



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO⁽¹⁾

CONTRATO DE GESTÃO nº 03/2018

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA – HMISC

PERÍODO_COMPETÊNCIA DE 2022⁽²⁾

NOME DO HOSPITAL

Hospital Materno Infantil Santa Catarina, CNES nº 2594277, CNPJ nº 82.951.245/0001-69

ENDEREÇO

Rua Wenceslau Braz, nº 1015, Operária Nova, Criciúma/SC. CEP 88809-020.

Telefone: (48) 3445 8780

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS

CONTRATO DE GESTÃO

SES/SPG CG nº 03/2018_PSES nº 43024/2018, Apostilamento nº 03_PSES nº 158631/2021, 9º Termo Aditivo_PSES nº 2088/2022 e 5º Termo Aditivo_PSES nº 82267/2022.

Florianópolis, 12 de junho de 2023.

(1) Este Relatório de Avaliação de Competência de 2022 do HMISC baseia-se nos Relatórios Trimestrais de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais_GAEMC, referentes ao 1º trimestre_PSES nº 202454/2022; 2º trimestre_PSES nº 211089/2022; 3º trimestre_PSES nº 254283/2022 e 4º trimestre_PSES nº 44734/2023.

(2) Os Relatórios Trimestrais de 2022 contém o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pelo HMISC. Estes relatórios poderão ser localizados no PSES nº 171168/2022 (Janeiro), 171175/2022 (Fevereiro), 171176/2022 (Março), 180472/2022 (Abril), 180475/2022 (Maio), 180476/2022 (Junho), 191374/2022 (Julho), 200934/2022 (Agosto), 207686/2022 (Setembro), 229456/2022 (Outubro), 251960/2022 (Novembro) e 13574/2023 (Dezembro).

SUMÁRIO

	Página
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos e Apostilamentos ao CG 03/2018	5
3.2 Documentos de Referência	7
3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas	8
3.4 Indicadores de Qualidade Contratados	16
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL COMPETÊNCIA DE 2022	27
4.1 atendimentos de Urgências e Emergências (âmbito Hospitalar)	27
4.2 Assistência Hospitalar	29
4.3 Atendimento Ambulatorial	31
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo	37
4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial – Ano 2022	39
5- INDICADORES DE QUALIDADE COMPETÊNCIA DE 2022	40
5.1 Atenção ao Usuário	40
5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	41
5.3 Controle de Infecção Hospitalar	41
5.4 Mortalidade Operatória	42
5.5 Banco de Leite Humano	43
5.6 Rede Cegonha	44
5.7 Banco de Olhos	46
5.8 Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade – Ano 2022	48
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	48
6.1 Regras para Aferição das Metas de Produção e Indicadores de Qualidade	50
7- PARECER CONCLUSIVO	57

1 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL (<https://www.ideas.med.br/unidades-administradas/> revisado pelo HMISC em 25/11/2022).

O Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, está localizado na cidade de Criciúma, no Sul do Estado. A Organização Social – Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde (IDEAS), assumiu a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde do Hospital em 06 de janeiro de 2017, através de um contrato firmado com a Prefeitura Municipal de Criciúma/SC. A partir de novembro de 2018, em caráter emergencial, o contrato foi assumido pelo Governo do Estado de Santa Catarina, sendo formalizado em novembro de 2018 (Contrato de Gestão SES/SPG nº 03/2018).

No final de 2018, após um investimento que ultrapassou R\$ 2 milhões de reais, ocorreu a abertura oficial do prédio destinado às atividades obstétricas, possibilitando ao Hospital ser referência no atendimento Materno Infantil na região Sul de Santa Catarina. O Hospital passou a contar com 105 leitos, sendo 25 destinados à Maternidade, 13 à UTI Neonatal, 03 UTI Pediátrica, 25 de Clínica Cirúrgica, 29 de pediatria e 10 de UCI Neonatal.

O HMISC, com a ampliação, pode realizar também Atendimentos para Gestantes de Alto Risco e tornou-se efetivamente um Hospital Materno Infantil como idealizado desde a sua concepção, além de manter o Pronto Atendimento 24 h, passou a contar com Banco de Leite Humano e Banco de Olhos (este último até junho de 2022).

O Hospital realiza Atendimento Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Atendimentos Ambulatoriais de Baixa e Média Complexidade, em 21 especialidades médicas e em 04 especialidades não médicas.

A partir de outubro de 2019, iniciou o Serviço de Cirurgia por Vídeo, Cirurgias Eletivas Pediátricas, Ginecológicas e nas especialidades de Otorrinolaringologia e Bucomaxilofacial. Desde 2022, com a aquisição do Arco Cirúrgico (equipamento que produz imagens do corpo humano em tempo real), o Hospital que não possuía Serviço de Ortopedia, passou a ser referência na especialidade, realizando Cirurgias Ortopédicas de Média Complexidade.

Os dados a seguir são referentes ao mês de dezembro de 2022 e baseados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e em informações fornecidas pela gestão do HIMISC. Eles visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de análise do relatório da CAF, acesso no link abaixo:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4204602594277?comp=202212>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	515
2- Total de Leitos (incluindo UTI)	125
3- UTI Neonatal – Tipo II	20
4- UTI Pediátrica – Tipo II	10

5- Leitos Cirúrgicos Geral	05
6- Leitos Cirúrgicos Ginecologia	10
7- Leitos Cirúrgicos Ortopedia Traumatologia	01
8- Leitos Clínicos Geral	05
9- Leitos Clínicos Pediátricos	40
10- Leitos Cirúrgicos Pediátricos	04
11- Leitos Obstétricos Clínicos	17
12- Leitos Obstétricos Cirúrgicos	06
13- Leitos de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
14- Leitos de Isolamento	02
15- Centro Cirúrgico	03 salas
16- Sala de Recuperação Pós Anestésica	04 leitos
17- Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
18- Sala de Parto Normal	04
19- Sala de Pré-Parto (06 leitos)	01
SERVIÇOS DE APOIO	CARACTERÍSTICA
1- Ambulâncias	Terceiro
2- Banco de Leite	Próprio
3- Lactário	Próprio
4 -Farmácia	Próprio
5- Centro de Materiais e Esterilização_CME	Próprio
6- Lavanderia	Terceiro
7- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceiro
8- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	CARACTERÍSTICA
1- Laboratório	Terceiro
2- Serviço de Urgência/Emergência	Próprio
3- Terapia Nutricional	Próprio
4- Atenção as pessoas em situação de violência sexual	Próprio
5- Serviço de Atenção a Saúde Auditiva	Próprio
6- Transplante	Próprio
7- Serviço de Hemoterapia	Terceiro
8- Serviço de Reabilitação	Próprio
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO _SADT	CARACTERÍSTICA
1- Eletrocardiograma_ECG	Próprio
2- Endoscopia (Digestiva e vias Respiratórias)	Próprio
3- Radiologia	Próprio
4- Ressonância Magnética	Terceiro
5- Tomografia Computadorizada	Terceiro
6- Ultrassonografia (Convencional, com Doppler e Ecógrafo)	Próprio

7- Mamografia	Terceiro
8- Medicina Nuclear	Terceiro
9- Eletroencefalograma	Terceiro
10-Laparoscopia / Vídeo	Próprio

2 HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
CÓD	DESCRIÇÃO	ORIGEM	INÍCIO	FINAL
1901	Laqueadura	Local	02/2020	99/9999
2413	Banco de Tecido Ocular Humano	Nacional	10/2018	09/2023
2603	UTI II Pediátrica	Nacional	05/2007	99/9999
2696	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II – UTIN II	Nacional	05/2017	99/9999

3 COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO

3.1 Termos Aditivos e Apostilamentos ao CG nº 03/2018 (até dezembro 2022)

Nº do Termo Aditivo (TA) ou Apostilamento	Data da assinatura SGPE ou publicação no DOE de SC	CLÁUSULA 1º QUE TRATA DO OBJETO DO CONTRATO
1º Apostilamento	Assinatura 29/11/2018	Alteração de CNPJ da OS – IDEAS passará de CNPJ: 24.006.302/001-25 para CNPJ: 24.006.302/002-16 , relativo ao gerenciamento especificamente do Hospital Materno Infantil Santa Catarina. E retificação do item 4.1 – Anexo Técnico I – Plano de Trabalho – IV (Volume de Atividades Contratadas Pós – Conclusão do Objeto Pactuado no 1º Termo Aditivo ao Contrato 067/FMS/2017), “O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de 1.495 (mil, quatrocentos e noventa e cinco)”, leia-se: “O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de 1.395 (mil, trezentos e noventa e cinco)”.
3º Apostilamento	Assinatura 22/03/2022	As parcelas contratuais ficam reajustadas conforme Cláusula 6.5 do Contrato de Gestão nº 03/2018. Em decorrência do reajuste da parcela o valor mensal bruto será igual a R\$ 3.860.159,56 (três milhões, oitocentos e sessenta mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos), a partir de 1º de janeiro de 2022.
1º TA	DOE nº21.110 27/09/2019	O presente Termo Aditivo tem por objeto definir os critérios de funcionamento do Serviço de Banco de Olhos junto ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina, a ser efetivado pela Executora, de acordo com orientação da Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde, conforme Anexo I deste Termo. Fica retificada a redação da cláusula 5.4.1 do Contrato de Gestão nº 03/2018, conforme disposição a seguir: 5.4.1. Além do valor de custeio mensal mencionado no item 5.4, haverá o acréscimo

		de R\$ 74.000,00/mês (setenta e quatro mil reais) referente ao Serviço de banco de Olhos atualmente existente, cuja produção deverá ser de no mínimo 30 (trinta) doadores de tecido ocular por mês.
2º TA	DOE nº 21.110 27/09/2019	O presente Termo Aditivo tem por objeto restabelecer os Anexos Técnicos I – Descrição dos Serviços (Plano de Trabalho), II – Sistemática de Pagamento, bem como Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade (Sistemática de Avaliação), referente ao Contrato de Gestão nº 003/2018, para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, a partir de 1º de novembro de 2019.
3º TA	DOE nº 21.626 14/10/2021	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de R\$ 80.135,00 (oitenta mil, cento e trinta e cinco reais) à Organização Social IDEAS, para aquisição de 01 veículo (carro popular), 05 poltronas de amamentação, 01 Autoclave pequena vertical, 04 bombas extratoras de leite, 04 carrinhos hospitalar, para melhoria estrutural e atendimento ao Banco de Leite Humano Dr. Dino Gorini – Hospital Materno Infantil Santa Catarina.
4º TA	DOE nº 21.773 18/05/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recursos no valor de R\$ 2.069.104,00 (dois milhões, sessenta e nove mil e cento e quatro reais) à Organização Social IDEAS, oriundos de emendas parlamentares, conforme Portaria GM/MS nº 3.151/2019 e Portaria GM/MS nº 679/2020, para custeio e manutenção do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, de acordo com os Planos de Aplicação juntados às folhas 264 a 277 do Processo SES 22379/2020.
5º TA	DOE nº 21.784 02/06/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto a implantação de sete (07) leitos de UTI Neonatal no Hospital Materno Infantil Santa Catarina, devido à necessidade urgente da disponibilização de leitos de UTI na região sul do Estado. Para fins de investimento, será repassado o valor total de R\$ 1.716.639,28, em parcela única, sendo R\$ 1.496.458,22 destinados à aquisição de equipamentos e mobiliário, e R\$ 220.181,06 para obras e reforma, a contar da data de publicação no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Após a implantação dos referidos leitos, haverá a necessidade do acréscimo no custeio mensal no valor de R\$ 388.991,33, passando a parcela mensal de custeio para o valor total de R\$ 4.249.150,89
6º TA	DOE nº 21.815 18/07/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o reajuste do custeio do Contrato de Gestão nº 03/2018, aumentando o valor da parcela mensal para R\$ 4.444.518,84 (quatro milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e dezoito reais e oitenta e quatro centavos), a partir de 1º de julho de 2022, para fins de complementação de serviços médicos para o enfrentamento da situação de superlotação do pronto socorro do HMISC de acordo com SES 129482/2022.
7º TA	DOE nº 21.816 19/07/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o reajuste do custeio do Contrato de Gestão nº 03/2018, aumentando o valor da parcela mensal nos valores e nos termos abaixo elencados: a) R\$ 398.000,00 (trezentos e noventa e oito mil reais) mensais para a implantação de 11 leitos de enfermaria pediátricos (SES 129790/2022), a contar de 01/07/2022; b) R\$ 628.265,00 (seiscentos e

