas de acordo com os pedidos de enxertos de membrana amniótica recebidos no Banco de Tecidos. No período compreendido entre outubro e dezembro de 2019 e por ausência de critérios de elegibilidade das potenciais dadoras, só foi realizada a colheita de uma placenta. No fim de 2019 regista-se uma reserva estratégica de MA igual a 1, 0009 m2, sendo de sublinhar que o Banco de Tecidos do IPST continua a dar uma resposta cabal às necessidades nacionais em Membrana Amniótica.

26. A justificação para o não cumprimento deste objetivo está no ponto 2.2 deste relatório.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – CEDACE

Nº	Objetivo	Indicador
14	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial - CSTL	Data Entrada do Pedido/Data saída do Resultado (dias)

14. É consequência do aumento significativo da atividade laboratorial pela necessidade de implementar técnicas mais complexas e demoradas.

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Produção

Nº	Objetivo	Indicador	CSTL Classificação
5	Manter o Nº de visitas técnicas com envio de relatório aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL) a preencher pelo CSTL	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	Não atingiu
17	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Não atingiu
24	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Não atingiu
50	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIL	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)	Não atingiu

5. Recursos humanos médicos insuficientes para integrar as equipas responsáveis pela realização de visitas técnicas.

17. e 24. As devoluções dos componentes sanguíneos e a correlação com as caducidades podem explicar o não atingimento deste indicador, havendo necessidade de rever os protocolos hospitalares.

50. O tempo médio de resposta melhorou em relação a 2018 (de 148 horas passou para 108 horas).

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa – Transplantação

Nº	Objetivo	Indicador
27	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - CEDACE Alta Resolução)	Tempo médio de resposta (dias)
29	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Alta Resolução)	Tempo médio de resposta (dias)

27. e 29. Os seguintes fatores contribuíram para a dificuldade na concretização dos objetivos propostos:

- Em 2019 foram consolidados os protocolos revistos que incluem o aumento do número de genes estudados em alta resolução incluindo o DQA1, o DPB1 e o DPA1 e a inclusão dos estudos confirmatórios de alta resolução no par dador/recetor aparentado genotipicamente idêntico. Consequentemente houve um aumento da complexidade dos estudos e de análises requisitadas;
- O processo laboratorial, baseado em sequenciação de Sanger de produtos genómicos de grupos alélicos de cada locus HLA, é tecnicamente laborioso e não é adaptável para a alta produtividade que a atividade atual do laboratório exige. Torna-se necessário a implementação da sequenciação NGS com aquisição simultânea dos 11 genes HLA expressos. No entanto o procedimento concursal para a aquisição de reagentes e equipamento foi impugnado judicialmente, pela empresa classificada em 2.º lugar e encontra-se, à data, a aguardar decisão judicial.
- Verificou-se ainda que, provavelmente devido a imprevisibilidade desta atividade e respetiva dificuldade em afetar RHs à ativação de dadores, surgiram picos de referenciação de amostras do

CEDACE que excederam a capacidade de processamento semanal do laboratório com o consequente prolongamento do tempo de produção do resultado final.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Aférese

Nº	Objetivo	Indicador
3	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Nº total de componentes obtidos
5	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Número de plaquetas produzidas por aférese
8	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Número de plaquetas validadas (aférese)
10	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)

3. 5. 8. E 10. Estes objetivos estão interligados. O que ocorreu está relacionado com a dificuldade de colocação de produtos de aférese, que são preteridos pelos hospitais em relação aos produtos de Sangue Total por questões de preço. Neste contexto irá ser proposta em 2020 uma revisão da Tabela de Preços e Serviços do IPST, IP.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – Sangue Total

Nº	Objetivo	Indicador
11	Manter o nº de reações adversas graves	Nº de reações adversas graves

11. Tratando-se de um pequeno número, um ligeiro incremento resulta no não atingimento da meta, assim, para 2020 será considerada a taxa de reações adversas graves, ou seja, a relação das reações adversas graves com o número total de colheitas.

Centro de Sangue e Transplantação de Porto – BPCCU

Nº	Objetivo	Indicador
5	Nº. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo)	nº de unidades aptas para registo no CEDACE

5. O objetivo estabelecido e não atingido deve-se à não consecução da implementação da metodologia NGS (*Next-generation sequencing*), por motivos de impugnação judicial do concurso público, que vai permitir a melhoria da eficiência e eficácia do processo.

2.5 Audição de Dirigentes Intermédios e Demais Trabalhadores na Autoavaliação dos Serviços

A satisfação profissional é uma dimensão da maior importância no IPST,IP e os questionários de satisfação pretendem medir esta dimensão. O questionário de satisfação dos colaboradores do IPST foi disponibilizado informaticamente no período de 26 de fevereiro a 26 de março de 2019.

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

2. O trabalho que desenvolve na interação que tem com os colegas e com o superior hierárquico
 - a. Avaliação do trabalho que desenvolve na perspetiva dos colegas
 - b. Avaliação do trabalho que desenvolve na perspetiva do superior hierárquico
 - c. Avaliar se o trabalho que desenvolve corresponde às expectativas do seu superior hierárquico
 - d. Avaliar da satisfação da supervisão e orientação do superior hierárquico

3. O trabalho que desenvolve na instituição IPST, IP
 - a. Avaliação das condições de trabalho no IPST, IP
 - b. Avaliação das instalações
 - c. Avaliação quanto à oportunidade de crescimento profissional no IPST, IP
 - d. Avalia da importância do papel do IPST, IP no seio da Sociedade e do Ministério
 - e. Avaliação da imagem do IPST, IP

No total foram respondidos 77 questionários (79 em 2018). 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. Apesar das medidas referidas a taxa de resposta ficou abaixo do valor observado em 2018. O facto de o período de resposta coincidir com o início da pandemia pela CoViD19 em Portugal, veio condicionar de forma muito relevante o êxito das medidas implementadas.

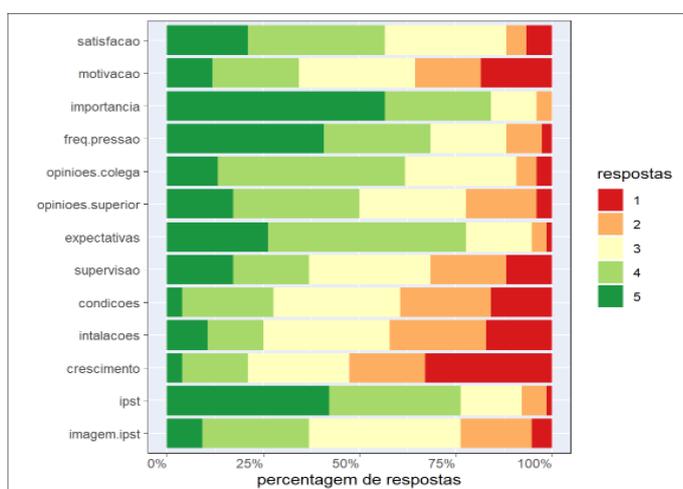
De todas as respostas dadas pelos colaboradores que responderam ao inquérito, 53.2% foram respostas positivas (respostas com pontuação de 4 (bom) e 5 (muito bom), um valor semelhante ao obtido em 2018. Quando perguntado aos colaboradores como avaliam o seu nível de satisfação, 61% dos colaboradores

deram uma pontuação positiva à questão (valor superior a 57% de 2018). O valor médio de pontuação das respostas a cada uma das questões é exatamente igual ao obtido em 2018 (3.4).

Tal como em 2018, a questão pior classificada está relacionada com a perceção dos colaboradores quanto às oportunidades de crescimento profissional no IPST, IP. No mesmo sentido a questão que visa medir a motivação dos colaboradores teve uma frequência alta de respostas 1 e 2 conforme se pode verificar no gráfico abaixo. Também a questão relativa às instalações teve uma elevada percentagem de respostas com classificação 1. Estes maus resultados não devem ser alheios às obras de requalificação de instalações do IPST que têm lugar desde o final do ano de 2019. Contudo a remodelação das instalações, apesar dos constrangimentos inerentes à fase de construção trará benefícios significativos à organização do trabalho e aos colaboradores que se traduzirão na melhoria da qualidade dos serviços prestados e por inerência a satisfação profissional nesta questão será beneficiada.

À semelhança dos resultados de 2018, as respostas dadas às questões relativas à importância que os colaboradores dão ao trabalho que desenvolvem, como a importância do papel do IPST no seio da sociedade e do Ministério da Saúde (importância, IPST), foram respetivamente a primeira e segunda questões melhor classificadas.

Gráfico 3 - Respostas aos Inquéritos de Satisfação



Fonte: IPST, IP

A apreciação global consta na tabela seguinte.

Tabela 7 - 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 (%)	16.5%	
	2 Classificação obtida	Percentagem de respostas positivas (4 ou 5)	53.2%
		Percentagem de respostas neutras (3)	23.5%
		taxa global de todas as respostas dadas	68.4%
	3 Evolução do grau de Satisfação dos colaboradores em relação ao ano anterior	Percentagem de respostas positivas (4 ou 5) em 2018	50.5%
		Percentagem de respostas neutras (3) em 2018	26.6%
		taxa global de todas as respostas dadas em 2018	67.8%
4 Realização de outros tipos de avaliação	Não		
Não foi realizada Auscultação da Opinião dos Colaboradores			

2.6 Apreciação, por Parte dos Utilizadores, da Quantidade e Qualidade dos Serviços Prestados

2.6.1 Retorno da Informação do Cliente e Partes Interessadas

No ano de 2019, 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 da Satisfação dos Promotores da Sessão de Colheita
- Avaliação/Qualificação de Fornecedores de Produtos e/ou Serviços para os Processos de Realização

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 2019 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 1523 questionários

de dadores de sangue, dos quais: 500 são do CSTC; 503 são do CSTL; e 520 são do CSTP. 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

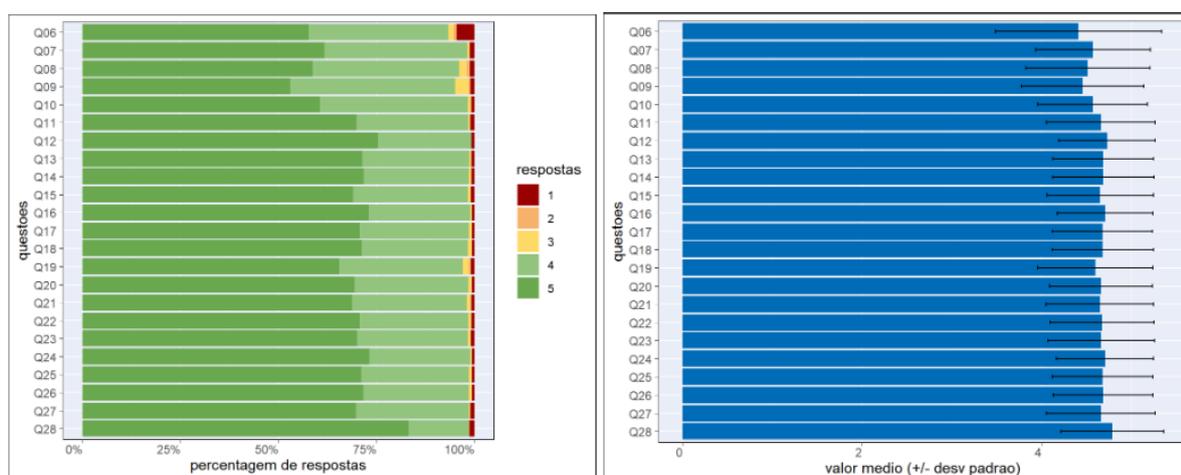


Tabela 8 - Legenda do

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

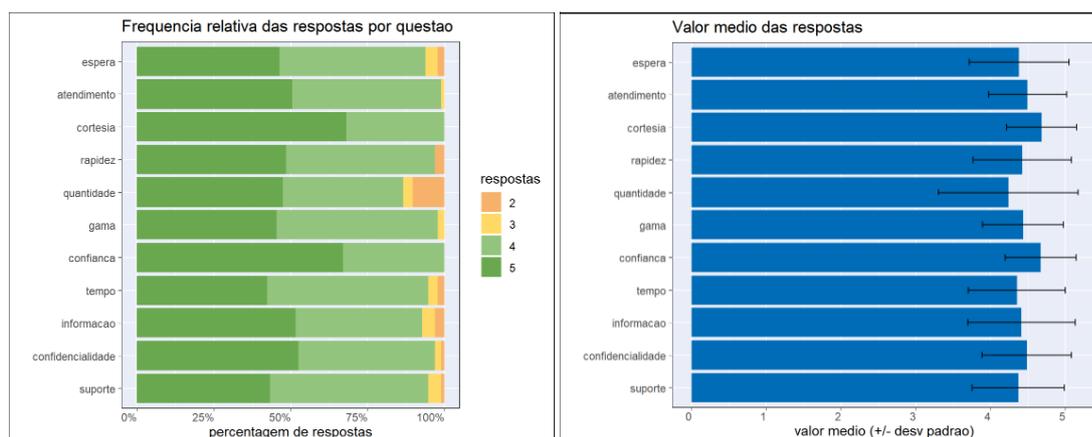
Q06	HORARIO DE FUNCIONAMENTO	Q18	CAP.TEC. REFEICAO
Q07	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES LIMPEZA	Q19	RAPIDEZ INSCRICAO
Q08	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES CONFORTO	Q20	RAPIDEZ TRIAGEM
Q09	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES PRIVACIDADE	Q21	RAPIDEZ COLHEITA
Q10	CLASSIFICACAO DAS INSTALACOES GERAL	Q22	RAPIDEZ REFEICAO
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 2019 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 97 clientes nacionais (o que representa um aumento de 33% relativamente ao número de questionários de 2018) e de 24 clientes internacionais. Das respostas de clientes nacionais 97.9% tiveram classificação positiva com um valor médio global de 4.6 (taxa global de 89%). De referir que questão pior classificada, tal como em 2018, é relativa ao nível de satisfação com a 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?) são as melhores classificadas pelos clientes do IPST.