		<p>vinte e oito mil, duzentos e sessenta e cinco reais) para implantação de 07 leitos UTI pediátricos temporários (SES 131055/2022), pelo período de 03 meses, prorrogável por mais 03 se persistir a necessidade, a contar de 15/07/2022; c) R\$ 421.566,40 (quatrocentos e vinte e um mil, quinhentos e sessenta e seis reais e quarenta centavos) para custeio do aumento da demanda (SES 128959/2022), a contar de 01/07/2022.</p>
9º TA	DOE nº 21836 16/08/2022	<p>O presente Termo Aditivo tem por objeto a repactuação das metas assistenciais e indicadores de qualidade, alterando os Anexos Técnicos I, II e III, do 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018, firmado com o Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, para gerenciamento dos serviços de saúde no Hospital Materno Infantil Santa Catarina. As adequações das metas e indicadores de qualidade não resultarão em alteração financeira, mantendo-se dessa forma, o custeio mensal atual. No que se refere às Atividades Educacionais e Pesquisa, a Executora poderá desenvolver programas de Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório, regulamentado por Termo de Cooperação Técnica, que firmado com a SES, estará sob a gestão do Núcleo de Estágios da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. As adequações previstas nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022.</p>
10º TA	DOE nº 21.851 06/09/2022	<p>O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recursos financeiros, no valor de R\$ 315.586,69 (trezentos e quinze mil, quinhentos e oitenta e seis reais e sessenta e nove centavos), à Organização Social IDEAS, para execução de obra no Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, a fim de viabilizar a implantação de 07 leitos UTI Neonatal, de acordo com as especificações técnicas juntadas às folhas 69 a 71 do Processo SES 153214/2022.</p>

3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos no Ano de 2022 com a execução do Contrato de Gestão nº 03/2018, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Organização Social Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, com a interveniência da Secretaria de Estado da Administração (atualização feita pelo 2º Apostilamento ao CG nº 03/2018), para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272, de 28 de outubro de 2006 e atualizações.

Todas as prerrogativas contratuais presentes no corpo deste relatório, estão balizadas no Contrato de Gestão, devidamente publicado e passível de conferência no endereço eletrônico:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/organizacoes-sociais/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-vigentes/c-g-003-2018-hospital-materno-infantil-santa-catarina-em-criciuma-organizacao-social-ideas/14508-contrato-de-gestao-5/file>

O volume, a estrutura das atividades contratadas e as regras para pagamento encontram-se nos Anexos Técnicos I (Plano de Trabalho), II (Sistemática de Pagamento) e III (Metas de Produção e Indicadores de Qualidade) do CG nº 03/2018 e foram atualizadas através do 2º Termo Aditivo_ PSES nº 97364/2019 e 9º Termo Aditivo_ PSES nº 2088/2022 publicados e passíveis de conferência nos endereços eletrônicos:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/organizacoes-sociais/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-vigentes/c-g-003-2018-hospital-materno-infantil-santa-catarina-em-criciuma-organizacao-social-ideas/apostilamentos-e-terminos-aditivos-14/16061-2-ta-com-publicacao/file>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/organizacoes-sociais/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-vigentes/c-g-003-2018-hospital-materno-infantil-santa-catarina-em-criciuma-organizacao-social-ideas/apostilamentos-e-terminos-aditivos-14/20215-9-termo-aditivo-ao-cg-03-2018-hmisc/file>

3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas

O Relatório de Avaliação de Execução da Competência de 2022, baseia-se na estrutura e volume das atividades assistenciais repactuadas pelo 9º Termo Aditivo, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022 e que modificou os Anexos I, II e III do 2º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018 (pág. 03, 9º TA ao CG nº 03/2018).

“O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela Executora serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelo Órgão Supervisor” (pág. 3, 9º TA ao CG 03/2018).

A Executora atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades, conforme sua tipologia: unidade hospitalar, ambulatorial, ou outros (pág. 3, 9º TA ao CG 03/2018).

O Hospital deverá informar mensalmente as Metas de Produção (MP), que estão relacionadas à quantidade de assistência oferecida aos usuários e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade gerenciada.

As MP devem ser enviadas em relatórios oficiais e em arquivo eletrônico, até o dia 20 (vinte) de cada mês ao gestor estadual (SES). São consideradas como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa do contrato, o que corresponde a 90% do custeio mensal, os seguintes serviços (pág. 12, item 8.3, 9º TA ao CG 03/2018):

- MP I - Atendimento de Urgência e Emergência;
- MP II - Assistência Hospitalar;
- MP III - Atendimento Ambulatorial;
- MP IV - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

3.3.1 Atendimento de Urgência e Emergência

Para a Meta de Produção “**Atendimento de Urgência e Emergência**” para esta unidade Hospitalar, serão considerados os atendimentos do tipo “Livre Demanda” ou “Porta Aberta”, não programados, dispensados pelo Serviço de Urgência do Hospital 24 horas por dia, ininterruptamente, às pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou referenciada, atendendo também usuários encaminhados pela Central de Regulação de Urgências do SAMU e pelas Centrais de Regulação do Estado (pág. 14, item 2.3, 9º TA ao CG 03/2018).

“Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado de urgência e emergência” (pág. 14, item 2.4, 9º TA ao CG 03/2018).

Se, em consequência do atendimento de urgência, o paciente for colocado em regime de “observação”, por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (AIH), pág. 5, item 3.2.2, 9º TA ao CG 03/2018.

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **3.550 (três mil, quinhentos e cinquenta) atendimentos/mês de Urgência e Emergência**, observando a variação $\pm 15\%$.

SERVIÇO	META/MÊS
Atendimento de Urgência e Emergência	3.550
TOTAL	3.550

A produção acima deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento da Tabela 01, abaixo. A avaliação de cumprimento de meta e aferição financeira será realizada, conforme peso percentual e regra de avaliação definidos no Item 6 deste Relatório (Regras para Pagamento).

Para fins de aferição de meta serão considerados como Atendimentos de Urgência e Emergência os atendimentos referentes aos códigos 03.01.06.002-9 – *Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada* e 03.01.06.006-1 – *Atendimento de Urgência em Atenção Especializada*, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de atendimento do paciente no hospital, pág. 13-14, item 2.2, 9º TA ao CG 03/2018.

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	META/MÊS
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200
	Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30
	TOTAL	3.550

Tabela 01: Distribuição do quantitativo da MP para Atendimento de Urgência/Emg por procedimento.
Fonte: pág. 14, item 2.6, 9º TA ao CG 03/2018.

3.3.2 Assistência Hospitalar

“A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar”, pág. 6, item 4.1, 9º TA ao CG 03/2018. Estão incluídos na hospitalização:

- Assistência por equipe médica especializada;
- Assistência por equipes de enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, ou outra equipe de apoio técnico, em situação de excepcionalidade, que se fizer necessária;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento de complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, nos limites da capacidade instalada;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente e/ou quarto de isolamento;
- Diárias nas UTI – Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;

- Serviço de Hemoterapia para disponibilização de hemoderivados;
- Assistência no processo de Amamentação e disponibilização de leite humano, viabilizada por meio do Banco de Leite existente no hospital;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional, alimentação parenteral e enteral para pacientes e acompanhantes de mulheres em período de trabalho de parto, parto, pós-parto imediato; idosas que realizaram cirurgias eletivas e crianças;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes (Lei nº. 10.741 de 01/10/2003).

O Hospital deverá realizar para a Meta de Produção “Assistência Hospitalar”, o volume de **490 (quatrocentos e noventa) saídas hospitalares/mês**, observando a variação de $\pm 15\%$ ”, pág. 15, item 3.1, 9º TA ao CG 03/2018.

“O indicador de aferição será a saída hospitalar comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (MS)”, pág. 15, item 3.2.1, 9º TA ao CG 03/2018.

A produção de Assistência Hospitalar deverá ser realizada, mensalmente, distribuídas de acordo com a Tabela 02, a seguir:

MODALIDADE - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	
SERVIÇO	META/MÊS
Clínica Cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	105
TOTAL	490

Tabela 02: Grupos de Procedimentos relacionados à Assistência Hospitalar – Internação.

Fonte: pág. 16, item 3.6, 9º TA ao CG 03/2018.

Após a implantação dos leitos de **UTI Neonatal (5º Termo Aditivo)**, o Hospital deverá manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais distribuídos de acordo com a Tabela 03, a seguir:

MODALIDADE - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	
SERVIÇO	META/MÊS
Clínica Cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	115
TOTAL	500

Tabela 03: Grupos de Procedimentos relacionados à Assistência Hospitalar – Internação.

Fonte: pág. 16, item 3.7, 9º TA ao CG 03/2018.

As saídas Hospitalares da Clínica Cirúrgica mencionada na Tabela 03 (acima) deverão atender o quantitativo abaixo, conforme Tabela 04 (abaixo):

SAÍDAS HOSPITALARES CLÍNICA CIRÚRGICA	
ESPECIALIDADE	META/MÊS
Bucomaxilofacial Pediátrico	05
Cirurgia do Aparelho Geniturinário (Adulto e Pediátrico)	30
Cirurgia Ginecológica (Adulto e Pediátrico)	30
Cirurgia Pediátrica	40
Cirurgia Ortopédica (Pediátrica)	10
Otorrinolaringologia (Pediátrica)	20
TOTAL	135

Tabela 04: Saídas Hospitalares de Clínica Cirúrgica por especialidade.

Fonte: pág. 17, item 3.8, 9º TA ao CG 03/2018.

3.3.3 Atendimento Ambulatorial

Para a Meta de Produção do Atendimento Ambulatorial, o Hospital deverá realizar **1.285 (mil, duzentos e oitenta e cinco) atendimentos/mês**, tendo em vista os atendimentos realizados no Ambulatório: 995 consultas nas especialidades médicas e 290 consultas nas especialidades não médicas, observando a variação $\pm 15\%$ (pág. 17, item 4.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos do próprio Hospital. E, após pactuação, também poderão ser encaminhados pacientes pelas Centrais de Regulação do Estado e dos Municípios da Região do Sul, em especialidades

previamente definidas pelo Órgão Supervisor, com agendas ofertadas à Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório (pág.7, item 5.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Atendimento Ambulatorial compreende a primeira consulta; primeira consulta de egresso; interconsulta e consultas subsequentes. O Ambulatório deverá funcionar das 7 h às 17 h, no mínimo, de segunda a sexta-feira (pág. 8, itens 5.2 e 5.3, 9º TA ao CG nº 03/2018).

“A Executora deverá atender também demandas de especialidades não médicas, nas áreas de: Bucomaxilofacial, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia” (pág. 8, item 5.5, 9º TA ao CG nº 03/2018).

“Os atendimentos referentes a Processos Terapêuticos de Média e Longa duração, tais como: Psicoterapia e Fonoaudiologia, deverão ser registrados, a partir do 2º atendimento, como consultas subsequentes, desde que devidamente registrados em prontuário” (pág. 8, item 5.5.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Os atendimentos realizados pela Enfermagem e pelo Serviço Social não serão considerados no total de Atendimentos Ambulatoriais para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informados conforme as normas definidas pela SES/SC (pág. 8, itens 5.5.2 e 5.6, 9º TA ao CG nº 03/2018).

“Será considerada intervenção cirúrgica ambulatorial aqueles atos cirúrgicos realizados nas salas de pequenas cirurgias do hospital que não requeiram hospitalização nem a presença obrigatória do profissional médico anestesista e neles estão incluídos todos os procedimentos que sejam necessários realizar dentro do período de 15 dias subsequentes à intervenção cirúrgica propriamente dita” (pág. 9, item 5.7, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Para fins de aferição de meta serão considerados como Atendimentos Ambulatoriais em Especialidades Médicas, conforme Tabela 05, abaixo, os atendimentos referentes ao código 03.01.01.007-2 – *Consulta Médica em Atenção Especializada*, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia da consulta do paciente no Hospital (pág. 17, item 4.2, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Também para fins de aferição de meta serão considerados como Atendimentos Ambulatoriais em Especialidades Não Médicas os atendimentos relacionados na Tabela 06, abaixo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia da consulta do paciente no Hospital (pág. 17, item 4.3, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Para os atendimentos em Bucomaxilofacial (CBO 2232-68), Fonoaudiologia (CBO 223810), Nutrição (CBO 2237-10) e Psicologia (CBO 25.15-10/2515-20) será considerado o código 03.01.01.004-8 – *Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)*, de acordo com o CBO da especialidade (pág. 17, item 4.3.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Atendimento Ambulatorial possui um volume mensal quantificado para cada

procedimento/serviço especializado de acordo com as Tabelas 5-6, abaixo:

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - CÓDIGO 03.01.01.007-2	
ESPECIALIDADES MÉDICAS	META/MÊS
Alergia e Imunologia Pediátrica	10
Cardiologia Pediátrica	40
Cirurgia Geral (pós cirúrgicos de urgência) Adulto e Pediátrica	70
Cirurgia Ginecológica	100
Cirurgia Pediátrica	60
Dermatologia Pediátrica	10
Endocrinologia Pediátrica	15
Gastroenterologia Pediátrica	20
Genética por meio de Teleconsulta	10
Gestação de Alto Risco	280
Ginecologia / Mastologia	80
Infectologia Pediátrica	40
Infertilidade	10
Neonatologia	80
Neurologia Clínica Pediátrica	20
Oftalmologia Pediátrica	20
Ortopedia Pediátrica	50
Otorrino Pediátrica	40
Pneumologia Pediátrica	20
Urologia Pediátrica	20
TOTAL	995

Tabela 05: Atendimento Ambulatorial – Especialidades Médicas.

Fonte: págs. 18 e 19, item 4.11, 9º TA ao CG 03/2018.

CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS	
ESPECIALIDADES	META/MÊS
Bucomaxilofacial	20
Consulta Fonoaudiologia	210
Consulta Psicologia	30
Nutrição	30
TOTAL	290

Tabela 06: Atendimento Ambulatorial – Especialidades Não Médicas.

Fonte: pág. 19, item 4.12, 9º TA ao CG 03/2018.

“As Consultas Médicas e Não Médicas deverão ser informadas a SES, conforme público de Atendimento (Adulto ou Pediátrico), para fins de verificação das atividades realizadas no atendimento ambulatorial” (pág. 18, item 4.10, 9º TA ao CG nº 03/2018).

A produção Ambulatorial deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento conforme as Tabelas 05 e 06 acima. A avaliação de cumprimento de meta e aferição financeira será realizada semestralmente, conforme peso percentual e regra de avaliação definidos no Item 6 deste Relatório (Regras para Pagamento).

3.3.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **110 (cento e dez) exames/mês** observando a variação $\pm 15\%$.

Para fins de aferição de meta serão considerados como Exames Externos os procedimentos realizados em caráter eletivo, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia em que o paciente realizou o exame no Hospital. “O indicador de aferição será o quantitativo de exames realizados que serão acompanhados por meio dos Boletins Ambulatoriais conforme processamento e faturamento pelo Ministério da Saúde (MS)”, págs. 19 e 20, 9º TA ao CG 03/2018.

“O SADT Externo deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7 h às 17 h, no mínimo, disponibilizando exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da sua capacidade operacional, nas seguintes modalidades de exames” (pág. 20, item 5.3, 9º TA ao CG 03/2018):

SADT EXTERNO	
TIPO DE EXAME	META/MÊS
Biópsia de Colo Uterino	40
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55
Histeroscopia Diagnóstica	15
TOTAL	110

Tabela 07: SADT Externo – Exames e Procedimentos.

Fonte: pág. 20, item 5.5, 9º TA ao CG 03/2018.

Os Exames Externos deverão ser realizados, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento conforme a Tabela 07, acima. Para aferição da meta e cálculo de eventuais descontos, o cumprimento de meta será avaliado, conforme peso

percentual e regras definidas no Item 6 deste Relatório (Regras para Pagamento).

Visando o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão, bem como o cumprimento das regras e atividades assistenciais estabelecidas no Anexo Técnico II – Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Anexo Técnico III – Sistemática de Pagamento, a cada período de 06 (seis) meses, de acordo com o exercício financeiro, o Órgão Supervisor procederá a análise das Metas de Produção Assistencial das atividades realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas e realizará os descontos cabíveis, de acordo com o estabelecido no 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022 (pág. 42, itens 4.2 e 4.3, 9º TA ao CG nº 03/2018).

3.4 Indicadores de Qualidade Contratados

“Estes indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho do Hospital” (pág. 20, 9º TA ao CG 03/2018).

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, que deverão ser encaminhados até o dia 20 de cada mês. Estes indicadores poderão ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, visto que a complexidade dos indicadores é crescente e gradual, em proporção direta ao funcionamento da unidade.

Os Indicadores de Qualidade estão relacionados ao pagamento da parte variável do Contrato de Gestão, o que corresponde a 9 ou 10% do custeio mensal, podendo variar caso a unidade utilize 1% para investimento (pág. 22, item 3, 2º TA ao CG 03/2018).

A seguir estão descritos os Indicadores de Qualidade do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC), pág. 21, item 6.3, 9º TA ao CG 03/2018.

IQ I - Atenção ao Usuário;

IQ II - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

IQ III - Controle de Infecção Hospitalar;

IQ IV - Mortalidade Operatória;

IQ V - Banco de Leite Humano;

IQ VI - Rede Cegonha;

IQ VII - Banco de Olhos (*)

() As metas para o Indicador Banco de Olhos serão acompanhadas até o mês de junho de 2022. Durante os meses de julho e agosto ocorrerá o período de transição tendo em vista a mudança da estrutura física do Banco de Olhos, conforme o disposto no Processo SES nº 137524/2022.*

3.4.1 Atenção ao Usuário

Destina-se à avaliação da qualidade dos serviços do atendimento hospitalar pelos pacientes e acompanhantes. A Pesquisa de Satisfação do Usuário será avaliada através de um questionário padrão que deverá ser aplicado mensalmente, por equipe capacitada, para pacientes e acompanhantes de pacientes, divididos em 4 grupos de usuários a serem pesquisados (Tabela 8), págs. 21-22, itens 6.4 e 6.4.1, 9º TA ao CG 03/2018.

Este Indicador será avaliado por meio do percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados e pelo nível de satisfação dos usuários.

A pesquisa será registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, abrangendo 10% do total de pacientes em cada área de atendimento. A avaliação do cumprimento desta meta será realizada trimestralmente. As planilhas com a consolidação das informações dos grupos pesquisados deverá ser enviada ao Órgão Supervisor até o dia 20 do mês imediatamente subsequente.

3.4.1.1 Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados

Este Indicador tem por finalidade avaliar a relação entre o número total de atendimentos ambulatoriais e hospitalares e o número de pacientes/acompanhantes entrevistados.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pesquisas Realizadas no Grupo}}{N^{\circ} \text{ Total de pacientes ou acompanhantes do Grupo}} \times 100$$

Nº Total de pacientes ou acompanhantes do Grupo

Meta: realizar pesquisa com, pelo menos, 10% de pacientes ou acompanhantes de cada grupo, conforme o público-alvo definido para este Indicador:

IQ I ATENÇÃO AO USUÁRIO	
SETORES PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (PSU)	% DE PSU MÊS
A Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	10% do total de atendimentos
B Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	10% do total de atendimentos
C Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial ou SADT Externo	10% do total de atendimentos
D Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	10% do total de atendimentos

Tabela 8: Indicador de Satisfação do Usuário – Setores para aplicação da pesquisa.

Fonte: pág. 21-22, item 6.4.1, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.1.2 Nível de Satisfação dos Entrevistados

Este Indicador tem por finalidade avaliar o grau de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Manifestação "Muito Satisfeito" + "Satisfeito"}}{N^{\circ} \text{ Total de manifestações}} \times 100$$

Meta: alcançar, pelo menos, 90% de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados no total dos grupos.

A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações referentes à Pesquisa de Satisfação contendo os dados e resultados da pesquisa.

O Indicador de Qualidade Atenção ao Usuário será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, **a partir de julho de 2022**, a fim de que a Unidade possa reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas (pág. 21-22, item 6.4, 9ºTA ao CG 03/2018).

3.4.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

“A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar. A meta deste Indicador é atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência” (pág. 22, item 6.5, 9º TA ao CG 03/2018).