De uma forma geral observam-se melhores resultados nas respostas de 2019 quando comparadas com as respostas de 2018 (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Satisfação Clientes Nacionais

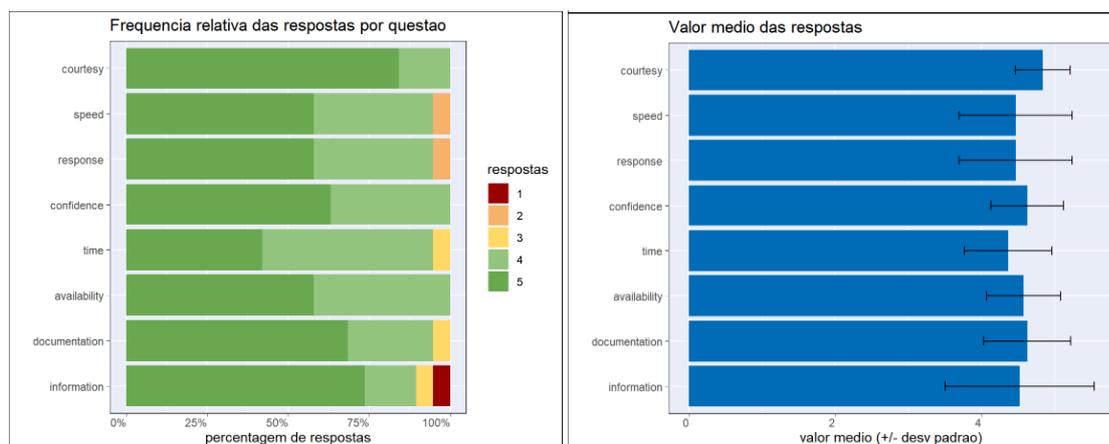


Fonte: IPST, IP

- **Avaliação Satisfação Clientes Internacionais do CEDACE**

Quanto aos clientes internacionais, todas as respostas tiveram uma classificação positiva (**Erro! A origem a referência não foi encontrada.**) sendo 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. Média global de todas as respostas dadas nos questionários foi de 4.57 (taxa global de 91.4%).

Gráfico 6 -Respostas dos Clientes Internacionais



Fonte: IPST, IP

• Avaliação da Satisfação dos Promotores da Sessão de Colheita

Em 2019, foram recolhidos um total de 696 questionários de avaliação de satisfação relativos a promotores da dádiva. Este número representa um decréscimo de 23.2% relativamente ao número de questionários recolhidos em 2018 (906).

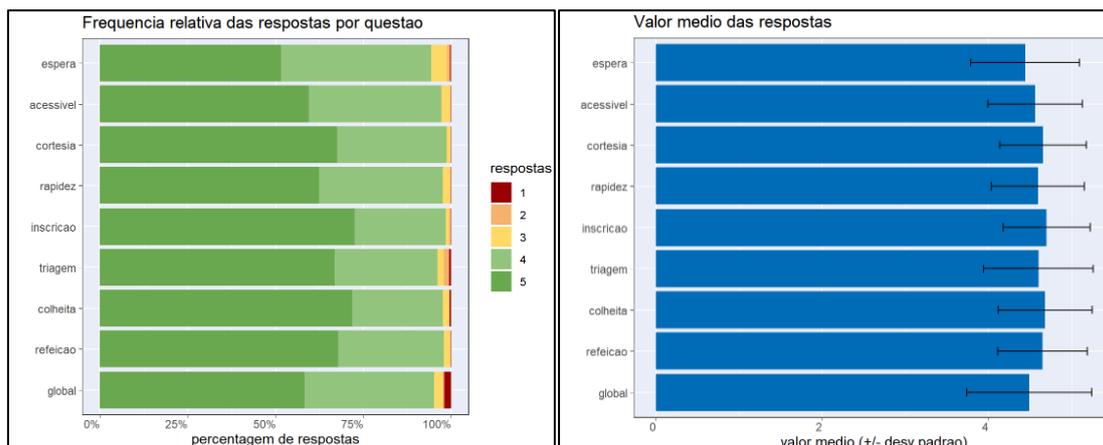
De todas as respostas dadas, 97% tiveram uma classificação positiva (valor 4 ou 5) o que se traduziu numa taxa global satisfação de 92%.

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

Quando analisadas individualmente as respostas a cada uma das questões, podemos verificar no gráfico seguinte que todas tiveram uma classificação alta.

Gráfico 7- Respostas dos Promotores da Dádiva em 2019



Fonte: IPST, IP

À semelhança de 2018, a questão pior classificada foi relativa a 'Planeamento: Espera no atendimento telefónico'. Ainda assim, de uma forma geral, observam-se melhores resultados nas respostas de 2019 quando comparadas com as respostas de 2018 (taxa global de satisfação 90.4%).

- **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

Em 2019, foram identificados um total de 100 fornecedores críticos do IPST.

Da avaliação destes fornecedores, 85 obtiveram uma classificação de 100 e os restantes 15 obtiveram uma classificação de 75. Estas classificações foram comunicadas individualmente a cada um dos fornecedores avaliados.

2.7 Avaliação do Sistema de Controlo Interno

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

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

- **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.

A tabela seguinte apresenta as auditorias programadas e realizadas em 2019.

Tabela 9 - Auditorias Programadas e Realizadas em 2019 (valores mensais acumulados)

Mês	Programadas	Realizadas	% Acumulada
Janeiro	1	1	100%
Fevereiro	3	2	67%
Março	13	13	100%
Abril	16	15	94%
Maio	18	17	94%
Junho	20	19	95%
Julho	22	19	86%
Agosto	22	19	86%
Setembro	23	20	87%
Outubro	28	27	96%
Novembro	29	27	93%
Dezembro	31	29	94%

Fonte: IPST, IP

Foi ainda planeada e realizada uma Auditoria de Controlo Interno no mês de novembro no âmbito dos tempos de faturação.

- **Controlo através das auditorias externas**

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

O relatório da última auditoria realizada em 6, 7 e 10 de maio de 2019 pela APCER, referenciada internamente como 2019/22, sumariza-a: “O IPST, IP tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade que evidencia um cumprimento dos requisitos normativos auditados.

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

CONCLUSÕES DA AUDITORIA:

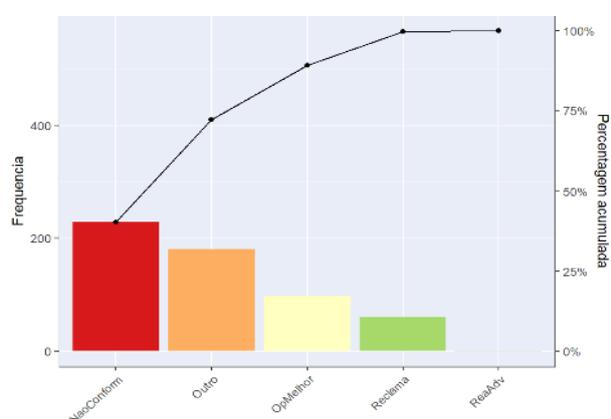
“A Equipa Auditora considera que estão reunidas as condições para a manutenção da certificação do SGQ em avaliação, desde que sejam desenvolvidas as ações necessárias para assegurar a resolução das constatações identificadas. (...)”.

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

- **Controlo dos resultados dos desvios**

Em 2019, foram registadas um total de 568 ocorrências das quais 229 foram classificadas como não conformidades (gráfico seguinte).

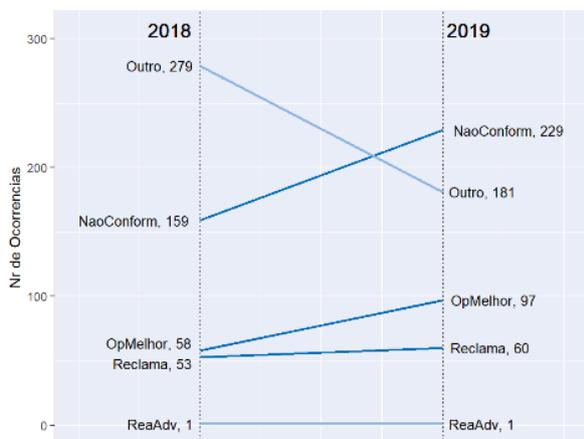
Gráfico 8 – Nº de Ocorrências por Tipo



Fonte: IPST, IP

Comparativamente com 2018, verificamos o aumento do número de não conformidades e o decréscimo das ocorrências classificadas como ‘outro’ (gráfico seguinte).

Gráfico 9 - Evolução do número de ocorrências de acordo com as causas

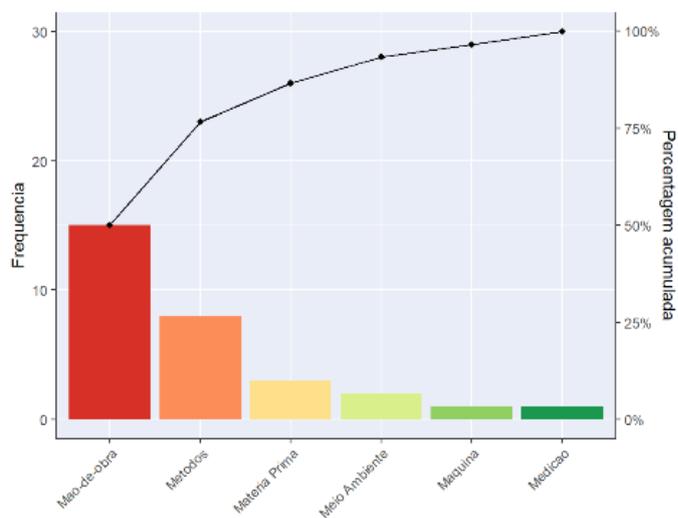


Fonte: IPST, IP

- **Controlo das Reclamações**

As 30 reclamações de 2019 foram tratadas visando a melhoria da satisfação dos clientes do IPST, IP. No gráfico abaixo verifica-se a distribuição das reclamações por causa.

Gráfico 10 - Reclamações por causa



Fonte: IPST, IP

Paralelamente foram registados também 22 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 e partes interessadas foram mantidas. Sendo o grau de satisfação também evidenciado nos 22 elogios registados (ver ponto 2.6).

- **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 2019 foram realizadas, com prioridade sobre as demais, as ações consideradas estratégicas para atualização dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais.

- **Acompanhamento do seu próprio desempenho**

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

Tabela 10 – Avaliação do Sistema de Controlo Interno do IPST, IP – 2019

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 Plano de Atividades, Relatório de Atividades e Relatório de Gestão.
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	X			Durante a prática corrente, caso algum dos profissionais verifique a não conformidade em qualquer atividade onde estes requisitos sejam aplicáveis, deverá relatar a ocorrência para tomada de ação. Durante as auditorias à abordagem por processos, estes requisitos são verificados, por amostragem. No ano de 2019 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 formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?	X		Os Centros de Sangue e da Transplantação e as unidades orgânicas participam ativamente no processo de elaboração do plano anual de formação através do 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.
2 – Estrutura organizacional			
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às regras definidas legalmente?	X		Conforme Portaria n.º165/2012 , 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 n.º 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		O ano de 2019 é o início de um biénio para efeitos de SIADAP, pelo que a avaliação irá ocorrer no ano de 2021. O que significa que, em 2019, estavam em condições de ser avaliados cerca de 66% dos colaboradores, excetuam-se designadamente os Técnicos Superiores de Diagnostico e Terapêutica (TSDT) cuja aplicação do SIADAP ainda não foi regulamentada e os médicos que se encontra em fase de implementação. Se não contabilizarmos os TSDT a percentagem eleva-se para os 93%.
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?	X		No ano de 2019, cerca de 83% dos colaboradores frequentaram pelo menos uma ação de formação (internas e externas). De todas as ações realizadas, podemos destacar o “Curso Intensivo de Iniciação à Auditoria Interna”, bem como a ação de formação intitulada “Impacto do Regulamento Geral de Proteção de Dados e da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, no IPST, I.P.”, cofinanciada pelo POISE, pelas suas temáticas. 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	X		Anualmente o Plano de Compras é elaborado e revisto e aprovado pelo Conselho

plano de compras?			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 estão claramente definidas e formalizadas?	X		Designação e identificação dos responsáveis pelas diferentes tarefas/conferências e controlos.
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?	X		Descrição no Manual da Qualidade – MQ.1.
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?	X		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.

2.8 Desenvolvimento de Medidas de Reforço Positivo de Desempenho

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

Neste contexto, e no sentido de eliminar progressivamente pontos fracos e ameaças destacam-se as seguintes ações desenvolvidas:

- A realização de um curso de Transplant Procurement Management. A referida formação contou com a participação de 48 formandos de 32 das 45 instituições que pertencem à rede nacional de colheita e transplantação. Com este curso procurou-se, entre outras coisas, colmatar os pontos fracos e as ameaças identificados relacionados com a falta de poder de atuação do IPST, IP junto das redes de colheita e transplantação, bem como a falta de sensibilização das instituições/profissionais para a necessidade de colheita de órgãos.
- Despacho de abertura e contrato de processo relativo à aquisição de hardware e software para proceder à reestruturação da rede informática. Este processo será desenvolvido ao longo de 2020 e pretende dar resposta à necessidade de renovação da rede informática eliminando o ponto fraco identificado.
- Harmonização em todo o IPST, IP do procedimento de registo de intercorrências e de reações adversas à dádiva de sangue. Simplificou-se o procedimento passando o registo a ser integralmente realizado no sistema informático ASIS que dá suporte à área do sangue. Apesar de existir ainda uma margem alargada de progresso em matéria de simplificação e harmonização de procedimentos a evolução descrita no ponto anterior representa um grande progresso em matéria de simplificação de registos essenciais à hemovigilância em Portugal.
- A passagem da área da transplantação do CSTP para instalações próprias novas e/ou renovadas, veio contribuir para melhorar as condições técnicas de trabalho o que contribuiu para colmatar o ponto fraco identificado relativamente à qualidade das instalações.
- No sentido de melhorar a comunicação interna, identificada como um ponto fraco da instituição, foi criada uma área na intranet dedicada ao Sistema de Gestão da Qualidade. Nesta área todos os profissionais podem aceder, por exemplo, a relatórios digitais e interativos referentes a, nomeadamente, monitorização dos indicadores de gestão dos diferentes processos, evolução do

QUAR, plano de auditorias, resultado de inquéritos de avaliação de satisfação das partes interessadas, etc...