Na Tabela 9 (abaixo), segue a meta para este indicador e os grupos com a variação percentual de cumprimento da meta para aferição financeira.

IQ II	AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
A	100% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar
B	Menos de 100% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar

Tabela 9: Indicador de Apresentação de AIH – Variação % para avaliação do cumprimento da meta.

Fonte: pág. 23, item 6.5, 9º TA ao CG 03/2018.

“A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, os registros relativos às

Saídas Hospitalares. A Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais Relatório Oficiais da Apresentação de Autorização Hospitalar” (pág. 23, 9º TA ao CG 03/2018).

3.4.3 Controle de Infecção Hospitalar

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores a serem monitorados que incluem: densidade de infecção hospitalar em UTI Pediátrica e Neonatal; densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI Pediátrica e Neonatal; taxa de utilização de cateter venoso central na UTI Pediátrica e Neonatal (pág. 23, item 6.6, 9º TA ao CG 03/2018).

A seguir as definições dos indicadores de Infecção Hospitalar:

- Densidade de infecção hospitalar em UTI Pediátrica/Neonatal: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes-dia da UTI no mês, multiplicado por 1000.
- Densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central em Pediátrica/Neonatal: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes-dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000.
- Taxa de utilização de cateter venoso central na Pediátrica/Neonatal: número de pacientes com cateter central-dia no mês dividido por número de pacientes-dia no mesmo período.

“Os critérios adotados para a avaliação deste indicador são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control)-EUA. Obs: As infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepses clínicas” (pág. 24, item 6.6.1, 9º TA ao CG 03/2018).

As informações relativas à UTI Neonatal devem ser apresentadas conforme a estratificação de peso:

- UTI Neo \leq 1000 g
- UTI Neo 1001 – 1500 g
- UTI Neo 1501 – 2500 g
- UTI Neo $>$ 2500 g

“A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI’s Pediátrica e Neonatal que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias” (pág. 23, 9º TA ao CG 03/2018).

A Tabela 10 (abaixo), apresenta a meta para este indicador e os grupos com a variação percentual de cumprimento da meta para aferição financeira.

IQ III	CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
A	Envio de relatório no prazo estabelecido, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI’s Pediátrica e Neonatal que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.
B	Não envio de Relatório no prazo estabelecido / Envio de Relatório com ausência das informações necessárias.

Tabela 10: Indicador de Controle de Infecção Hospitalar – Variação % para avaliação da meta.

Fonte: pág. 24, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.4 Mortalidade Operatória

O Indicador de Mortalidade Operatória (IMO) objetiva avaliar a qualidade da assistência por meio do desempenho assistencial na área de cirurgia, mensurado pela Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5, da Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

Estes dados devem ser enviados através de relatórios mensais, com análise deste índice elaborada pela Comissão de Revisão de Óbitos. A meta deste indicador deve estar dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, novembro 2012), pág. 25-26, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.4.1 Conceitos do Indicador de Mortalidade Operatória

A taxa de mortalidade operatória é a relação percentual entre o número de óbitos intra hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.

$$\frac{\text{Nº de óbitos durante ou até 7 dias após cirurgia}}{\text{Nº pacientes submetidos a cirurgia}} \times 100$$

3.4.4.2 Taxa de Mortalidade Operatória e Classificação do Estado Físico da ASA (Average Score of Anesthesiology)

Os critérios adotados a seguir são os estabelecidos pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5.

As informações enviadas pelo Hospital referente ao IMO seguirá os parâmetros abaixo de avaliação (Tabelas 11 e 12):

IQ IV	IMO – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA
A	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (Novembro/2012). ASA I = 0 a 0,1% ASA II = 0,3 a 5,4% ASA III = 1,8 a 17,8% ASA IV = 7,8 a 65,4% ASA V = 9,4 a 100%
B	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela Agência Nacional de Saúde (Novembro/2012).

Tabela 11: Taxa de Mortalidade Operatória – Classificação ASA (ANVISA, 2012).

Fonte: ANVISA, MS, Taxa de Mortalidade Cirúrgica – novembro de 2012; pág. 26, 9º TA ao CG 03/2018.

ESTADO FÍSICO DO PACIENTE DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA-1	Paciente saudável
ASA-2	Paciente com doença sistêmica leve
ASA-3	Paciente com doença sistêmica grave
ASA-4	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida
ASA-5	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia

Tabela 12: Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5.

Fonte: ANVISA, MS, Taxa de Mortalidade Cirúrgica – novembro de 2012; pág. 26, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.5 Banco de Leite Humano

Este Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Leite Humano do Hospital. A meta é atender mensalmente, os quantitativos que constam na Tabela 13, abaixo (pág. 27, 9º TA ao CG 03/2018):

IQ V	INDICADORES DO BANCO DE LEITE HUMANO	Meta Mês
1.	Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestação de Alto Risco do ambulatório do HMISC	01

2. Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explicar os as dúvidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10
3. Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10
4. Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15
5. Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20
6. Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15
7. Quantidade de exames microbiológicos realizados	100
8. Quantidade de crematócritos realizados	100
9. Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100
10. Quantidade de litros recebidos/mês	30
11. Quantidade de litros pasteurizados/mês	30
12. Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10

Tabela 13: Indicadores Banco de Leite Humano.

Fonte: pág. 27, item 6.8, 9º TA ao CG 03/2018.

Os Indicadores do Banco de Leite Humano serão calculados, conforme a fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Quantidade Realizada}}{\text{Quantidade Contratada}} \times 100$$

A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas a este Indicador.

3.4.6 Rede Cegonha

Este Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio dos Indicadores da Rede Cegonha, Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico para Gestantes de Alto Risco em Acompanhamento no PNAR (Pré-natal de Alto Risco) e Taxas relacionadas à Rede Cegonha.

3.4.6.1 Indicadores da Rede Cegonha

Meta: atender, mensalmente aos quantitativos previsto na Tabela 14, abaixo.

IQ VI INDICADORES REDE CEGONHA	Meta Mês
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280

Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) até a 20ª semana de gestação	84
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) entre a 28ª e 36ª semana de gestação	84
Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15

Tabela 14: Indicadores da Rede Cegonha.

Fonte: pág. 28, item 6.9.1, 9º TA ao CG 03/2018.

Os Indicadores da Rede Cegonha serão calculados, conforme a fórmula abaixo:

Quantidade Realizada

$\times 100$

Quantidade Contratada

3.4.6.2 Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto Risco em Acompanhamento no PNAR

Meta: apresentar, mensalmente, tempo médio de permanência de 5 dias para tratamento clínico de gestantes de alto risco. O cálculo será realizado, conforme fórmula abaixo:

*Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR **Contratado**.*

$\times 100$

*Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR **Realizado**.*

INDICADORES REDE CEGONHA	
Tempo médio de permanência para tratamento clínico	Meta Mês
Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	5 (dias)

Tabela 15: Indicadores da Rede Cegonha - Média de permanência - Tratamento clínico.

Fonte: pág. 28, item 6.9.2, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.6.3 Taxas relacionadas à Rede Cegonha

Meta: atender, mensalmente, as taxas conforme as metas contratadas de acordo com a Tabela 16, abaixo.

INDICADORES REDE CEGONHA	
Taxas relacionadas	Meta Mês
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10%

Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	≥ 50%
Taxa de APGAR no 5º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	≥ 50%
Taxa de infecção no sítio cirúrgico de pacientes gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que tiveram parto cesariana	≤ 10%
Taxa de inserções do DIU no pós-parto/pós-abortamento nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 25%
Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≤ 2%
Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR	≤ 2%
Taxa de partos cesarianas em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25%
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25%
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10%

Tabela 16: Indicadores Rede Cegonha - Taxas.

Fonte: pág. 29, item 6.9.3, 9º TA ao CG 03/2018.

A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas à Rede Cegonha.

3.4.7 Banco de Olhos

O Indicador para Banco de Olhos tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Olhos do Hospital e será avaliado, mensalmente, por meio dos Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos, Avaliação Positiva para Transplante Óptico e Entrevistas com Familiares.

Este indicador será acompanhado **até o mês de junho de 2022**. Durante os meses de julho e agosto de 2022 ocorrerá o período de transição, ocasião na qual a Unidade adotará as providências necessárias, em conjunto com a GETRA (Gerência de Transplantes), para a transferência do serviço, conforme o disposto no Processo SES nº 137524/2022.

A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, as informações relacionadas aos indicadores e a relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos.

3.4.7.1 Indicadores Quantitativos do Banco de Olhos

Meta: atender, mensalmente os quantitativos previstos na Tabela 17, abaixo.

IQ VII INDICADORES BANCO DE OLHOS	Meta Mês
Quantidade de córneas captadas	20
Quantidade de córneas preservadas	20
Quantidade de córneas desprezadas por mal retirada	05
Contagem de células endoteliais	20
Captação de globos oculares (40 doadores)	80

Tabela 17: Indicadores Quantitativos Banco de Olhos.

Fonte: pág. 35, 9º TA ao CG 03/2018.

Cálculo:

$$\frac{\textit{Quantidade Realizada}}{\textit{Quantidade Contratada}} \times 100$$

3.4.7.2 Avaliação Positiva para Transplante Óptico

Meta: apresentar, mensalmente, o resultado de avaliação positiva para transplante Óptico em, pelo menos, 65% (sessenta e cinco por cento) dos tecidos oculares doados e captados.

INDICADORES BANCO DE OLHOS Taxa de utilização	Meta Mês
Taxa de utilização da córnea após encaminhamento a Central	≥ 65,00%

Tabela 18: Indicadores Banco de Olhos – Avaliação Positiva para Transplante Óptico.

Fonte: pág. 36, 9º TA ao CG 03/2018.

Cálculo:

$$\frac{\textit{Nº tecido ocular doado e captado com avaliação positiva para transplantes}}{\textit{Nº total de tecido ocular doado e captado}} \times 100$$

3.4.7.3 Entrevistas com Familiares

Meta: apresentar, mensalmente, pelo menos, 65% (sessenta por cento) de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular.

INDICADORES BANCO DE OLHOS Doação de tecido	Meta Mês
Autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular	≥ 65,00%

Tabela 19: Indicadores Banco de Olhos – Entrevistas com Familiares.

Fonte: pág. 36, 9º TA ao CG 03/2018.

Cálculo:

Nº de autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular

x 100

Nº total de entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular

3.4.7.4 Faturamento da Produção do Banco de Olhos

Meta: lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de faturamento via SUS utilizando os códigos da Tabela 20, abaixo:

PROCEDIMENTOS
05.03.03.005-8 – Retirada de globo ocular uni/bilateral (para transplante)
05.04.01.003-4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea
05.03.04.006-1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
05.04.01.001-8 – Contagem de células endoteliais da córnea
05.06.01.005-8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes
07.02.12.006-5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ml)

Tabela 20: Indicadores Banco de Olhos – Faturamento da Produção do Banco de olhos.