- o No sentido de diminuir a desinformação no contexto da atividade do IPST, IP, muitas vezes veiculada pelos meios de comunicação social, houve a participação deste instituto em diversos órgãos de informação nacionais.

O ponto fraco “Desadaptação da atual Lei Orgânica face às necessidades e esfera de intervenção do IPST, IP” identificado no Plano de Atividades de 2019 não será considerado para 2020. Atendendo às vastas áreas de intervenção IPST IP, resultantes da lei ou atribuídas pela Tutela, e à sua competência como entidade de referência a nível nacional, para as áreas do sangue e da transplantação, o Instituto carece de uma estrutura organizacional mais flexível de unidades e serviços especializados em áreas relevantes do sangue e da transplantação. À data, a alteração da lei orgânica e dos estatutos, instrumentos mais adequados para operacionalizar esta necessidade, não se afigura oportuna, porquanto deverá ser enquadrada numa iniciativa mais global de reforma da administração pública, de âmbito governamental. Como estratégia alternativa, o CD através de deliberações internas tem respondido a esta necessidade com a criação de estruturas flexíveis (constituição de Comissões ou Grupos de Trabalho) especializadas em áreas de responsabilidades não contempladas na estrutura fixa de serviços prevista nos Estatutos. Neste contexto, não se considera que a não alteração da lei orgânica e estatutos, a curto ou médio prazo, seja um ponto fraco.

2.9 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.

É neste sentido que 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 permitiu comparar o seu desempenho relativamente a semelhantes serviços existentes em 19 países membros. As métricas utilizadas pela EBA para monitorizar os indicadores de desempenho visam essencialmente os seguintes segmentos:

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

O relatório produzido anualmente pela EBA não estabelece uma classificação global para os países participantes, mostra apenas o posicionamento de cada país relativamente a cada indicador avaliado, não permitindo a definição de um ranking de classificação.

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 EURO CET, 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.

A *newsletter* “Transplant” (<https://www.edqm.eu/en/reports-and-publications>) divulgada em 2019 coloca Portugal nos lugares cimeiros da doação e transplantação, mais concretamente, no 3.º lugar da Europa e do mundo na taxa de doação (n.º de dadores pmh), 4.º lugar da Europa em transplantação renal de dador falecido e 3.º lugar da Europa em transplantação hepática e pancreática.

Salienta-se ainda que, através do ofício 10038/2020 de 22 de julho de 2020, foi comunicado a este Instituto o resultado da análise comparada de 2018 referente à avaliação do desempenho do Ministério da Saúde no âmbito do Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP1). O IPST, IP foi distinguido ao nível do desempenho de 2018, nomeadamente na avaliação global do grau de cumprimento dos objetivos e do grau de utilização dos meios disponíveis (recursos humanos e financeiros).

A classificação atribuída na tabela seguinte refere-se à área core do IPST, IP – Transplantação. Considerando o parágrafo anterior podem também ser incluídos nesta avaliação as áreas Financeira e de Gestão de Recursos Humanos.

Tabela 11- 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 12 - 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.	

2.10 Análise da Afetação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros

2.10.1 Análise do Grau de Execução dos Recursos Humanos

Os Recursos Humanos identificados no QUAR para o ano 2019 – 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 que resulta da Tabela abaixo 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 13 - Análise Produtividade

RH realizados (pontuação)	4785
RH planeados (pontuação)	6225
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	0,7687
Taxa de Utilização de Recursos Humanos (%)	77%
Taxa de Concretização Global de objetivos	100%
Taxa de Utilização de Recursos Humanos	77%
	1,3001
Índice Produtividade	130

Fonte: IPST, IP

2.10.2 Análise do Grau de Execução dos Recursos Financeiros

No final do ano de 2019, verificou-se que a execução do orçamento do IPST, IP apurou os seguintes desvios:

Tabela 14 - Recursos Financeiros Orçamentados / Executados

	Orçamentado	Cativos	Executado	Desvio
Despesas com Pessoal	20 475 505	0	15 776 653	4 698 852
Aquisições de Bens e Serviços	38 104 445	0	28 572 698	9 531 747
Transferências Correntes	650 000	0	641 162	8 838
Outras Despesas Correntes	54 500	0	50 076	4 424
Aquisição de bens de capital	2 573 445	0	575 979	1 997 466
Juros e Outros Encargos	7 500	0	2 242	5 258
Total	61 865 395	0	45 618 810	16 246 585

Fonte: IPST, IP

Relativamente aos Recursos Financeiros, salienta-se que a execução apresenta um desvio de cerca de 26,26%.

Saliente-se que o pagamento de dívida transitada de anos anteriores comprometeu a tesouraria do IPST, IP, para fazer face aos projetos previstos o que influenciou a execução do ano 2019.

Um dos desvios mais relevantes foi o desvio relativo à aquisição de bens e serviços no valor de 9.531.757€. Para além do acima mencionado, contribuiu para esta situação o facto de não se ter aberto no decorrer do ano de 2019 novo concurso para o fracionamento do plasma, dado que o anterior processo foi concluído em dezembro de 2018, tendo este produto sido totalmente distribuído no decorrer do ano de 2019.

As despesas com pessoal, também apresentam um desvio relevante de 4.698.852€ justificado pela não ocupação dos lugares de Mapa, devido aos constrangimentos processuais anteriormente referidos.

Tabela 15 - Análise de Custo – Eficácia

Despesa Executada	45 618 810 €
Despesa Orçamentada (CORRIGIDA)	61 865 395 €
Taxa Execução Recursos Financeiros	0,7374
Taxa Execução Recursos Financeiros (%)	74%
Taxa de Concretização Global de objetivos	100%
Taxa Execução Recursos Financeiros	74%
	1,3553
Índice Custo - Eficácia	136

Fonte: IPST, IP

2.10.3 Análise do Grau de Execução dos Recursos do IPST, IP

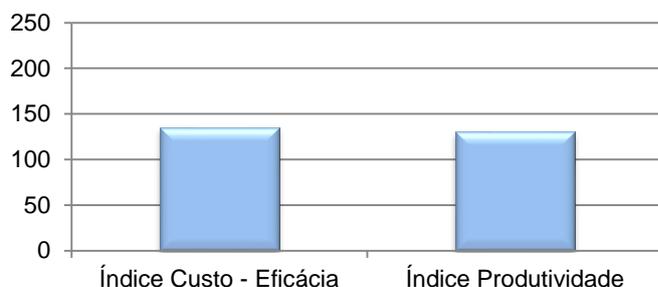
O cálculo dos Índices Custo - Eficácia e de Produtividade permite medir a taxa de utilização dos recursos financeiros e dos recursos humanos respetivamente.

Tabela 16- Índices Produtividade e Custo – Eficácia

Taxa de Concretização Global de objetivos		100%	
Taxa Execução Recursos Financeiros	Despesa Executada	45 618 810 €	74%
	Despesa Orçamentada	61 865 395 €	
			Índice Custo - Eficácia 136
Taxa Execução Recursos Humanos	RH utilizados	4 785	77%
	RH planeados	6 225	
			Índice Produtividade 130

Fonte: IPST, IP

Gráfico 11 - Índices Produtividade e Custo – Eficácia



Fonte: IPST, IP

3. Unidades Homogéneas

As Unidades Homogéneas (UH) do IPST 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.

As UH contribuem de forma muito relevante para os objetivos QUAR. Neste sentido foram comparados os resultados de quatro indicadores (2.1, 2.2, 9.1 e 11.2) correspondentes aos OOp 2, 9 e 11 com os resultados de 2018 e verificou-se uma evolução globalmente positiva.

Na Tabela 17 é apresentada informação histórica relativamente às UH.

Tabela 17- Unidades Homogéneas

Informação das Unidades Homogéneas, caso se aplique	Organismo
O relatório contém informação histórica maioritariamente com evolução positiva e significativa 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

4. 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 2019 a variação existente em relação a 2018 é positiva, cerca de 2%, conforme resulta na tabela abaixo:

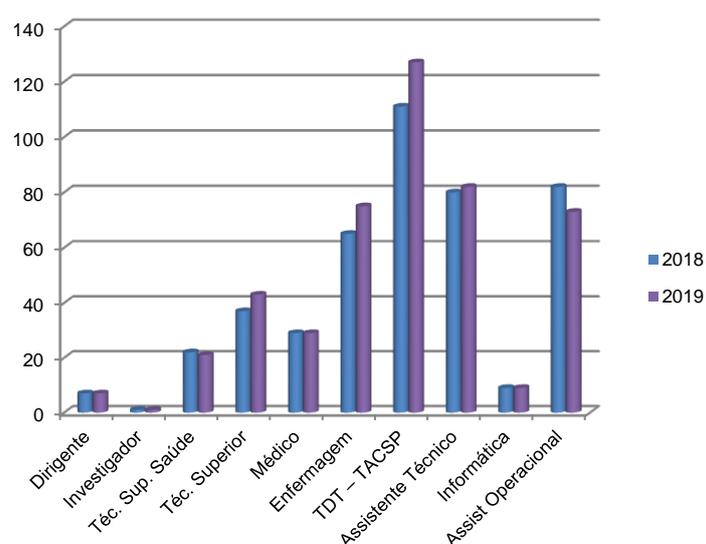
Tabela 18 - Análise Comparativa de Distribuição dos Recursos Humanos – 2018/2019

Grupos Profissionais	CTI	CTC	Contrato Tarefa	Total 2018	CTI	CTC	Contrato Tarefa	Total 2019	Δ % 2018/2019
Dirigente	7	0	0	7	7	0	0	7	0%
Investigador	1	0	0	1	1	0	0	1	0%
Téc. Sup. Saúde	19	3	0	22	18	3	0	21	-5%
Téc. Superior	37	0	5	42	43	0	1	44	5%
Médico	25	4	55	84	24	5	50	79	-6%
Enfermagem	63	2	53	118	75	0	49	124	5%
TDT – TACSP	108	3	12	123	127	0	9	136	10%
Assistente Técnico	80	0	0	80	82	0	3	85	6%
Informática	9	0	1	10	9	0	0	9	-11%
Assist Operacional	82	0	0	82	73	0	3	76	-8%
TOTAL	431	12	126	569	459	8	115	582	2%
	443				467				

Fonte: IPST, IP

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

Gráfico 12 - Distribuição dos Recursos Humanos (CTI e CTC) por Grupo Profissional – 2018/2019



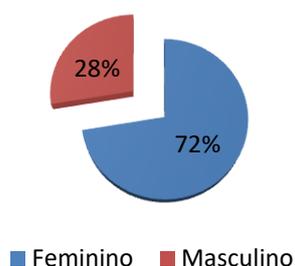
Fonte: IPST, IP

4.1 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.

No final de 2019, o número de efetivos existente no IPST, IP – 467, agregava 129 homens e 338 mulheres, traduzindo o peso percentual indicado no gráfico infra:

Gráfico 13- Distribuição dos Recursos Humanos (CIT e CTC) por Género



Fonte: IPST, IP

4.2 Remunerações

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

Tabela 19 - Distribuição das Remunerações Mensais Líquidas por Género

	Masculino	Feminino	TOTAL		Masculino	Feminino	TOTAL
Até 500 €	1	1	2	3501- 3750 €	0	1	1
501- 1000 €	50	87	137	3751- 4000 €	1	2	3
1001- 1250 €	18	65	83	4001- 4250 €	2	3	5
1251- 1500 €	9	28	37	4251- 4500 €	0	3	3
1501- 1750 €	22	82	104	4501- 4750 €	0	2	2
1751- 2000 €	12	29	41	4751- 5000 €	2	3	5
2001- 2250 €	3	11	14	5001- 5250 €	1	0	1
2251- 2500 €	1	2	3	5251- 5500 €	0	6	6
2501- 2750 €	0	1	1	5501- 5750 €	2	1	3
2751- 3000 €	2	6	8	5751- 6000 €	0	0	0
3001- 3250 €	2	2	4	Mais de 6000 €	0	0	0
3251- 3500 €	1	3	4	TOTAL	129	338	467

Fonte: IPST, IP

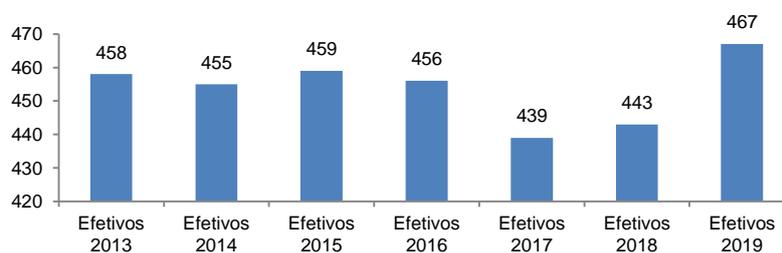
A tabela seguinte mostra a remuneração mínima e máxima dividida por género e o gráfico mostra a evolução do número de RH desde 2013.

Tabela 20 - Distribuição das Remunerações Máximas e Mínimas por Género

Remuneração (€)	Masculino	Feminino
Mínima €	381,00 €	409,00 €
Máxima €	5664,00€	5522,00€

Fonte: IPST, IP

Gráfico 14- Evolução RH – Número de efetivos a exercer funções (2013 – 2019)



Fonte: IPST, IP

5. Publicidade Institucional

Relativamente às iniciativas de publicidade institucional e conforme o disposto na Lei n.º 95/2015 de 17 de agosto, que estabelece as regras e os deveres de transparência a que ficam sujeitas a realização de campanhas de publicidade institucional do Estado, o IPST, IP promoveu a campanha de sensibilização para a dádiva benévola de sangue durante 2019, através do uso de parcerias com O Boticário e a HBO.

A tabela abaixo identifica as campanhas publicitárias de 2019, em que consistiram, bem como as datas em que se realizaram.

Tabela 21 - Campanhas Publicitárias

Parceiro do IPST	Datas	Método
O Boticário	Dezembro	Publicidade nas lojas
HBO	Abril	Genérico da “Guerra dos Tronos”

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

6. Informação Histórica

Tabela 22 - Informação Histórica

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

7. 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 b) do nº 1 do artº 18 da Lei 66-B/2007, de 28 de Dezembro – *Satisfatório* - em virtude dos resultados alcançados – 6 objetivos superados, 8 atingidos e 3 não atingidos - com uma taxa de realização dos objetivos operacionais de 100% (próxima tabela).

Tabela 23- Realização dos Objetivos Operacionais e Avaliação Global - QUAR 2019

Avaliação Global da Realização dos Objetivos Operacionais													
	OOp's	Grau de realização dos OOp	Meta por Parâmetro	Contribuição por Parâmetro	Avaliação parcial por Parâmetro	Avaliação Global Esperada	Avaliação Global Concretizada	Média Ponderada Esperada por Parâmetro	Média Ponderada Concretizada por Parâmetro	Média Ponderada Esperada Global	Média Ponderada Concretizada Global		
Eficácia (40%)	OOp1 OOp2 OOp3 OOp4	100% 100% 103% 100%	25% 25% 25% 25%	25% 25% 26% 25%	101%	125% 125% 125% 125%	125% 125% 129% 125%	125%	126%	139%	139%		
Eficiência (40%)	OOp5 OOp6 OOp7 OOp8 OOp9 OOp14 OOp16 OOp17 OOp18	59% 118% 135% 100% 100% 0% 100% 135% 100%	6% 3% 4% 2% 3% 3% 2% 2% 75%	4% 4% 5% 2% 3% 0% 2% 3% 75%	97%	106% 103% 104% 102% 103% 103% 102% 102% 175%	62% 121% 140% 102% 103% 0% 102% 138% 175%	157%	154%				
Qualidade (20%)	OOp10 OOp11 OOp12 OOp13 OOp15	118% 100% 135% 125% 0%	45% 25% 10% 10% 10%	53% 25% 14% 13% 0%	104%	145% 125% 110% 110% 110%	170% 125% 149% 138% 0%	130%	137%				
Executado		100%											
Global													

Lisboa, 31 de agosto de 2020

O Presidente do Conselho Diretivo

O Vogal do Conselho Diretivo

Maria Antónia Escoval

Vitor Marques

ANEXOS

a) Ficha de Atividades das Unidades Orgânicas / Homogêneas

Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Formação

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor Crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
-	Conciliação da vida pessoal e familiar - QUAR	Qualidade	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	Resultado					70,00	10,00	81,00	100%	Valor Anual	97,25	135%	Superou	Pasta MIG	1.11; 3.7; 3.8; 3.9	QUAR 7
-	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE - QUAR	Eficiência	Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho	Realização					90,00	9,00	100,00	100%	Valor Anual	85,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	3.7; 3.8	QUAR 18.2 - Relevante
-	Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE - QUAR	Eficiência	Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2016	Realização					90,00	59,00	30,00	100%	Valor Anual	90,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	3.7; 3.8	QUAR 18.1 - Relevante
9; 10; 11	Promover a desmaterialização dos processos QUAR	Eficiência	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	Resultado				6,00	1,00	0,00	2,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	1.1; 1.2; 1.3; 1.8; 1.10; 1.11; 3.2; 3.3; 3.7; 3.8	QUAR 14
8; 10	Realizar formação não presencial - QUAR	Qualidade	N.º de formações	Realização	0,00	0,00	2,00	2,00	15,00	3,00	19,00	100%	Valor Anual	13,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.2; 1.3; 1.8; 1.10; 1.11; 3.2; 3.7; 3.8	QUAR 10.1 - Relevante
4; 5; 6	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos (dias úteis)	Eficiência	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	Impacto			4,00	5,00	9,00	1,00	7,00	100%	Valor Anual	6,50	131%	Superou	RHV	3.7	
3	Proceder ao desenvolvimento dos processos necessários para o preenchimento dos postos de trabalho vagos e não ocupados do mapa de pessoal	Eficiência	% de postos de trabalho vagos e não ocupados para os quais existiu desenvolvimento de processos (INA, Procedimento Administrativo ou Concursal)	Realização				1,00	60,00	10,00	75,00	100%	Valor Anual	66,75	100%	Atingiu	RHV / Atas de Gestão	3.7	

Departamento de Planeamento e Gestão Patrimonial e Financeira

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
11	Promover os registos dos imóveis no SIIE - QUAR	Eficiência	% de registos completos no SIIE	Resultado			0,00	0,90	0,94	0,05	1,00	100%	Valor Anual	0,89	100%	Atingiu	Portal do SNS	3.8	QUAR 13.1
11	Melhorar o desempenho financeiro do IPST. Manter o prazo médio de pagamento a fornecedores QUAR	Eficiência	Prazo medio de pagamento a fornecedores (dias)	Resultado			64,00	68,00	60,00	10,00	49,00	100%	Valor Anual	118,91	59%	Não atingiu	ACSS	1.3; 1.11; 3.8; 3.9	QUAR 5.1 - Relevante
11	Varição da Cobrança da dívida de clientes privados em 15% face ao ano anterior (2018)	Eficiência	(Cobranças de Entidades Privadas em 2019-Cobranças de Entidades Privadas de 2018)/Cobranças de Entidades Privadas em 2018*100	Resultado					0,15	0,03	0,19	100%	Valor Anual	0,06	48%	Não atingiu	SICC-AP	3.8	
11	Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais privados até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiência	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado				12,00	20,00	4,00	15,00	100%	Valor Anual	12,00	135%	Superou	Pasta MIG	1.3; 1.11; 3.8; 3.9	
11	Comunicar o valor total da dívida em euros dos hospitais públicos até ao dia 20 do mês seguinte (clientes) ao IPST ao CD via email	Eficiência	Dia do mês em que foi comunicado	Resultado				12,00	20,00	4,00	15,00	100%	Valor Anual	11,12	135%	Superou	Pasta MIG	1.3; 1.11; 3.8; 3.9	
11	Varição da Cobrança da dívida de clientes públicos em 10% face ao ano anterior (2018)	Eficiência	(Cobranças de Entidades Públicas em 2019-Cobranças de Entidades Públicas de 2018)/Cobranças de Entidades Públicas em 2018*100	Resultado					0,10	0,02	0,13	100%	Valor Anual	0,51	135%	Superou	SICC-AP	3.8	

Coordenação Nacional do Sangue e da Medicina Transfusional

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 10; 11	Implementação de uma logística de transporte adequada de PS - QUAR	Qualidade	Divulgação do procedimento operacional para acondicionamento e envio de plasma para fracionamento e/ou inativação viral dos hospitais para o IPST	Impacto					1,00	0,00	1,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	1.3;1.10;1.11;3.8;3.9	QUAR 15.1
1; 8; 10	Manter o nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional (IPST) - QUAR	Qualidade	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	Realização	25,00	27,00	24,00	18,00	21,00	3,00	25,00	100%	Valor Anual	18,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3;1.10;3.7 e 3.8	QUAR 11.2 - Relevante
1; 4	Manter a reserva média de unidades de CE existentes - QUAR	Eficiência	Nº total de unidades de CE a nível nacional/ nº total de unidades de CE consumidas por dia (dias)	Resultado	18,00	17,00	13,28	11,32	11,00	1,00	9,00	100%	Valor Anual	11,16	100%	Atingiu	MRS	1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 1.1 - Relevante
10	Disponibilizar o relatório anual de atividade Transfusional e do Sistema Português de Hemovigilância referente ao ano anterior	Eficácia	Divulgação do relatório anual referente ao ano anterior (meses)	Impacto	7,00	7,00	7,00	7,00	8,00	1,00	6,00	100%	Valor Anual	7,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3	
10	Divulgar os resultados do Sistema de notificação e informação relevante para a implementação de medidas preventivas e correctivas	Eficácia	Realização de acção de formação/simposio para os notificadores do Sistema Português de Hemovigilância (meses)	Resultado	7,00	7,00	7,00	9,00	9,00	1,00	7,00	100%	Valor Anual	9,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3	
10	Manter a Validação das Notificações de incidentes e reacções adversas em serviços de sangue e serviços de medicina transfusional	Eficiência	% notificações validadas	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95	0,02	0,99	100%	Valor Anual	1,00	131%	Superou	WWW/hemovigilancia.net	1.3	
10	Manter a verificação / validação das notificações de incidentes e reacções adversas em serviços de sangue, serviços de medicina transfusional e pontos transfusionais	Eficiência	% Notificações verificadas	Resultado					0,95	0,02	0,99	100%	Valor Anual	1,00	131%	Superou	WWW/hemovigilancia.net	1.3	

Coordenação Nacional da Transplantação

OE IPST	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5.6.7, 9.10	Aumentar o nº de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade - QUAR	Qualidade	Percentagem de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/Informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	Resultado	0,00	0,13	0,13	0,13	0,20	0,05	0,26	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou			QUAR 6.4
5.6.7, 9.10	Aumentar o nº de reuniões promovidas com as unidades de colheita/banco/aplicação de tecidos e células - QUAR	Eficiência	Nº de reuniões promovidas	Resultado	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	1,00	4,00	100%	Valor Anual	6,00	135%	Superou			QUAR 6.3
5.6.7, 9.10	Aumentar o nº de auditorias ao processo de doação - QUAR	Qualidade	Nº de hospitais auditados	Resultado	5,00	0,00	0,00	1,00	3,00	1,00	5,00	100%	Valor Anual	3,00	100%	Atingiu			QUAR 6.2
5.6.7, 9.10	Diminuir a taxa de órgãos não utilizados - QUAR	Eficiência	% de órgãos não utilizados	Resultado	0,00	0,16	0,20	0,22	0,17	0,02	0,14	100%	Valor Anual	0,16	100%	Atingiu		1.1;1.3;1.8;1.10;1.11;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 6.1
6	Aumentar a referência de potenciais dadores - QUAR	Eficácia	% de aumento da referência de potenciais dadores	Resultado	0,00	0,06	0,21	0,78	0,05	0,01	0,07	100%	Valor Anual	0,15	135%	Superou		1.1;1.2;1.8;1.10;3.3;3.7;3.9	QUAR 12.1 - Relevante
5.6, 8.9, 10	Aumentar o nº de dadores por milhão de habitantes (pmh)	Eficácia	Nº de dadores por milhão de habitantes (pmh)	Resultado		40,43	42,66	39,07	45,00	5,00	51,00	100%	Valor Anual	41,83	100%	Atingiu		3.8	

Gabinete de Comunicação, Promoção da Dádiva e Voluntariado

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1; 2; 3; 4; 8; 10	Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST e entre o IPST e as organizações de dadores de sangue - QUAR	Eficácia	N.º de reuniões/ações do GPDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na Promoção da Dádiva de Sangue	Resultado	2	3,00	6,00	49	45,00	7,00	56,00	100%	Valor Anual	96,00	135%	Superou	Pasta MIG	1.2; 1.3; 1.8; 1.10; 1.11; 3.2; 3.7; 3.8	QUAR 10.2 - Relevante
9; 10	Manter o prazo médio de resposta aos pedidos de informação externos que chegam ao serviço por via eletrónica e por correio	Eficiência	Prazo de resposta (dias úteis)	Resultado		1,10	1,17	1	3,00	1,00	2,00	100%	Valor Anual	1,08	135%	Superou	Pasta MIG	3.7	
1; 2; 3; 4; 8; 10	Melhorar a comunicação e articulação entre os vários setores de promoção da dádiva do IPST e entre o IPST e as organizações de dadores de sangue	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue, Setores de promoção da Dádiva dos CST's e Hospitais	Resultado		3,00	0,00		4,00	1,00	6,00	100%	Valor Anual	5,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.2; 1.3; 1.8; 1.10; 1.11; 3.2; 3.7; 3.8	
2; 3; 4	Preparar, publicitar, organizar e acompanhar o processo de atribuição de apoios financeiros por parte do IPST às entidades privadas sem fins lucrativos	Qualidade	Prazo de entrega do relatório de avaliação de candidaturas (dias)	Resultado					40,00	10,00	29,00	100%	Valor Anual	23,00	135%	Superou	Pasta MIG	3.7	

Gabinete de Gestão da Qualidade

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações	
10	Assegurar a elaboração do relatório de gestão mensal	Qualidade	N.º de relatórios elaborados/n.º de relatórios previstos*100	Resultado		0,73	0,00	0,44	0,80	0,10	0,91	100%	Valor Anual	0,32	45%	Não atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 1.11; 3.9		
10	Aumentar % de ações corretivas fechadas	Eficácia	n.º de ações corretivas fechadas/total ações corretivas*100	Resultado		0,77	0,84	0,91	0,75	0,10	0,86	100%	Valor Anual	0,90	135%	Superou	Pasta MIG	1.3; 1.10; 1.11; 3.9		
10	Aumentar % de ações preventivas fechadas	Qualidade	n.º de ações preventivas fechadas/total ações preventivas*100	Resultado		0,77	0,80	0,89	0,70	0,10	0,81	100%	Valor Anual	0,84	131%	Superou	Pasta MIG	1.3; 1.10; 1.11; 3.9		
10	Manter a % da realização de auditorias internas a toda a abordagem por processos	Qualidade	N.º de auditorias internas realizadas/n.º de auditorias internas planeadas*100	Resultado		1,00	1,00	1,00	1,00	0,00	1,00	100%	Valor Anual	0,91	91%	Não atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 1.11; 3.9		
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	5,00	2,00	2,00	100%	Valor Anual	6,83	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 3.7; 3.8	
1; 8; 10	Manter % testes metrologicos efectuados - QUAR	Qualidade	% de testes metrologicos efetuados (n.º total de ensaios e calibrações efetuados internamente/n.º total de ensaios e calibrações efetuados*100)	Resultado		1,00	1,00	0,88	0,90	0,07	0,98	100%	Valor Anual	0,88	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3; 1.10; 3.7; 3.8	QUAR 11.1 - Relevante	