Fonte: pág. 37, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.7.5 Relatórios – Qualidade da Informação

Meta: encaminhar, mensalmente, para a Gerência de Transplantes/SES as informações relacionadas na Tabela 21, abaixo:

INFORMAÇÕES
Número de potenciais doadores de tecido ocular (pacientes em morte por parada cardíaca) da Região Sul, detalhado por Instituição e Município
Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contraindicações clínicas)
Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão (autorização ou não autorização familiar)
Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município
Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos
Número de globos oculares processados
Número de descartes e motivo
Justificativa caso a meta mensal não seja atingida

Tabela 21: Indicadores Banco de Olhos – Relatórios – Qualidade da informação.

Fonte: pág. 37, 9º TA ao CG 03/2018.

A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, comprovante de envio das informações para a Gerência de Transplantes/SES, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (pág. 38, 9º TA ao CG nº 03/2018).

4 METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL COMPETÊNCIA 2022

O Hospital deverá informar mensalmente as Metas de Produção (MP), que estão relacionadas à quantidade de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

Os Relatórios da GAEMC com os dados semestrais poderão ser localizados no Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos – SGPE, Processo SES nº 211089/2022, referente ao 2º trimestre e 1º semestre de 2022 e SES nº 44734/2023, referente ao 4º trimestre e 2º semestre de 2022.

A seguir estão os serviços que compõem as “Metas de Produção Assistencial” ou metas quantitativas com os Quadros e Gráficos que demonstram a série histórica da produção do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC) em comparação com as metas contratadas, conforme o Contrato de Gestão nº 03/2018 e o 9º Termo Aditivo, referentes ao Ano de 2022.

4.1 Atendimentos de Urgências e Emergências (âmbito Hospitalar)

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **3.550 (três mil, quinhentos e cinquenta) atendimentos/mês de Urgência e Emergência**, observando a variação $\pm 15\%$.

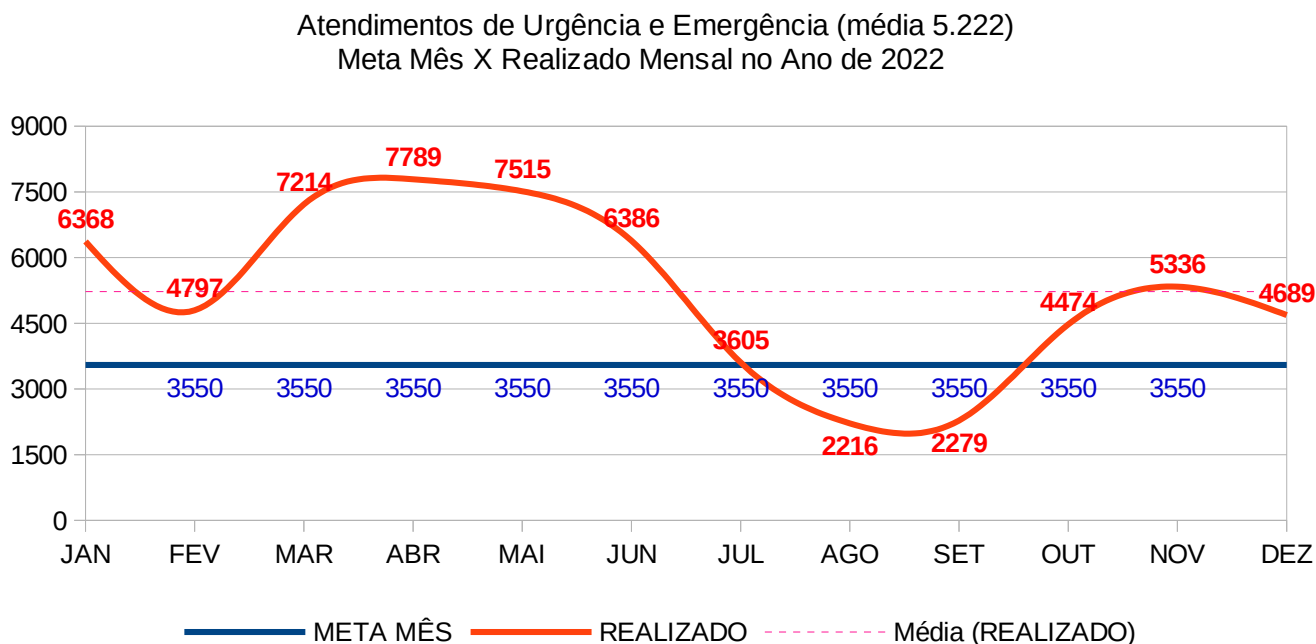
A produção acima deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento. Segue abaixo no quadro 01, a série histórica com o quantitativo mensal realizado pelo Hospital no Ano de 2022.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – ANO DE 2022													
CÓDIGO / PROCEDIMENTO	META MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
03.01.06.002-9_ Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320	471	381	561	605	608	473	331	285	309	473	447	394
03.01.06.006-9_ Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200	5.895	4.413	6.652	7.184	6.907	5.913	3.274	1.930	1.907	3.913	4.803	4.173
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30	2	3	1	0	0	0	0	1	63	88	86	122
TOTAL	3.550	6.368	4.797	7.214	7.789	7.515	6.386	3.605	2.216	2.279	4.474	5.336	4.689

Quadro 01: Série Histórica dos Atendimento de Urgência e Emergência no Ano de 2022.
Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 01 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica dos Atendimentos de Urgência e Emergência com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 5.222 atendimentos.

Gráfico 01



Segue abaixo no quadro 2, o percentual de cumprimento da meta por procedimento dos Atendimentos de Urgência e Emergência no Ano de 2022.

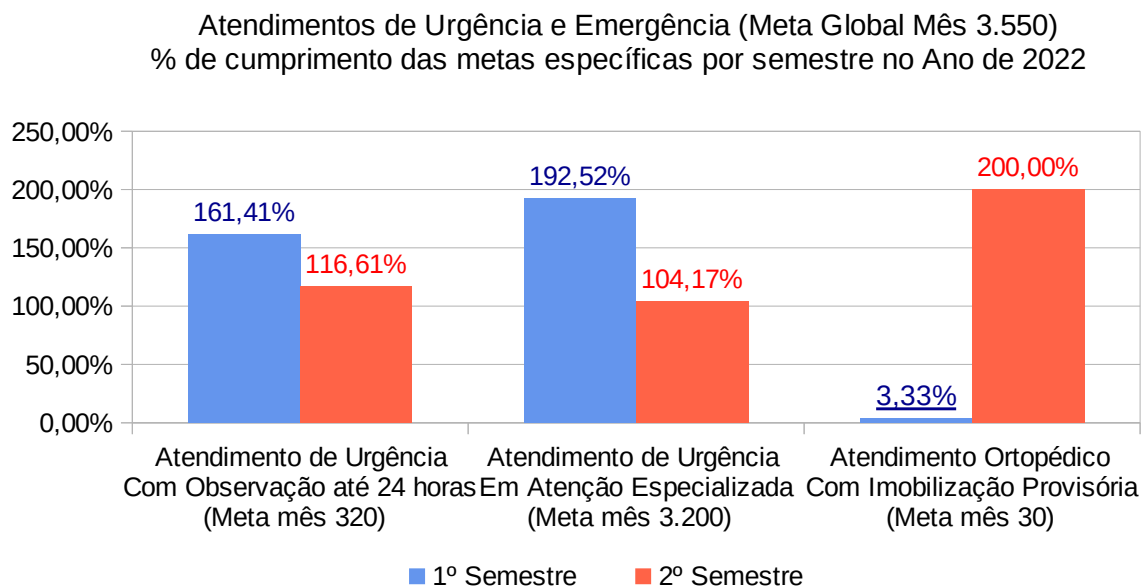
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – ANO DE 2022			
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
03.01.06.002-9_ Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320	161,41%	116,61%
03.01.06.006-9_ Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200	192,52%	104,17%
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30	3,33%	200,00%
TOTAL	3.550	188,12%	106,10%

Quadro 02: % de cumprimento da meta dos Atendimento de Urgência e Emergência no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 02 (abaixo), segue o resultado dos Atendimentos de Urgência e Emergência por código/procedimento, em cada semestre de 2022.

Gráfico 02



4.2 Assistência Hospitalar

Para a Meta de Produção “Assistência Hospitalar”, o Hospital deverá realizar **490 (quatrocentos e noventa) saídas hospitalares/mês**, observando a variação de $\pm 15\%$ (pág. 15, item 3.1, 9º TA ao CG 03/2018).

Em 21/09/2022 ocorreu a implantação de 10 leitos de UTI Neonatal (PSES 82267/2022, fl. 285), assim à meta da clínica pediátrica passou de 105 para 115 atendimentos mês, totalizando **500 (quinhentos) atendimentos na Assistência Hospitalar**. Com isso, a meta do mês de setembro foi realizada proporcionalmente a 20 dias com a meta 105 atendimentos e 10 dias com a meta de 115 atendimentos.

Segue abaixo no quadro 3, a série histórica com o quantitativo mensal realizado pelo Hospital no Ano de 2022, por tipo de Clínica.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – ANO DE 2022													
CLÍNICAS HOSPITALARES	META MÊS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Clínica Cirúrgica	135	182	186	262	250	238	212	230	180	163	179	180	157
Clínica Médica	30	31	45	51	58	58	47	26	46	37	47	48	55
Clínica Obstétrica	220	224	228	284	251	287	281	262	245	225	219	210	225

Clínica Pediátrica*	105 / 115	161	183	203	192	218	189	209	185	135	109	138	119
TOTAL	490 / 500	598	642	800	751	801	729	727	656	560	554	576	556