Gabinete de Tecnologias de Informação e Comunicações

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações	
9;10;11	Acompanhar a renovação, desenvolvimento, testes, instalação, arranques piloto e finalização das aplicações da área da transplantação.	Eficiência	n.º aplicações finalizadas/n.º de aplicações planeadas para intervenção *100	Resultado		0,80	0,80	0,50	0,90	0,04	0,95	100%	Valor Anual	0,75	87%	Não atingiu	Pasta MIG	3,8		
9;10;11	Automatizar o sistema de monitorização da gestão	Eficiência	n.º indicadores com fontes automáticas/n.º total indicadores*100	Resultado				0,80	0,90	0,05	0,96	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Pasta MIG	3,5		
9;10	Centralizar as análises de imunohematologia e de agentes transmissíveis	Eficiência	Nº resultados analíticos transferidos automaticamente da área do sangue para a área da transplantação (meses)	Realização			0,00	0,00	9,00	1,00	6,00	100%	Valor Anual	11,00	91%	Não atingiu	Pasta MIG	3,5		
9;10;11	Diminuir o prazo médio de resposta aos pedidos.	Eficiência	Prazo médio de respostas aos pedidos (dias úteis)	Resultado		8,00		2,00	3,00	1,00	1,00	100%	Valor Anual	1,00	125%	Superou	Pasta MIG	3,5		
5;7;9;10;11	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas à transplantação (%)	Edicácia	n.º atualizações realizadas/n.º atualizações planeadas*100	Resultado		0,80	0,80	0,80	0,90	0,05	0,96	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Pasta MIG	3,5		
1;2;3;4;9;10	Manter tecnicamente atualizadas todas as aplicações relativas ao sangue (%)	Eficácia	n.º atualizações realizadas/n.º atualizações planeadas*100	Resultado		0,95	0,95	1,00	0,98	0,01	1,00	100%	Valor Anual	1,00	125%	Superou	Pasta MIG	3,5		
	Monitorizar a constituição de equipa multidisciplinar, coordenada pelo Encarregado de Proteção de Dados		Nº de pontos focais designados						7,00	2,00	10,00		Valor Anual	9,00	100%	Atingiu				
1;2;3;4;5;9;10	Reestruturação do site ipst.pt com integração dos domínios hemovigilancia.net e dador.pt	Eficácia	Início do controlo dos domínios pelo GTIC (meses)	Realização			5,00	10,00	9,00	1,00	7,00	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Pasta MIG	1,8		
9;10;11	Reestruturar a estrutura de servidores de e-mail do IPST.	Eficácia	Início da utilização do site da intranet (meses)	Resultado				0,00	12,00	1,00	10,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	3,5		
1;2;3;4;9;10	Renovar a solução de virtualização do IPST	Eficácia	Início da utilização da virtualização (meses)	Realização			0,00	0,00	12,00	2,00	9,00	100%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Pasta MIG	3,5		

Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra

Aférese

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1.2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Resultado	6,00	7,00	9,00	9,00	20,00	2,00	17,00	100%	Valor Anual	6,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	440,00	598,00	823,00	779,00	780,00	78,00	859,00	100%	Valor Anual	704,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Aumentar o número de dadores ativos de aférese (Anual)	Eficiência	Número de dadores ativos de aférese (efetivaram um procedimento de aférese no último ano - medição em dez)	Resultado	166,00	151,00	176,00	150,00	168,00	16,80	185,80	100%	Valor Anual	134,00	89%	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	338,00	386,00	488,00	454,00	445,00	44,50	490,50	100%	Valor Anual	435,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Frequência da dádvia (Anual)	Eficiência	N.º médio de dádvas de aférese no período de um ano por dador	Resultado	1,80	2,00	2,30	2,60	2,30	0,30	3,00	100%	Valor Anual	2,56	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado	0,69	0,66	0,64	0,68	0,58	0,06	0,65	100%	Valor Anual	0,78	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.2;3;4;10	Manter a Taxa de Colheita (Porcentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado	0,56	0,59	0,60	0,64	0,57	0,06	0,61	100%	Valor Anual	0,73	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1.2.4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,20	0,24	0,22	0,20	0,20	0,02	0,22	100%	Valor Anual	0,23	135%	Superou	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2 - Relevante
1.2.4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,13	0,15	0,16	0,15	0,15	0,01	0,16	100%	Valor Anual	0,16	128%	Superou	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1 - Relevante
1.2.3;4.5;9.10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	58.547,00	55.194,00	51.132,00	49.401,00	51.000,00	7.000,00	58.001,00	100%	Valor Anual	48.429,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.3;9.10	Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádvia de ST suspensas ou eliminadas em triagem	Resultado	0,22	0,21	0,21	0,19	0,22	0,01	0,21	100%	Valor Anual	0,19	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.3;9.10	Manter Nº total de dadores regulares	Eficácia	Nº total de dadores regulares	Resultado		43.781,00	55.969,00	52.889,00	35.000,00	3.500,00	38.501,00	100%	Valor Anual	54.306,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	7.789,00	8.119,00	8.022,00	7.469,00	7.500,00	1.000,00	8.501,00	100%	Valor Anual	7.926,00	100%	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
1.2.4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	11.802,00	13.467,00	11.134,00	9.732,00	10.000,00	1.200,00	11.201,00	100%	Valor Anual	11.281,00	127%	Superou	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
1.3.1;0.11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,55	0,54	0,63	0,65	0,63	0,10	0,73	100%	Valor Anual	0,65	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.3.1;0.12	Horas disponíveis em SC móvel: Todo o pessoal envolvido na SC (exclui período viagem)	Eficácia	N.º total total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem) 4)	Resultado		40.390,00	37.618,00	37.213,70	80.000,00	5.000,00	75.000,00	100%	Valor Anual	34.736,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.3.1;0.15	Manter percentagem de dadores regulares	Eficácia	Nº de inscrições de dadores regulares aprovados na triagem e em colheita/Nº total de inscrições aprovadas em triagem e em colheita*100	Resultado			0,91	0,87	0,58	0,05	0,63	100%	Valor Anual	0,88	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.3.1;0.15	Manter o desempenho das equipas de colheita	Eficiência	Nº de unidades colhidas/total de horas de trabalho dos colaboradores despendido durante sessão de colheita (excluindo horas de viagem)	Resultado		1,10	1,22	1,35	1,00	0,10	1,20	100%	Valor Anual	1,40	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.3.1;0.15	Manter o índice de dádvia por dador (Anual)	Eficácia	N.º de dádvas de sangue por número de dadores	Resultado		1,50	1,10		1,19	0,20	1,40	100%	Valor Anual	1,02	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.3;-4;8;10	Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado				6,00	16,00	2,00	19,00		Valor Anual	55,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

Produção

OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de unidades de CE/Pools/Cup inutilizadas por prazo de validade	Eficácia	% média de unidades CE/Pools/CUP inutilizadas por prazo de validade	Resultado				0,34	2,00	0,20	1,80		Valor Anual	0,39	135%	Superou	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o % Buffy Coats utilizados em POOL Plaquetas (sangue total)	Eficácia	% de Buffy Coats utilizados em POOL plaquetas /Número total de BC obtidos	Resultado		468,00	43,00	43,00	43,00	0,00	44,00	100%	Valor Anual	45,50	135%	Superou	ASIS	3.8	
9,10, 11	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	135%	Superou	ASIS	3.8	
9,10, 11	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,03	0,04	0,02	0,03	0,04	0,01	0,03	100%	Valor Anual	0,03	135%	Superou	ASIS	3.8	
9,10, 12	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	43,00	21,00	18,00	3,00	31,00	3,00	27,00	100%	Valor Anual	8,00	135%	Superou	ASIS	3.8	
1,2, 3,10, 12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	0,98	0,99		0,96	0,96	0,02	0,99	100%	Valor Anual	0,81	86%	Não atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,01	100%	Valor Anual	0,02	46%	Não atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	1,453,00	2,057,00	1,088,00	1,446,00	1,050,00	150,00	949,00	100%	Valor Anual	1,367,00	88%	Não atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	1,00	2,00	5,00	11,00	10,00	5,00	4,00	100%	Valor Anual	10,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Resultado	136.343,00	131.103,00	124.358,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138.001,00	100%	Valor Anual	118.935,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	58.109,00	54.838,00	50.013,00	48.247,00	47.000,00	5.000,00	52.001,00	100%	Valor Anual	47.604,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.104,00	124.359,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138.001,00	100%	Valor Anual	118.935,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas movimentadas (movimentacao entre centros do IPST)	Eficácia	Número de POOL de plaquetas movimentadas (movimentacao entre centros do IPST)	Resultado					8.000,00	800,00	8.801,00	100%	Valor Anual	7.989,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Resultado	12.996,00	12.767,00	13.287,00	12.787,00	13.200,00	1.320,00	14.521,00	100%	Valor Anual	13.361,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Resultado	137.825,00	131.103,00	124.358,00	118.965,00	125.000,00	13.000,00	138.001,00	100%	Valor Anual	118.935,00	100%	Atingiu	ASIS	3.8	
10	Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realizaçã o	1,00	0,99	1,00	0,98	0,96	0,02	0,99	100%	Valor Anual	0,97	100%	Atingiu	Relatório AEQ	1.3	

Transplantação

FICHAS DE ATIVIDADES DAS UNIDADES ORGÂNICAS

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5, 7	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Tipados QUAR	Eficácia	N.º de novos dadores CEDACE Tipados	Resultado	7.220,00	3.579,00	1.395,00	7.746,00	9.000,00	900,00	9.901,00	100%	Valor Anual	8.845,00	100%	Atingiu	Base de dados CEDACE	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	QUAR 4.1 - Relevante
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado	0,89	0,94	0,93	0,81	0,75	0,05	0,81	100%	Valor Anual	0,94	135%	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado	0,87	0,85	0,75	0,83	0,80	0,05	0,86	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado	0,85	0,91	0,97	0,94	0,85	0,05	0,91	100%	Valor Anual	0,96	135%	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado	0,85	0,92	0,87	0,88	0,85	0,05	0,91	100%	Valor Anual	0,98	135%	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado	1,00	1,00	1,00	0,95	0,90	0,04	0,95	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Relatórios AEQ	1.3	
5,9, 10	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	22,00	9,94	3,20	4,21	9,00	1,00	7,00	100%	Valor Anual	4,53	135%	Superou	LUSOT	1.3	
5,9, 10	Manter o N.º de novos dadores CEDACE Enviados	Eficácia	N.º de novos dadores Enviados ao CEDACE	Resultado	7.000,00	3.307,00	1.713,00	7.038,00	9.000,00	900,00	9.901,00	100%	Valor Anual	8.377,00	100%	Atingiu	LUSOT	1.3; 1.8; 1.10; 3.2; 3.7; 3.8 e 3.9	
9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	LUSOT	1.3	
9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	1,58	0,70	2,88	6,00	1,00	4,00	100%	Valor Anual	0,40	135%	Superou	LUSOT	1.3	
9,1	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	5,00	4,54	3,60	16,38	15,00	1,50	12,50	100%	Valor Anual	10,35	135%	Superou	LUSOT	1.3	

Laboratório de Controlo de Qualidade

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10;11	Manter a % de resultados CQ externo conforme	Eficiência	% Resultados CQ externo conforme	Resultado			100,00	100,00	98,00	1,00	100,00	100%	Valor Anual	98,33	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3;3.9	
10;11	Manter a % de resultados CQ interno conforme	Eficiência	% Resultados CQ interno conforme	Resultado			100,00	100,00	98,00	1,00	100,00	100%	Valor Anual	100,00	125%	Superou	Pasta MIG	1.3;3.9	
10;11	Manter a % de unidades CE inutilizadas por controlo de qualidade de CE produzidos em Coimbra	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de CE produzidos em Coimbra	Resultado		0,10	0,02	0,01	0,05	0,02	0,01	100%	Valor Anual	0,00	130%	Superou	Pasta MIG	1.3;3.9	
10;11	Manter a % de unidades CE inutilizadas por controlo de qualidade de CE produzidos em Lisboa	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de CE produzidos em Lisboa	Resultado		0,10	0,04	0,06	0,10	0,01	0,08	100%	Valor Anual	0,01	135%	Superou	Pasta MIG	1.3;3.9	
10;11	Manter a % de unidades de pool de plaquetas inutilizadas por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizadas por CQ de pool de plaquetas	Resultado		0,20	0,08	0,09	0,13	0,05	0,07	100%	Valor Anual	0,06	129%	Superou	Pasta MIG	1.3;3.9	
10;11	Manter a % de unidades submetidas a rastreio microbiológico com resultado falso positivo	Eficiência	% de falsos positivos	Resultado			0,06	0,13	0,30	0,05	0,24	100%	Valor Anual	0,09	135%	Superou	Pasta MIG	1.3;3.9	

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

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Resultado		0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Resultado		12,00	9,00	10,00	15,00	2,00	12,00	100%	Valor Anual	9,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Aumentar o nº de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	575,00	729,00	669,00	535,00	650,00	50,00	701,00	100%	Valor Anual	411,00	69%	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	499,00	696,00	645,00	494,00	600,00	60,00	661,00	100%	Valor Anual	388,00	72%	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	444,00	638,00	680,00	485,00	580,00	50,00	631,00	100%	Valor Anual	349,00	66%	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Aumentar o número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)	Eficácia	Número de unidades de plaquetas produzidas e distribuídas pelo CSTL (aférese)	Resultado				0,00	500,00	100,00	601,00	100%	Valor Anual	373,00	93%	Não atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Manter a Taxa de comparência (manter nº de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,55	0,57	0,53	0,55	0,10	0,66	100%	Valor Anual	0,49	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1,2;3;4;10	Manter a Taxa de Colheita (Percentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado		0,90	0,62	0,49	0,50	0,05	0,56	100%	Valor Anual	0,45	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1.2.4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,21	0,20	0,19	0,19	0,19	0,02	0,21	100%	Valor Anual	0,17	100%	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.2 - Relevante
1.2.4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,14	0,14	0,13	0,14	0,13	0,01	0,15	100%	Valor Anual	0,13	100%	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 2.1 - Relevante
1.2.5; 11	Aumentar o nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	Eficiência	Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica	Resultado				25,00	26,00	5,00	32,00	100%	Valor Anual	49,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	QUAR 17.1
9;10; 11	Centralização dos processos analíticos	Eficiência	Nº de meses para realizar a centralização dos processos analíticos	Realização					12,00	1,00	10,00	100%	Valor Anual	11,00	100%	Atingiu	Pasta MIG	1.3;1.10;3.7;3.8;3.9	QUAR 16.1
1.2.3; 9,10	Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádvia de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica	Resultado		0,23	0,19	0,17	0,19	0,01	0,17	100%	Valor Anual	0,18	118%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.3; 4.8;1 0	Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado			27,00	27,00	15,00	2,00	18,00		Valor Anual	20,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1. 2.3	Manter o nº de reações adversas não graves	Eficiência	Nº de reações adversas não graves	Resultado	995,00	193,00	260,00	223,00	200,00	40,00	159,00	100%	Valor Anual	74,00	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	
1. 2.3	Manter o nº de reações adversas graves	Eficiência	Nº de reações adversas graves	Resultado	0,00	7,00	10,00	6,00	6,00	2,00	4,00	100%	Valor Anual	5,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.2.4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	7.940,00	7.697,00	7.730,00	7.857,00	7.700,00	770,00	8.471,00	100%	Valor Anual	7.732,00	100%	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
1.2.4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	11.800,00	10.651,00	11.291,00	10.726,00	11.000,00	1.100,00	12.101,00	100%	Valor Anual	9.951,00	100%	Atingiu	ASIS	1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	
1.2.3, 4,5,9, 10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	57.248,00	54.452,00	59.253,00	57.113,00	58.000,00	5.800,00	63.801,00	100%	Valor Anual	57.903,00	100%	Atingiu	ASIS	1.3; 3.8	
1.3.1 0,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,67	0,70	0,67	0,87	0,70	0,07	0,78	100%	Valor Anual	0,89	135%	Superou	ASIS	1.3; 3.8	

Produção

OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2, 3,10, 12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	1,01	1,01		1,03	0,96	0,0200	0,990	100%	Valor Anual	1,04	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,0010	0,003	100%	Valor Anual	0,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,0010	0,003	100%	Valor Anual	0,01	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de unidades CE inutilizados por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,0010	0,003	100%	Valor Anual	0,01	98%	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado		0,00	0,00	0,00	1,00	0,0000	0,000	100%	Valor Anual	0,00	125%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	195,00	678,00	610,00	516,00	450,00	100,0000	349,000	100%	Valor Anual	570,00	96%	Não atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	3,00	1,00	7,00	6,00	10,00	5,0000	4,000	100%	Valor Anual	2,00	133%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	106,00	33,00	99,00	74,00	80,00	40,0000	39,000	100%	Valor Anual	105,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
10	Manter a % cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Qualidade	% cumulativa de amostras de AEQ com resultados conformes	Realização	1,00	1,00	0,98	1,00	0,96	0,0200	0,990	100%	Valor Anual	1,00	133%	Superou	Relatório AEQ	1,3	
9,10, 11	Manter a % de unidades CE inutilizados por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ	Resultado		0,03	0,04	0,00	0,10	0,0100	0,090	100%	Valor Anual	0,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
9,10, 11	Manter a % de unidades Pools de Plaquetas inutilizados por controlo de qualidade	Eficiência	% de unidades inutilizados por CQ	Resultado	0,00	0,10	0,10	0,00	0,00	0,0001	0,001	100%	Valor Anual	0,00	131%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o % Buffy Coats utilizados em POOL Plaquetas (sangue total)	Eficácia	% de Buffy Coats utilizados em POOL plaquetas /Número total de BC obtidos	Resultado				88,75	85,00	10,0000	96,000	100%	Valor Anual	90,75	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o Nº de visitas técnicas com envio de relatório aos Serviços de Medicina Transfusional (CSTL) (a preencher pelo CSTL)	Qualidade	Nº de visitas técnicas aos Serviços de Medicina Transfusional	Realização	9,00	11,00	9,00		7,00	1,0000	9,000		Valor Anual	4,00	67%	Não atingiu	MIG	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de Buffy Coat produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de Buffy Coat produzidos apartir de sangue total	Resultado	56.427,00	56.049,00	57.251,00	55.973,00	58.000,00	5.800,0000	63.801,000	100%	Valor Anual	54.829,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados apartir de sangue total Etiquetados	Resultado	55.554,00	55.103,00	68.901,00	54.761,00	56.000,00	5.600,0000	61.501,000	100%	Valor Anual	54.043,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos produzidos a partir de sangue total	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos produzidos apartir de sangue total	Resultado	56.426,00	56.045,00	57.245,00	55.913,00	58.000,00	5.800,0000	63.801,000	100%	Valor Anual	54.829,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de CUP de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST	Eficácia	Número de CUP de plaquetas validados provenientes de outros CST		9.665,00	9.734,00	522,00	516,00	250,00	25,0000	276,000	100%	Valor Anual	495,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas entrados em inventário provenientes de outros CST	Eficácia	Número de POOL de plaquetas validados provenientes de outros CST				4.862,00	4.616,00	3.500,00	350,0000	3.851,000	100%	Valor Anual	4.578,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de POOL de plaquetas produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de POOL de plaquetas produzidas apartir de sangue total	Resultado	9.770,00	9.904,00	10.812,00	12.446,00	12,000	500,0000	17.001,000	100%	Valor Anual	12.389,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de unidades de plasma produzidas a partir de sangue total	Eficácia	Número de unidades de plasma produzidas apartir de sangue total	Resultado	56.390,00	56,000	57.245,00	55.973,00	58,000	5.800,0000	63.801,000	100%	Valor Anual	54.829,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	
9,10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIH Referência		Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)		96,35	128,73	141,67	128,86	130,00	24,0000	71,000	100%	Valor Anual	112,55	100%	Atingiu	ASIS	1,3	
9,10	Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas) -LIL		Tempo médio de resposta a solicitações de clientes (horas)		54,75	63,27	98,00	148,00	72,00	24,0000	47,000	100%	Valor Anual	108,00	89%	Não atingiu	ASIS	1,3	

Transplantação

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Fonte de Verificação	Taxa de realização	Classificação	Contributo OE MS	Observações
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Baixa Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	3,00	3,15	2,46	2,87	3,00	1,00	1,50	100%	Valor Anual	2,75	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Detecção AC anti HLA (Lx))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	4,80	7,33	7,17	22,71	10,00	1,00	8,00	100%	Valor Anual	10,00	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Candidatos - Rim, Coração, Córnea)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - CEDACE Envios)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Dador Vivo Renal)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia - Estudos de Família)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Microbiologia- Protocolos)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,60	0,95	1,00	1,00	0,40	0,50	100%	Valor Anual	0,70	LUSOT	100%	Atingiu	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - CEDACE Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	9,70	9,46	9,38	9,54	11,00	1,00	10,00	100%	Valor Anual	14,25	LUSOT	84%	Não atingiu	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular- Estudos de Família - Alta Resolução)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	9,90	9,41	9,54	10,68	11,00	1,00	10,00	100%	Valor Anual	15,55	LUSOT	77%	Não atingiu	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Dador Vivo Renal: Xmatch HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,40	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	135%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Citometria de Fluxo - Pós Transplante: Xmatch HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	133%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Dador Vivo Renal, Candidatos "Rim, Coração, Córnea")	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	2,40	2,00	2,33	2,40	3,50	1,00	2,50	100%	Valor Anual	2,40	LUSOT	128%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Genética Molecular - Protocolos)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	2,60	1,73	2,44	2,63	3,50	1,00	2,50	100%	Valor Anual	2,28	LUSOT	131%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Auto Ac anti HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	0,40	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	135%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Candidatos: Ac anti HLA (CDC))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	36,90	49,34	60,71	58,17	55,00	5,00	44,00	100%	Valor Anual	41,30	LUSOT	131%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - CEDACE)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,50	0,60	0,61	2,00	0,40	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	135%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Dador Vivo Renal)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,63	0,96	0,95	2,00	0,40	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	135%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Espcf anti-HLA (single Lx))	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,93	5,72	13,04	3,00	1,00	1,50	100%	Valor Anual	1,35	LUSOT	128%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Estudos de Família)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,50	0,50	0,60	0,61	2,00	0,40	1,50	100%	Valor Anual	1,00	LUSOT	135%	Superou	1,3	
9;10	Diminuir o número médio de dias de resposta a clientes (Serologia HLA - Pós Transplante: Espcf anti HLA)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,70	0,87	1,66	7,72	3,00	1,00	1,50	100%	Valor Anual	1,70	LUSOT	122%	Superou	1,3	
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado		1,00	1,00		0,75	0,05	0,81	100%	Valor Anual	1,00	Relatórios AEQ	135%	Superou	1,3	
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado		0,93	1,00		0,80	0,05	0,86	100%	Valor Anual	1,00	Relatórios AEQ	135%	Superou	1,3	
10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado	1,00	0,88	0,97	0,99	0,85	0,05	0,91	100%	Valor Anual	1,00	Relatórios AEQ	135%	Superou	1,3	
10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado		0,96	1,00		0,85	0,05	0,91	100%	Valor Anual	0,96	Relatórios AEQ	135%	Superou	1,3	
10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado		0,98	0,99		0,90	0,05	0,96	100%	Valor Anual	1,00	Relatórios AEQ	135%	Superou	1,3	

Banco de Tecidos

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5;9;10	Manter a existência de peças de tecido Músculo-esquelético	Eficiência	Nº de Tecido Musculo-esquelético em stock (Total)	Resultado		94,00	82,00	43,00	50,00	5,00	56,00	100,00%	Valor Anual	65,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a existência de Válvulas Cardíacas (aórticas)	Eficiência	Nº de Válvulas Cardíacas em stock (Total)	Resultado	13,00	13,00	14,00	15,00	8,00	2,00	11,00	100,00%	Valor Anual	19,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a existência de válvulas cardíacas (pulmonares)	Eficiência	Nº de Válvulas Cardíacas em stock (Total)	Resultado	13,00	13,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	100,00%	Valor Anual	4,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;6;7;11	Manter a reserva estratégica de Membrana Amniótica (área maior ou igual a 0,5 m2) QUAR	Eficácia	Média de m2 existentes em stock	Resultado	3,40	2,59	0,78	1,00	0,50	0,05	0,60	100,00%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Base de dados de gestão do banco multitecdular	1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.3 - Relevante
5;9;10	Manter a resposta a pedidos de córnea	Eficiência	N.º Córneas importadas (Total)	Resultado	194,00	188,00	263,00	202,00	180,00	18,00	199,00	100,00%	Valor Anual	271,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a resposta a pedidos de pele	Eficiência	Área de m2 de pele fornecidos (Total)	Resultado	0,75	2,41	2,54	1,82	1,00	0,20	1,20	100,00%	Valor Anual	0,81	100%	Atingiu	Lusot	3,8	
5;6;7;11	Manter a taxa de aproveitamento de Membrana Amniótica processada QUAR	Eficácia	N.º de peças de membrana amniótica validadas/n.º de peças de membrana amniótica processadas x 100	Resultado	0,75	1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	100,00%	Valor Anual	1,00	125%	Superou	Base de dados de gestão do banco multitecdular	1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.2 - Relevante
5;9;10	Manter a taxa de aproveitamento de Pele processada	Eficiência	N.º de peças de pele validadas/n.º de peças de pele processadas x 100	Resultado	0,00	0,00			0,45	0,05	0,51	100,00%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de aproveitamento de Válvulas Cardíacas processadas	Eficiência	N.º de válvulas cardíacas validadas/n.º de válvulas cardíacas processadas x 100	Resultado	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	100,00%	Valor Anual	100,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Córnea importada	Eficiência	N.º de córneas distribuídas / n.º de córneas pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	100,00%	Valor Anual	0,94	100%	Atingiu	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Membrana Amniótica	Eficiência	N.º de peças de membrana amniótica distribuídas / n.º de peças de membrana amniótica pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,99	0,01	1,00	100,00%	Valor Anual	1,00	125%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Peças de Tecido músculo-esquelético	Eficiência	N.º de peças de tecido musculo-esquelético distribuídas / n.º de peças de tecido musculo-esquelético pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	0,95	0,90	0,05	0,96	100,00%	Valor Anual	0,97	129%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Pele	Eficiência	N.º de peças de pele distribuídas / n.º de peças de pele pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	100,00%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter a taxa de distribuição de Válvulas Cardíacas	Eficiência	N.º de válvulas cardíacas distribuídas / n.º de válvulas cardíacas pedidas x 100	Resultado		1,00	1,00	1,00	0,90	0,05	0,96	100,00%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Lusot	3,8	
5;9;10	Manter o número de tecidos recebidos (Membrana Amniótica)	Eficiência	Nº de tecidos recebidos (Total)	Resultado	10,00	7,00	9,00	15,00	8,00	2,00	11,00	100,00%	Valor Anual	5,00	83%	Não atingiu	Lusot	3,8	
5;6;7;11	Manter taxa de aproveitamento de peças de Tecido Musculo-esquelético processado QUAR	Eficácia	N.º de peças de tecido musculo-esquelético validadas/n.º de peças de tecido musculo-esquelético processadas x 100	Resultado	1,00	1,00	0,93	0,99	0,96	0,03	1,00	100,00%	Valor Anual	1,00	125%	Superou	Base de dados de gestão do banco multitecdular	1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.1 - Relevante
5;6;7;11	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular - QUAR	Eficácia	Nº de meses até validação da metodologia de processamento de tecido ocular	Resultado					11,00	1,00	15,00	100,00%	Valor Anual	0,00	0%	Não atingiu	Base de dados de gestão do banco multitecdular	1.1;1.3;1.8;1.10;3.2;3.3;3.7;3.8;3.9	QUAR 3.4 - Relevante

CEDACE

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
5;9;10	Aumentar a % de dadores de CEPH avaliados - 1 ano	Eficiência	% Follow-up de dadores de CEPH	Resultado	0,10	0,16	0,00	0,01	0,30	0,04	0,35	100%	Valor Anual	0,48	135%	Superou	Pasta MIG	3,8	
5;9;10	Diminuir o tempo de resposta na activação dador desde o pedido até resultado final laboratorial - CSTL	Eficiência	Data Entrada do Pedido/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	16,55	17,83	21,23	18,92	17,00	1,90	15,00	100%	Valor Anual	25,25	75%	Não atingiu	Pasta MIG	3,8	