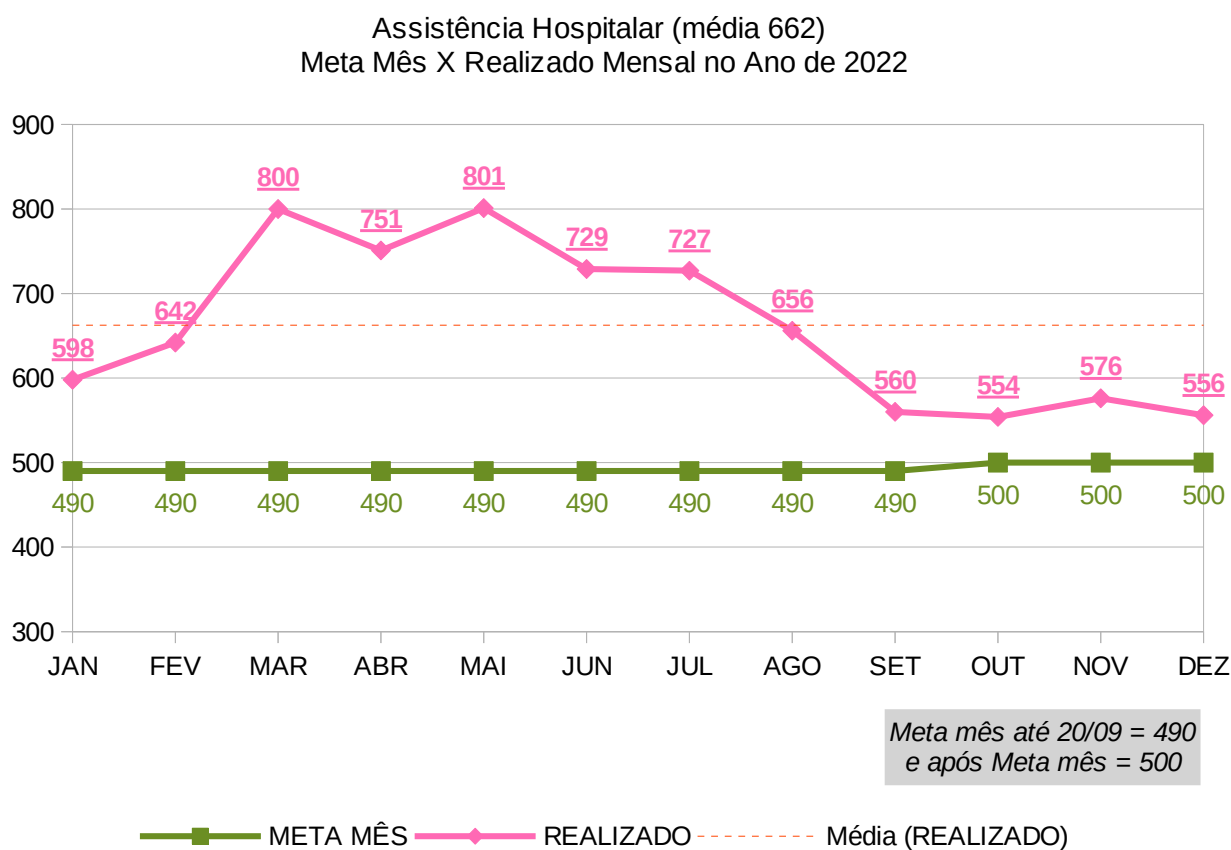
Quadro 03: Série Histórica da Assistência Hospitalar no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

* 9º TA – Após a implantação de 10 leitos de UTI Neonatal que ocorreu em 21/09/22 (PSES 82267/2022, fl. 285), a meta da clínica pediátrica passou a ser de 115 atendimentos mês, totalizando 500 atendimentos na Assistência Hospitalar. Com isso, a meta do mês de setembro foi realizada proporcionalmente a 20 dias com a meta 105 atendimentos e 10 dias com a meta de 115 atendimentos.

No Gráfico 03 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica da Assistência Hospitalar com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 662 atendimentos.

Gráfico 03



Segue abaixo no quadro 4, o percentual de cumprimento da meta por tipo de clínica na Assistência Hospitalar no Ano de 2022.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – ANO DE 2022			
CLÍNICAS HOSPITALARES	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
Clínica Cirúrgica	135	164,20%	134,44%
Clínica Médica	30	161,11%	143,89%

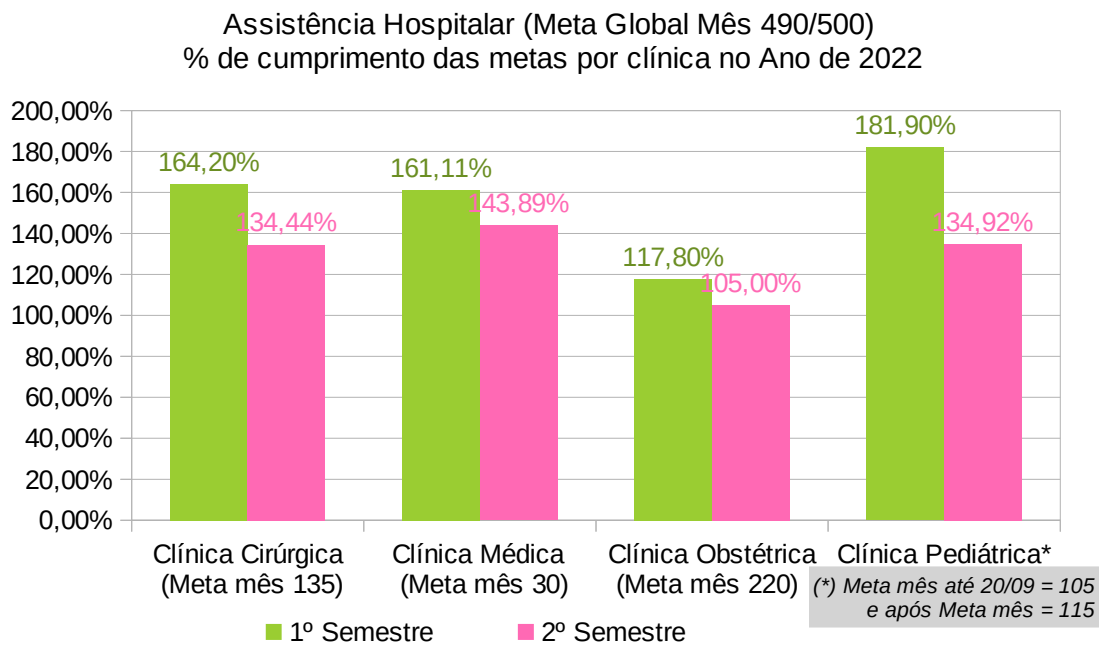
Clínica Obstétrica	220	117,80%	105,00%
Clínica Pediátrica*	105/115	181,90%	134,92%
TOTAL	490/500	146,97%	122,05%

Quadro 04: % de cumprimento da meta por tipo de clínica na Assistência Hospitalar no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 04 (abaixo), segue o resultado na Assistência Hospitalar por tipo de clínica, em cada semestre do ano de 2022.

Gráfico 04



4.3 Atendimento Ambulatorial

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **1.285 (mil, duzentos e oitenta e cinco) atendimentos/procedimentos/mês** (995 consultas nas especialidades médicas e 290 consultas nas especialidades não médicas), observando a variação $\pm 15\%$, pág. 17, item 4.1, 9º TA ao CG nº 03/2018.

Segue no quadro 5 abaixo, o quantitativo de Atendimento Ambulatorial realizado pelo Hospital na Competência de 2022, por especialidade Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ANO DE 2022													
ESPECIALIDADES MÉDICAS	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	0	0	21	18	0	22	0	0	0	0	0	0
Cardiologia Pediátrica	40	24	14	25	43	41	35	43	46	27	43	30	33

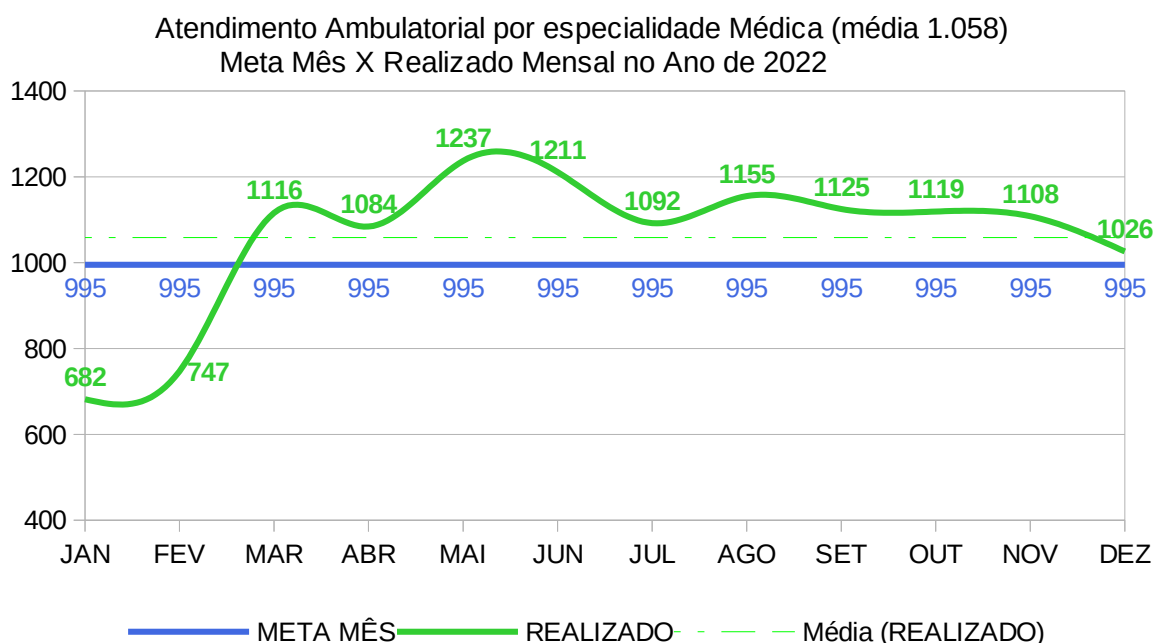
Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	70	87	72	109	131	126	91	60	84	88	96	78	75
Cirurgia Ginecológica	100	51	113	133	87	102	104	71	74	100	100	95	100
Cirurgia Pediátrica	60	39	37	52	70	72	68	83	93	42	83	65	56
Dermatologia Pediátrica	10	1	3	9	17	6	18	10	16	10	11	8	10
Endocrinologia Pediátrica	15	1	24	13	8	36	20	26	21	31	17	9	21
Gastroenterologia Pediátrica	20	13	17	30	21	33	29	50	21	27	12	15	17
Genética por teleconsulta	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	12	15
Gestação de Alto Risco	280	275	268	404	336	394	428	366	471	386	408	464	359
Ginecologia/ Mastologia	80	41	55	73	85	78	105	100	85	89	74	78	79
Infectologia Pediátrica	40	14	18	18	17	19	11	11	13	16	12	19	8
Infertilidade	10	0	0	0	0	0	7	11	5	8	7	3	0
Neonatologia	80	57	30	76	58	85	99	69	47	136	68	66	75
Neurologia Pediátrica	20	17	20	23	24	18	16	20	19	18	16	19	20
Oftalmologia Pediátrica	20	19	9	24	25	46	20	21	16	20	22	19	9
Ortopedia Pediátrica	50	0	27	7	61	91	52	57	54	59	69	49	59
Otorrino Pediátrica	40	17	20	58	36	45	44	46	47	29	36	40	40
Pneumologia Pediátrica	20	10	14	7	25	24	21	26	18	25	19	15	24
Urologia Pediátrica	20	16	6	34	22	21	21	22	25	14	17	24	26
TOTAL	995	682	747	1.116	1.084	1.237	1.211	1.092	1.155	1.125	1.119	1.108	1.026

Quadro 05: Série Histórica do Atendimento Ambulatorial por especialidade médica no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 05 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica do Atendimento Ambulatorial por especialidade médica com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 1.058 atendimentos.

Gráfico 05



Segue abaixo no quadro 6, o percentual de cumprimento da meta por especialidade médica no Atendimento Ambulatorial no ano de 2022.