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

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - não graves	Resultado	20,00	15,00	20,00	10,00	20,00	5,00	14,00	100%	Valor Anual	2,00	135%	Superou	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Aumentar a a variação homologa mensal de dadores inscritos	Eficiência	n.º de dadores inscritos do mês/ n.º de inscritos no mês homologo*100	Resultado			0,82	1,22	0,95	0,04	1,00	100%	Valor Anual	1,06	135%	Superou	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;10	Manter o número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Qualidade	Número de Reações Adversas em Dadores de Aférese - graves	Resultado				1,00	0,00	1,00	0,00	100%	Valor Anual	0,00	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Manter a Taxa de comparência (manter n.º de Dadores inscritos face à previsão de dadores)	Eficiência	% de dadores inscritos face à previsão	Resultado		0,91	0,90	0,88	0,86	0,05	0,92	100%	Valor Anual	0,84	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Manter a Taxa de Colheita (Porcentagem de dadores colhidos face à previsão)	Eficiência	% de dadores colhidos face à previsão	Resultado		0,86	0,83	0,82	0,80	0,05	0,86	100%	Valor Anual	0,79	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Aumentar o n.º de componentes obtidos por procedimentos de aférese (Multicomponente)	Eficácia	Nº total de componentes obtidos	Resultado	2.272,00	2.039,00	1.576,00	1.620,00	2.000,00	250,00	2.251,00	100%	Valor Anual	1.611,00	92%	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Aumentar o número de plaquetas produzidas por aférese	Eficácia	Número de plaquetas produzidas por aférese	Resultado	1.538,00	1.612,00	1.242,00	1.228,00	1.875,00	250,00	2.126,00	100%	Valor Anual	1.166,00	72%	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Aumentar o número de plaquetas validadas (aférese)	Eficácia	Número de plaquetas validadas (aférese)	Resultado	1.497,00	1.567,00	1.170,00	1.222,00	1.875,00	250,00	2.126,00	100%	Valor Anual	1.159,00	71%	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2;3; 4;10	Aumentar o número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Eficácia	Número de unidades de plaquetas distribuídas (aférese)	Resultado	1.455,00	1.537,00	1.163,00	980,00	1.875,00	250,00	2.126,00	100%	Valor Anual	819,00	50%	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	

Sangue Total

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	CSTP Taxa de realização	CSTP Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3,4,5,9,10	Manter o número de unidades de ST colhidas	Eficácia	Nº total de unidades de ST colhidas	Resultado	82.475,00	79.134,00	74.828,00	71.333,00	75.000,00	10.000,00	85,00	100%	Valor Anual	72.180,00	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25-34	Resultado	16.445,00	14.536,00	13.650,00	12.686,00	13.500,00	2.000,00	15,50	100%	Valor Anual	12.450,00	100%	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	
1,2,4	Manter o número de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Eficácia	N.º total de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	10,00	9,239,00	8,651,00	7,838,00	8,000,00	1,200,00	9,201,00	100%	Valor Anual	8,031,00	100%	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	
1,2,3	Manter o nº de reações adversas não graves	Eficiência	Nº de reações adversas não graves	Resultado	427,00	382,00	431,00	515,00	400,00	25,00	374,00	100%	Valor Anual	281,00	135%	Superou	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,3,4,8;10	Implementar um plano de aproximação às organizações de dadores de sangue e hospitais	Eficácia	N.º de reuniões com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais	Resultado				5,00	10,00	2,00	13,00		Valor Anual	16,00	135%	Superou	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,3	Manter o nº de reações adversas graves	Eficiência	Nº de reações adversas graves	Resultado	6,00	7,00	4,00	6,00	6,00	1,00	5,00	100%	Valor Anual	11,00	64%	Não atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,3,10,11	Manter o Rácio de sessões de colheita no período de segunda a sexta feira	Eficácia	N.º de sessões de colheita durante a semana / nº total de sessões de colheita *100	Resultado	0,69	0,67	0,70	0,70	0,69	0,02	0,72	100%	Valor Anual	0,70	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,3,9,10	Diminuir a percentagem de dadores não aprovados em triagem clínica - Taxa de suspensão	Eficiência	Número total de inscrições para a dádvia de ST suspensas ou eliminadas em triagem clínica	Resultado	0,18	0,17	0,17	0,19	0,18	0,01	0,17	100%	Valor Anual	0,18	100%	Atingiu	ASIS	1,3; 3,8	
1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário 25 - 34 anos	Resultado	0,20	0,18	0,18	0,18	0,18	0,02	0,20	100%	Valor Anual	0,17	100%	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	QUAR 2.2 - Relevante
1,2,4	Manter a percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos - QUAR	Eficácia	Percentagem de unidades de sangue total colhidas no grupo etário <25 anos	Resultado	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11	0,01	0,12	100%	Valor Anual	0,11	100%	Atingiu	ASIS	1,2;1,3;1,8;1,10;3,2;3,3;3,7;3,8;3,9	QUAR 2.1 - Relevante

Produção

OE ISPT	Objetivo	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
1,2,3, 9,10	Diminuir a % de inutilização de CUP por prazo de validade	Eficiência	Número inutilizadas CUP/Número total de CUP em inventário	Resultado	0,02	0,01	0,02	0,01	0,015	0,004	0,010	100%	Valor Anual	0,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
9,10, 11	Diminuir a % de inutilização de Pools de Plaquetas por prazo de validade	Eficiência	Número pools de plaquetas inutilizadas /Número total de pool de plaquetas em inventário	Resultado	0,03	0,03	0,05	0,03	0,025	0,004	0,020	100%	Valor Anual	0,01	135%	Superou	ASIS	3,8	
9,10, 11	Diminuir a % de unidades CE inutilizadas por prazo de validade	Eficiência	Número unidades excluídas prazo valid/Número total de unidades entradas em inventário	Resultado	0,04	0,12	0,11	0,06	0,101	0,004	0,096	100%	Valor Anual	0,09	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2, 3,10, 12	Assegurar a especificidade das colheitas de sangue e componentes "Blood Supply Management"	Eficiência	Número total de unidades de CE distribuídas/Número total de unidades de CE entradas em inventário	Resultado	0,94	0,89	0,88	0,57	0,900	0,025	0,926	100%	Valor Anual	0,93	127%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos de aférese que expiraram (por prazo validade)	Resultado	5,00	1,00	0,00	0,00	2,000	1,000	0,000	100%	Valor Anual	0,00	125%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de CUP que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de CUP que expiraram (prazo validade)	Resultado	30,00	13,00	31,00	20,00	25,000	3,000	21,000	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
9,10, 12	Diminuir o número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Eficácia	Número de Pool de plaquetas que expiraram (prazo validade)	Resultado	183,00	148,00	168,00	122,00	160,000	16,000	143,000	100%	Valor Anual	23,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Diminuir o número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos que expiraram (por prazo validade)	Resultado	3.545,00	8.949,00	7.668,00	4.203,00	7500,000	750,000	6749,000	100%	Valor Anual	6.215,00	135%	Superou	ASIS	3,8	
1,2,3, 9,10	Manter o número de concentrado de eritrócitos entrados em inventário a partir de sangue total (CE's etiquetados)	Eficácia	Número de concentrado de eritrócitos validados a partir de sangue total Etiquetados	Resultado	80.327,00	76.016,00	72.993,00	69.645,00	74000,000	9900,000	63901,000	100%	Valor Anual	70.571,00	100%	Atingiu	ASIS	3,8	

Transplantação

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Taxa de realização	Classificação	Fonte de Verificação	Contributo OE MS	Observações
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para ident. de anticorpos anti-HLA	Resultado	1,00	1,00		0,90	0,01	0,92	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Relatórios AEQ	1,3		
10	Manter a AEQ de Crossmatch CF	Qualidade	% de r. s. da AEQ para os ensaios de Crossmatch CF	Resultado	0,90	1,00	0,90	0,90	0,01	0,92	100%	Valor Anual	0,91	100%	Atingiu	Relatórios AEQ	1,3		
10	Manter a AEQ de anticorpos anti-HLA	Qualidade	% de r. s. da AEQ para pesquisa de anticorpos anti-HLA	Resultado	0,95	1,00		0,90	0,01	0,92	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Relatórios AEQ	1,3		
10	Manter a AEQ de Crossmatch CDC	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ para os ensaios de Crossmatch CDC	Resultado	0,94	0,90	1,00	0,90	0,01	0,92	100%	Valor Anual	0,95	135%	Superou	Relatórios AEQ	1,3		
10	Manter a AEQ de Tipagens HLA	Qualidade	% de resultados satisfatórios da AEQ Tipagens HLA	Resultado	1,00	0,99	0,99	0,90	0,01	0,92	100%	Valor Anual	1,00	135%	Superou	Relatórios AEQ	1,3		
5,9, 10	Diminuir o tempo de resposta na activação do reagente desde a entrada da amostra até resultado final laboratorial	Eficiência	Data Entrada da amostra/Data saída do Resultado (dias)	Resultado	8,60	8,13	8,91	9,00	3,00	5,00	100%	Valor Anual	10,23	100%	Atingiu		1,3		
9,10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Citometria de fluxo)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	0,91	1,11	1,18	2,00	1,00	0,00	100%	Valor Anual	1,28	100%	Atingiu	LUSOT	1,3		
9,10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Genética Molecular)	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	3,16	4,92	4,47	6,00	2,00	3,00	100%	Valor Anual	3,06	125%	Superou	LUSOT	1,3		
9,10	Manter o número médio de dias de resposta a clientes (Setor - Serologia HLA) excluído o PRA e CDC	Eficiência	Tempo médio de resposta (dias)	Resultado	1,18	2,17	2,20	3,00	0,50	2,40	100%	Valor Anual	2,00	135%	Superou	LUSOT	1,3		

Banco Público de Células do Cordão Umbilical

OE ISPT	Objetivo Operacional	Parâmetro	Indicador	Tipo	2014	2015	2016	2017	2018	Meta	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês	Resultado	Fonte de Verificação	Taxa de realização	Classificação	Contributo OE MS	Observações
5;11	Manter o n.º de unidades de SCU criopreservadas - QUAR	Eficiência	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	206,00	136,00	98,00	94,00	29,00	60,00	20,00	81,00	100%	Valor Anual	41,00	Base de dados BPCCU	100%	Atingiu	1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.7;3.8	QUAR 8.2
5;11	Aumentar % de unidades de SCU aptas para utilização - QUAR	Eficiência	N.º de unidades criopreservadas/n.º de unidades aptas a uso clínico	Resultado	37,40	60,30	88,80	84,20	0,76	0,80	0,18	1,00	100%	Valor Anual	0,90	Base de dados BPCCU	100%	Atingiu	1.1;1.2;1.3;1.8;1.10;3.2;3.7;3.8	QUAR 8.1
1;9;10	Manter o número de unidades de SCU criopreservadas Total (Somatório dos anos anteriores com o atual - Stock)	Eficácia	N.º de unidades de sangue do cordão umbilical criopreservadas	Resultado	284,00	420,00	518,00	612,00	641,00	701,00	20,00	722,00	100%	Valor Anual	682,00	Base de dados BPCCU	100%	Atingiu	3.8	
1;9;10	N.º. de unidades aptas para registo no CEDACE (Cumulativo)	Eficiência	n.º de unidades aptas para registo no CEDACE	Resultado	0,00	0,00	0,00	218,00	0,00	60,00	20,00	81,00	100%	Valor Anual	0,00	Base de dados BPCCU	0%	Não atingiu	3.8	

b) QUAR

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



ANO: 2019														Meta Proposta/Resultado Ano Anterior (B)	Objetivo Interinstitucional (C)	
Ministério de Saúde																
NOME DO ORGANISMO Instituto Português do Sangue e de Transplantação, I.P.																
OBJETIVOS OPERACIONAIS																
EFICÁCIA														40,0%		
OP01: Assegurar, a nível nacional, a existência de uma reserva média de Concentrados Eritrocitários (CE) (OE 1; OE 4) (R)														25%		
INDICADORES																
1.1	Reserva média de unidades de Concentrados Eritrocitários existentes (dias)	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação	B3	NA
		18	18	17	13	11	11	1	9	100%	dezembro	11,2	100%	Atingiu		
OP02: Assegurar o dóador de sangue no grupo etário dos 18 aos 34 anos (OE 1; OE 2; OE 4) (R)														25%		
INDICADORES																
2.1	% de unidades de sangue colhidas em dadores com idade <25 anos	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação	B3	NA
		25468	25143	13,4%	13,0%	13,0%	13,0%	1,2%	14,2%	50%	dezembro	13,6%	100%	Atingiu		
2.2	% de unidades de sangue colhidas em dadores com idade entre os 25 e os 34 anos (%)	46424	38769	20,5%	19,6%	18,6%	18,9%	1,9%	20,8%	50%	dezembro	19,2%	100%	Atingiu	B1	NA
OP03: Desenvolver o banco multitecidual (OE 5; OE 6; OE 7; OE 11) (R)														25%		
INDICADORES																
3.1	Taxa de aproveitamento de peças de tecido muscular-esquelético processadas (%)	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação	B2	NA
		100%	100%	100%	81%	241%	96%	3%	100%	20%	dezembro	100,0%	123%	Superou		
3.2	Taxa de aproveitamento de membrana amniótica humana processada (%)	88%	75%	100%	100%	0%	99%	0,5%	100%	30%	dezembro	100,0%	123%	Superou	B2	NA
3.3	Reserva estratégica de membrana amniótica para tratamento de queimados e oftalmologia (m2)	3,5	3,4	2,6	0,8	1,00	0,5	0,05	0,6	30%	dezembro	1,0	133%	Superou	B2	NA
3.4	Validação da metodologia de processamento de tecido ocular (meses)	NA	NA	NA	NA	NA	11	1	9	20%	dezembro	-	0%	Não atingiu	B5	NA
OP04: Assegurar a tipagem e coleta de células estaminais hematopoiéticas a dadores não aparentados para transplantação de medula óssea (OE 5; OE 7) (R)														25%		
INDICADORES																
4.1	N.º de novos dadores CEDACE tipados	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação	B1	NA
		27694	23998	11669	4559	7746	9000	900	9901	65%	dezembro	8845	100%	Atingiu		
4.2	N.º de dadores CEDACE ativados	117	1586	1955	1748	1424	1400	300	1701	35%	dezembro	1510	100%	Atingiu	B2	NA
EFICIÊNCIA														40%		
OP05: Melhorar o desempenho financeiro do IPST (OE 11) (R)														6%		
INDICADORES																