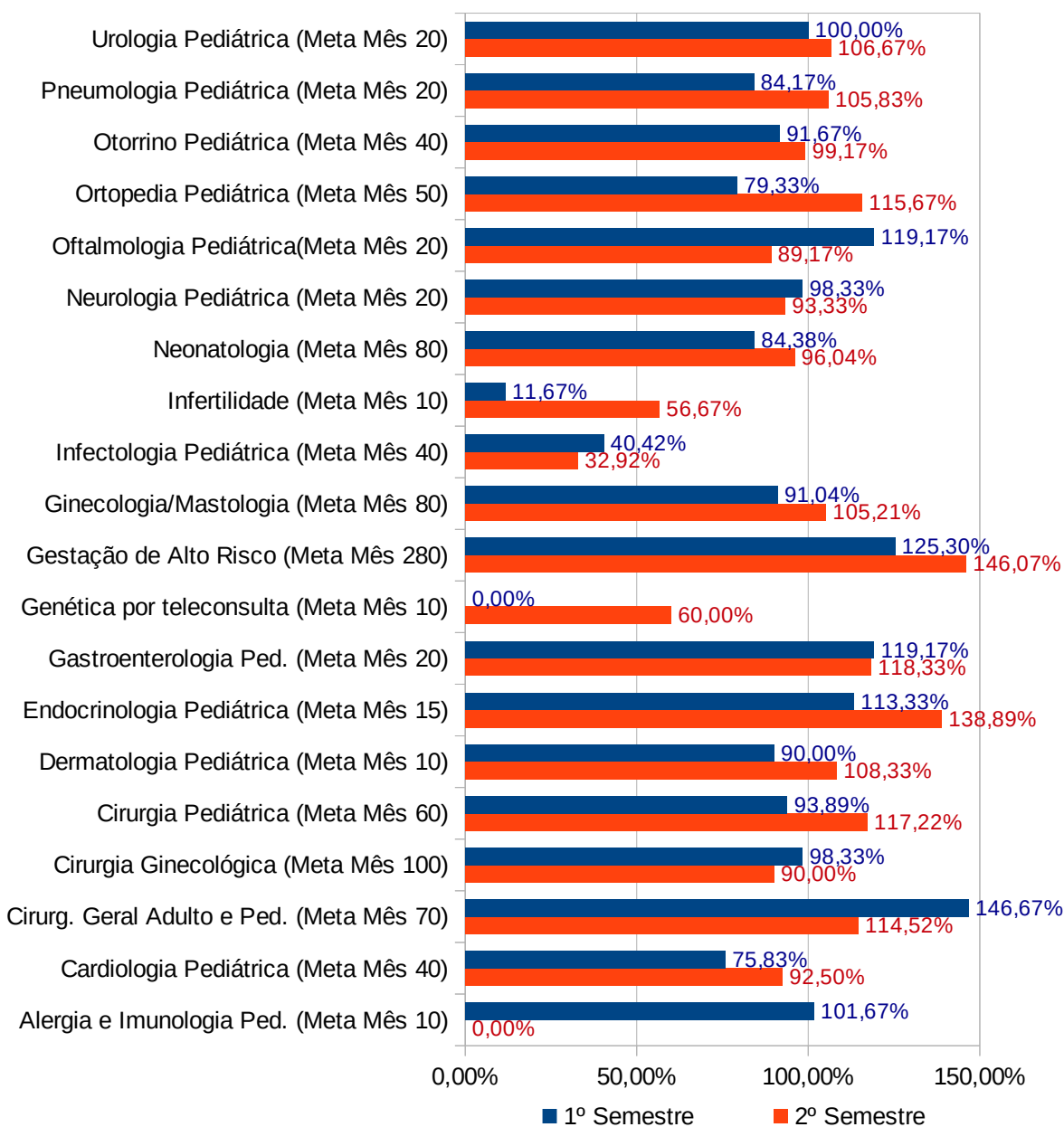
CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - ANO DE 2022			
ESPECIALIDADES MÉDICAS	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	101,67%	0,00%
Cardiologia Pediátrica	40	75,83%	92,50%
Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	70	146,67%	114,52%
Cirurgia Ginecológica	100	98,33%	90,00%
Cirurgia Pediátrica	60	93,89%	117,22%
Dermatologia Pediátrica	10	90,00%	108,33%
Endocrinologia Pediátrica	15	113,33%	138,89%
Gastroenterologia Pediátrica	20	119,17%	118,33%
Genética por teleconsulta	10	0,00%	60,00%
Gestação de Alto Risco	280	125,30%	146,07%
Ginecologia/ Mastologia	80	91,04%	105,21%
Infectologia Pediátrica	40	40,42%	32,92%
Infertilidade	10	11,67%	56,67%
Neonatologia	80	84,38%	96,04%
Neurologia Pediátrica	20	98,33%	93,33%
Oftalmologia Pediátrica	20	119,17%	89,17%
Ortopedia Pediátrica	50	79,33%	115,67%
Otorrino Pediátrica	40	91,67%	99,17%
Pneumologia Pediátrica	20	84,17%	105,83%
Urologia Pediátrica	20	100,00%	106,67%
TOTAL	995	101,79%	110,97%

Quadro 06: % de cumprimento da meta por especialidade médica no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

A seguir, no Gráfico 06, a representação do percentual de cumprimento da meta na Competência de 2022, para Consultas Médicas Ambulatoriais por especialidades médicas.

Atendimento Ambulatorial (Meta Global Mês 995)
% de cumprimento das metas por especialidade médica no Ano de 2022



Segue no quadro 7 abaixo, o quantitativo de Atendimento Ambulatorial realizado pelo Hospital na Competência de 2022, por especialidade Não Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS - ANO DE 2022													
ESPECIALIDADES	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Bucomaxilofacial	20	17	9	25	17	16	15	19	9	14	23	17	21
Consulta Fonoaudiologia	210	172	175	189	176	176	200	203	210	206	200	183	200

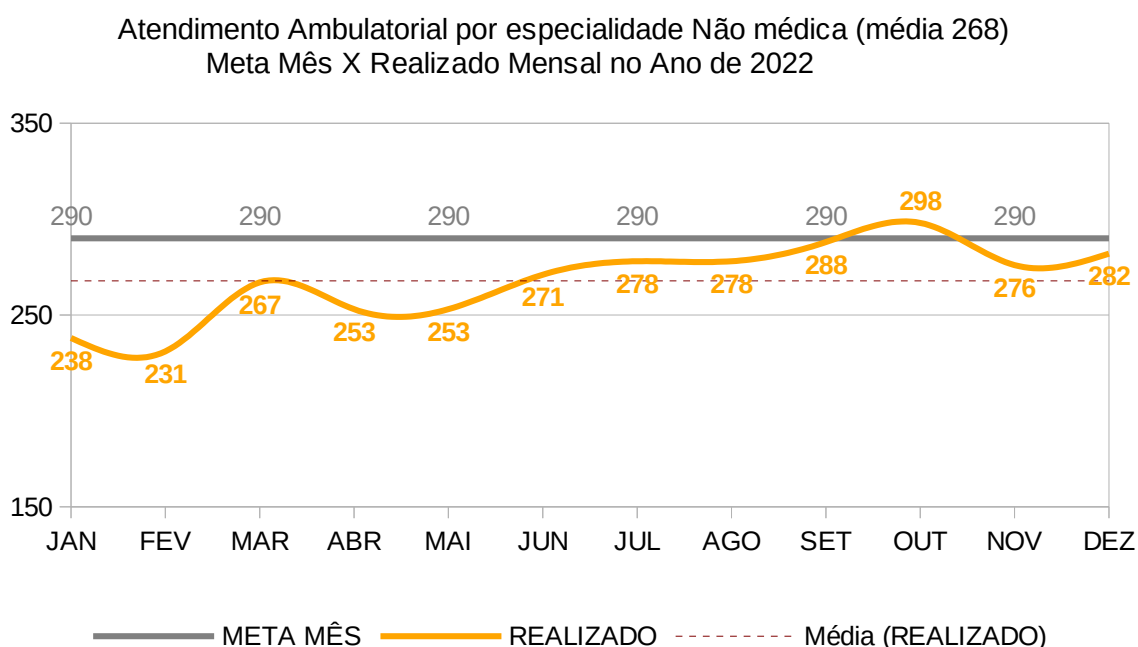
Consulta Psicologia	30	32	29	32	28	31	30	28	31	34	35	38	32
Nutrição	30	17	18	21	32	30	26	28	28	34	40	38	29
TOTAL	290	238	231	267	253	253	271	278	278	288	298	276	282

Quadro 07: Série Histórica do Atendimento Ambulatorial por especialidade Não médica no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 07 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica do Atendimento Ambulatorial por especialidade Não médica com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 268 atendimentos.

Gráfico 07



Segue abaixo no quadro 8, o percentual de cumprimento da meta por especialidade Não médica no Atendimento Ambulatorial no ano de 2022.

CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS - ANO DE 2022			
ESPECIALIDADES	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
Bucomaxilofacial	20	82,50%	85,83%
Consulta Fonoaudiologia	210	86,35%	95,40%

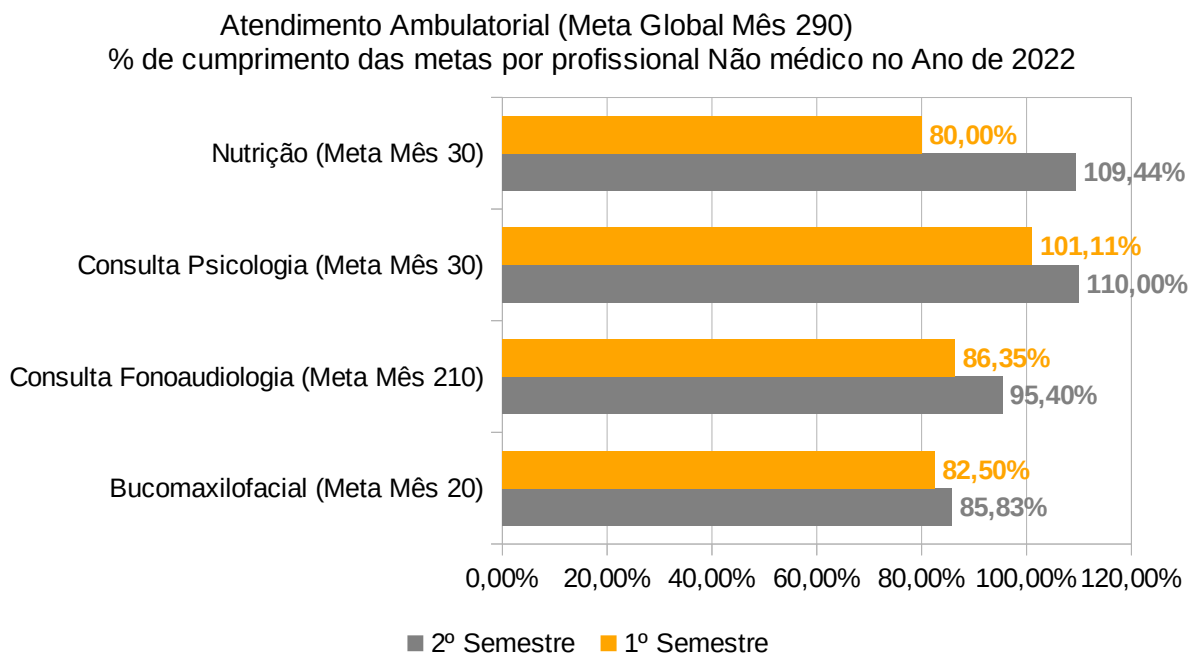
Consulta Psicologia	30	101,11%	110,00%
Nutrição	30	80,00%	109,44%
TOTAL	290	86,95%	97,70%

Quadro 08: % de cumprimento da meta por especialidade Não médica no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

A seguir, no Gráfico 08, a representação do percentual de cumprimento da meta na Competência de 2022, para Consultas Ambulatoriais de profissionais Não Médicos, por especialidade.