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



ANO: 2019																
Ministério da Saúde																
NOME DO ORGANISMO	Instituto Português do Sangue e de Transplantação, I.P.															
5.1	Prazo médio de pagamento a fornecedores (dias)	25,2	20,33	26,5	64	68	60	10	49	100%	dezembro	118,0	99%	Não atingiu	B1	NA
ODp6: Promover a eficiência do processo de transplantação (OE 5; OE 6; OE 7; OE 9; OE 10)													3%			
INDICADORES		2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação		
6.1	Taxa de órgãos não utilizados	19%	21%	16%	17%	20%	17%	2%	14%	25%	dezembro	18,0%	100%	Atingiu	B1	NA
6.2	Nº de auditorias ao processo de doação	0	5	0	0	1	3	1	5	25%	dezembro	3	100%	Atingiu	B1	NA
6.3	Nº de reuniões promovidas com as unidades de coleta/banco/aplicação de tecidos e células	1	0	0	0	1	2	1	4	25%	dezembro	6	133%	Superou	B1	NA
6.4	% de instituições públicas com pelo menos 1 profissional formado/informado sobre o SNB e a sua operacionalidade	8%	10%	13%	13%	13%	20%	3%	26%	25%	dezembro	100%	133%	Superou	B1	NA
ODp7: Conciliação da vida pessoal e familiar													4%			
INDICADORES		2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação		
7.1	% de pedidos de alteração de horário com objetivo de conciliar a vida pessoal e familiar - autorizados	NA	NA	NA	NA	NA	70%	10%	81%	100%	dezembro	97,3%	133%	Superou	B4	4.3
ODp8: Otimização, racionalização de recursos e diminuição de custos no Banco Público de Células do Cordão Umbilical (OE 5; OE 11)													2%			
INDICADORES		2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação		
8.1	% de unidades de SCU aptas para utilização	37,4%	60,3%	88,8%	84,2%	77,4	80%	18%	100%	50%	dezembro	90,2%	100%	Atingiu	B1	NA
8.2	Nº de unidades de SCU criopreservadas	206	136	96	94	29	60	20	81	50%	dezembro	41	100%	Atingiu	B1	NA
ODp9: % de sessões de coleta durante a semana e em período pós-laboral (OE 1; OE 3; OE 4)													3%			
INDICADORES		2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação		
9.1	% de sessões de coleta durante a semana	1,66	64,5%	63%	67%	73,8%	70%	5%	75%	100%	dezembro	74,7%	100%	Atingiu	B2	NA
ODp14: Promover a desmaterialização dos processos (OE 9; OE 10; OE 11)													3,0%			
INDICADORES		2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação		
14.1	Nº de impressos em papel substituídos por impressos/processos digitais RH	0	0	0	0	6	1	0	2	100%	dezembro	0	0%	Não atingiu	B2	4.1



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



ANO: 2019

Ministério da Saúde

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

ODp16: Centralizar a atividade analítica da Área do Sangue e Área da Transplantação (OE 9; OE 10; OE 11)

2,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
16.1	NA	NA	NA	NA	NA	12	1	10	100%	dezembro	11	100%	Atingiu

Nº de meses para preparação das sessões técnicas para caderno de encargos para a obra de empreitada para centralização dos processos analíticos

B5

NA

ODp17: Gestão do painel de dados no sentido da diversificação genética (OE 2; OE 5; OE 11)

2,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
17.1	ND	ND	ND	ND	25	26	5	32	100%	dezembro	49	133%	Superou

Nº de sessões de colheita realizadas em áreas de diversidade étnica

B1

NA

ODp18: Garantir a operacionalização atempada dos atos a que se refere o n.º 2 do art.º 16 da LOE (R)

75,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
18.1	NA	NA	NA	NA	NA	90	59	30	25%	dezembro	90	100%	Atingiu
18.2	NA	NA	NA	NA	NA	90%	9%	100%	75%	dezembro	85%	100%	Atingiu

Número máximo de dias até ao apuramento e comunicação do total de pontos SIADAP acumulados por todos os trabalhadores até 31/12/2018

Percentagem de colaboradores com processamento da valorização remuneratória no mês seguinte ao termo do seu processo de avaliação de desempenho

B4

4,3

B4

4,3

QUALIDADE

20%

ODp10: Promover e desenvolver a qualificação dos recursos humanos do IPST (OE 1, OE 2, OE 3, OE 4, OE 8, OE 10) (R)

45%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
10.1	0	0	0	2	2	15	3	19	50%	dezembro	13	100%	Atingiu

Nº de ações de formação não presencial

B5

NA



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



ANO: 2019

Ministério da Saúde

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

N.º de reuniões/ações do GFDV com os setores de Promoção dos CST's, e de ambos com organizações de Dadores de Sangue e Hospitais para melhorar as competências dos profissionais na Promoção da Dádiva de Sangue

10.2	1	2	3	6	49	45	7	56	50%	dezembro	96	155%	Superou	B2	NA
------	---	---	---	---	----	----	---	----	-----	----------	----	------	---------	----	----

OOp11: Reforçar a qualidade e segurança no domínio do sangue humano e componentes sanguíneos (OE 1; OE 8; OE 10) (R) 25%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
11.1 Percentagem de testes metrologicos efetuados	NA	99,4%	100%	100,0%	88%	90%	7%	98%	70%	dezembro	88,3%	100%	Atingiu
11.2 N.º de visitas técnicas aos serviços de medicina transfusional	27	25	27	24	18	21	3	25	30%	dezembro	18	100%	Atingiu



OOp12: Reorganizar a Rede de Coordenação de Colheita e Transplantação (OE 6) (R) 10,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
12.1 % de aumento da referenciação de doadores	NA	10%	6,2%	4,4%	69,4%	5%	1%	7%	100%	dezembro	14,9%	155%	Superou



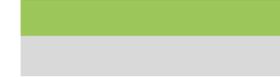
OOp13: Promover os registos dos imóveis no SIE (OE 11) 10,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
13.1 % de registos completos no SIE	0	0	0	0	90%	94%	5%	100%	100%	dezembro	100%	125%	Superou



OOp15: Implementação de uma logística de transporte adequada de Produtos Sanguíneos (OE 1; OE 10; OE 11) 10,0%

INDICADORES	2014	2015	2016	2017	2018	Meta 2019	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
15.1 Divulgação do procedimento operacional para acondicionamento e envio de plasma para fracionamento e/ou inativação viral dos hospitais para o IPST	NA	NA	NA	NA	NA	100%	0%	-	100%	dezembro	0%	0%	Não atingiu



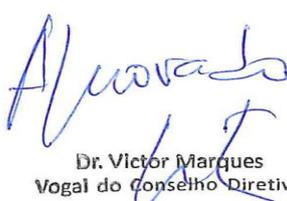
NOTA EXPLICATIVA

OE = Objetivo Estratégico; OOp = Objetivo Operacional; R = Relevante; E = Estimativa; NA = Não Aplicável; ND = Não Disponível; F = Apuramento Final.



c) Balanço Social

Também disponível em <http://ipst.pt/index.php/pt/bal-social>)

MINISTÉRIO DA SAÚDE	
BALANÇO SOCIAL	
Decreto-Lei nº 190/96, de 9 de Outubro	
2019	
 Dr. Victor Marques Vogal do Conselho Diretivo	
26 MAR. 2020	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO / ENTIDADE	
Código	2436
Serviço / Entidade: INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE	
E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP	
<p>Nota: Em caso de processo de fusão/reestruturação da entidade existente a 31/12/2019 indicar o critério adotado para o registo dos dados do Balanço Social 2019 na folha "critério"</p>	
NÚMERO DE PESSOAS EM EXERCÍCIO DE FUNÇÕES NO SERVIÇO	
(Não incluir Prestações de Serviços)	
Em 1 de Janeiro 2019	443
Em 31 de Dezembro 2019	467
<i>Contacto para eventuais esclarecimentos</i>	
Nome	BEATRIZ SANCHES
Tel:	210063010
E-mail:	beatriz,sanches@ipst.min-saude.pt
Data	25-03-2020

Notas Explicativas:

Em caso de processo de fusão/reestruturação da entidade existente a 31/12/2019 deverá ser indicado o critério adotado para o registo dos dados do Balanço Social 2019.

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 2019:

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 2019 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 2019****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: Contagem dos trabalhadores por grupo/cargo/carreira, segundo a modalidade de vinculação e género, em 31 de dezembro

Grupo/Categoria / Modalidade de Vinculação	Corpo Político/Auxiliado		Nomeação Definitiva		Nomeação Transitória por tempo determinado		Nomeação Transitória por tempo indeterminado		CT em Funções Públicas por tempo indeterminado		CT em Funções Públicas a termo resolutive certo		CT em Funções Públicas a termo resolutive incerto		Comissões de Serviço no âmbito do Código de Trabalho		CT por tempo indeterminado no âmbito do código de trabalho		Contrato a termo resolutive certo no âmbito do código de trabalho		Contrato a termo resolutive incerto no âmbito do código de trabalho		TOTAL		P. Serviços (Trabalho)		TOTAL P. Serviços			
	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	M	F	M	F
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos																														
Dirigência Superior a)																														
Dirigência Intermediária b)																														
Técnicos Superiores																														
Assistentes Técnicos																														
Assistente Operacional (Auxiliar de Apoio Médico)																														
Assistente Operacional (Operário)																														
Assistente Operacional (Outro)																														
Infermeiros																														
Pessoal de Investigação Científica																														
Doc. Ens. Universitários																														
Doc. Ens. Sup. Politécnicos																														
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário																														
Pessoal de Inspeção																														
Médicos																														
Enfermeiros																														
Téc. Superior de Saúde e Farmacêutico																														
Téc. Superior das Áreas de Engenharia e Topográfica																														
Outro Pessoal b)																														
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	135	1	7	0	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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	2	4
Assistente técnico			2	0	2
Assistente Operacional (Auxiliar de Acção Médica)					0
Assistente Operacional (Operário)					0
Assistente Operacional (Outro)			0	1	1
Informático					0
Pessoal de Investigação Científica					0
Doc. Ens. Universitário					0
Doc. Ens. Sup. Politécnico					0
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário					0
Pessoal de Inspecção					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	1	0	3	3	7

NOTAS:

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

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

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

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

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

Grupo/cargos/carreiras/ Médicos de família	Casamento		Proteção na parentalidade		Fracasso de família		Doença		Furto/violação em serviço ou doença profissional		Assistência a familiares		Trabalhador estudante		Por conta do período de licença		Com perda de vencimento		Compromisso de pena disciplinar		Greve		Injustificadas		Outras		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	M	F	
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos																												
Dirigente Superior (a)																													
Dirigente Intermediário (a)																													
Técnicos Superiores	0	15	0	227	0	5	2	79	0	22	6	37	13	0	3	25	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
Assistência Médica			40	154	5	20	71	471	0	242	0	21	11	12	13	34			1	11	3	0	18	33	162	988	1.160		
Assistência Operacional (Auxiliar de Ação Médica)					2	14	0	269	18	71	0	11			0	1			5	4					45	370	415		
Assistência Operacional (Operário)																													
Assistência Operacional (Outros)			0	17	5	20	161	707	124	153	27	2	6	6	2	7			22	19			12	1	233	932	1.235		
Informático							32	1		1	0	0	15	1	0				6	2			6	0	46	18	58		
Pessoal de Investigação Científica			15	0			31	0		1	0												5	0	51	0	51		
Doc. Esc. Universitário																													
Doc. Esc. Sup. Politécnico																													
Educ. Infância e Doc. do Ens. Básico e Secundário																													
Pessoal de Hospedagem																													
Médico					0	6	0	639		12	10				1	16			6	2			91	97	104	770	874		
Enfermeiro			84	511	2	19	77	502		0	2	36	35						7	35			14	77	220	1.181	1.411		
Téc. Superior de Saúde e Farmacêutico			0	159	0	2	0	124		0	21				2	1			6	1			36	92	35	400	438		
Téc. Superior das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica			109	211	1	19	158	813	194	176	1	28	0	4	1	5			21	40			65	73	550	1.495	2.009		
Outros Pessoal (b)																													
Total	0	15	231	1.314	15	105	531	2.613	356	664	48	144	60	72	21	90	0	0	56	115	3	0	355	533	1.706	5.715	8.421		

NOTAS:
 Considerar o total de dias contados de ausência ao trabalho de mês a dia.
 a) Considerar apenas os cargos operacionais, conforme os casos, ao regime definido pela Lei n.º 7/2004, de 15 de Janeiro (publicado pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro) ou no Código do Trabalho, bem como os cargos superiores nos Conselhos de Administração (Conselhos Direcionais) ou no Código do Trabalho;
 b) Considerar o total de efectivos inseridos em outras 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	4	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	F	12	6	0	3	3	0	1	0	0	0	0
Nº de acidentes de trabalho (AT) com baixa ocorridos no ano de referência	M	1				1						
	F	6				3	2					
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos no ano	M	38				38						
	F	325			58	267	169				169	
Nº de dias de trabalho perdidos por acidentes ocorridos em anos anteriores	M	0				0						
	F	0				0						

Notas:

Considerar os acidentes de trabalho registados num auto de notícia.
O "Nº total de acidentes" refere-se ao total de ocorrências, com baixa, sem baixa e mortais. O "Nº de acidentes mortais no cálculo dos dias de trabalho perdidos na sequência de acidentes de trabalho."

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

Casos de incapacidade	Nº de casos
Casos de incapacidade permanente:	5
- absoluta	0
- parcial	5
- absoluta para o trabalho habitual	0
Casos de incapacidade temporária e absoluta	9
Casos de incapacidade temporária e parcial	8
Total	22

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

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

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:	68	3.827 €
Exames de admissão	1	56 €
Exames periódicos	65	3.658 €
Exames ocasionais e complementares	2	113 €
Exames de cessação de funções	0	0 €
Despesas com a medicina no trabalho (*)		0 €
Visitas aos postos de trabalho	0	

Nota:

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

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

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

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

Segurança e saúde no trabalho reintegração profissional	Acções de	Número
Alteração das funções exercidas		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	71

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)		4.955,89 €
Equipamento de protecção (b)		3.064,22 €
Formação em prevenção de riscos (c)		1.305,00 €
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.