Gráfico 08



No Quadro 09 abaixo, o resumo dos resultados das Metas de Produção para atendimentos Ambulatoriais na Competência de 2022 do HMISC.

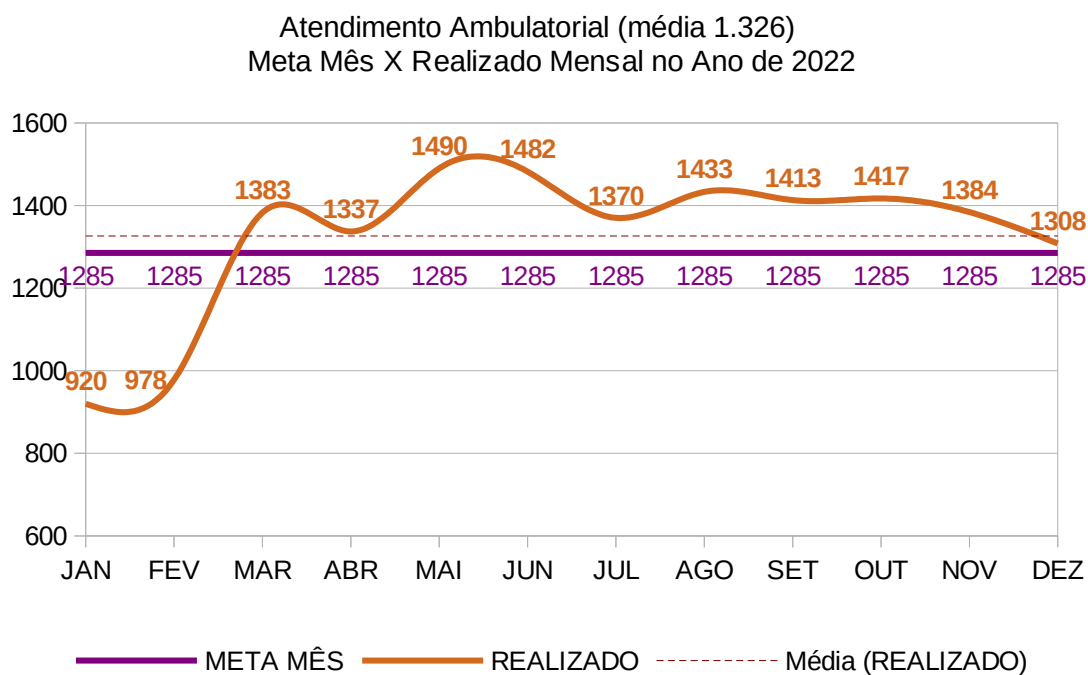
RESUMO AMBULATORIO – ANO DE 2022													
ESPECIALIDADES	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
MÉDICAS	995	682	747	1.116	1.084	1.237	1.211	1.092	1.155	1.125	1.119	1.108	1.026
NÃO MÉDICAS	290	238	231	267	253	253	271	278	278	288	298	276	282
TOTAL	1.285	920	978	1.383	1.337	1.490	1.482	1.370	1.433	1.413	1.417	1.384	1.308

Quadro 09: Série Histórica do Atendimento Ambulatorial no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 09 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica do Atendimento Ambulatorial com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 1.326 atendimentos.

Gráfico 09



4.4 Atendimento de SADT Externo

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **110 (cento e dez) exames/mês**, observando a variação $\pm 15\%$.

Segue no quadro 10 abaixo, a série histórica com o quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais para SADT Externo realizado pelo Hospital na Competência de 2022, por tipo de exame.

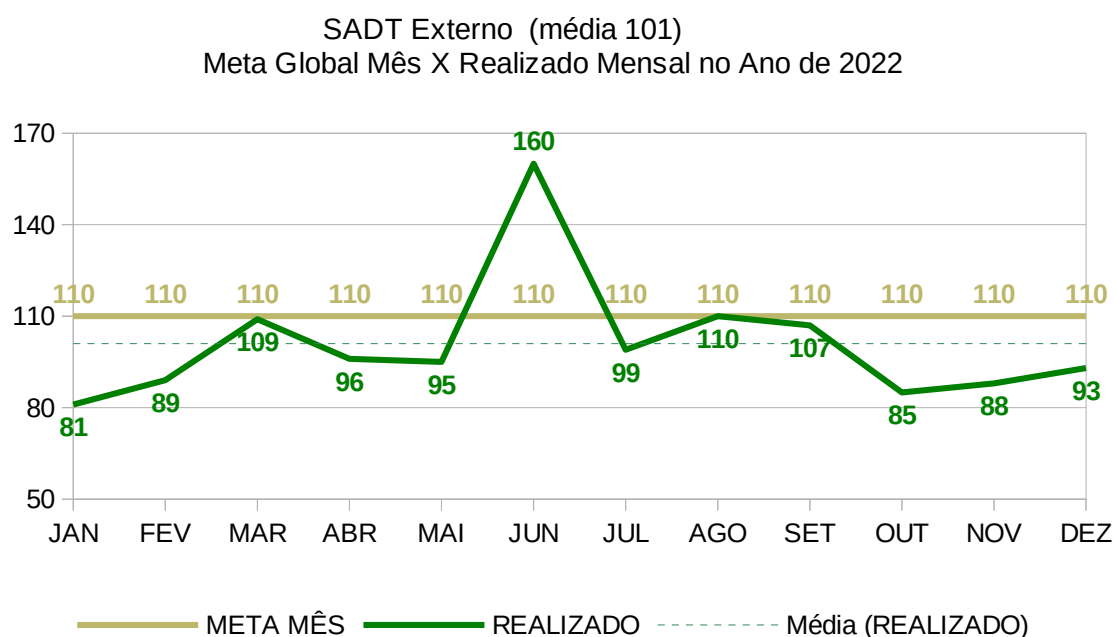
SADT EXTERNO – ANO DE 2022													
TIPO DE EXAME	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Biópsia de Colo Uterino	40	22	28	40	29	28	49	29	29	29	33	28	54
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55	52	55	61	59	60	103	63	71	66	41	51	30
Histeroscopia Diagnóstica	15	7	6	8	8	7	8	7	10	12	11	9	9
TOTAL	110	81	89	109	96	95	160	99	110	107	85	88	93

Quadro 10: Série Histórica do SADT Externo por tipo de exame no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

No Gráfico 10 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado da série histórica do Atendimento Ambulatorial com o quantitativo realizado pelo HMISC no ano de 2022, o qual apresentou uma média de 101 atendimentos.

Gráfico 10



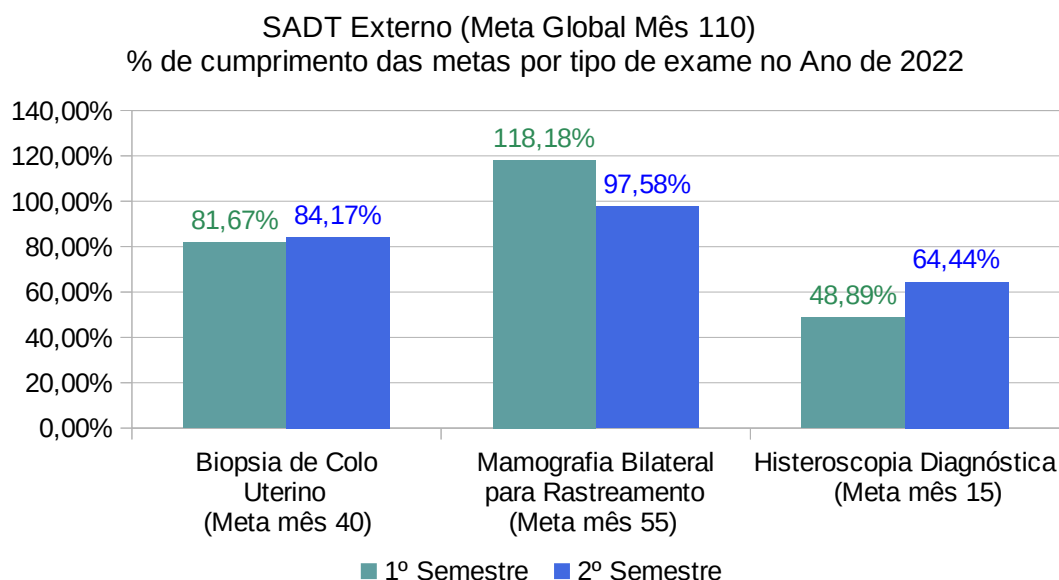
Segue abaixo no quadro 11, o percentual de cumprimento da meta por tipo de exame no SADT Externo no ano de 2022.

SADT EXTERNO – ANO DE 2022			
TIPO DE EXAME	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
Biópsia de Colo Uterino	40	81,67%	84,17%
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55	118,18%	97,58%
Histeroscopia Diagnóstica	15	48,89%	64,44%
TOTAL	110	95,45%	88,18%

Quadro 11: % de cumprimento da meta SADT Externo por tipo de exame no Ano de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

A seguir, no Gráfico 11, a representação do percentual de cumprimento da meta na Competência de 2022, para SADT Externo por tipo de exame.



Segue no quadro 12 abaixo, o resumo com o resultado geral do percentual de cumprimento por semestre de todas as Metas de Produção Assistencial do HMISC na Competência de 2022.

RESUMO DAS METAS DE PRODUÇÃO – COMPETÊNCIA DE 2022			
SERVIÇOS	META MÊS	Percentual de cumprimento da meta por Semestre em 2022	
		1º Semestre	2º Semestre
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	3.550	188,12%	106,10%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	490 / 500 (*)	146,97%	122,05%
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1.285	98,44%	107,98%
SADT EXTERNO	110	95,45%	88,18%

Quadro 12: Resumo das Meta e Produção na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 e 44734/2023.

* 9º TA – Após a implantação de 10 leitos de UTI Neonatal que ocorreu em 21/09/22 (PSES 82267/2022, fl. 285), a meta da Assistência Hospitalar passou a ser de 500 atendimentos mês. Com isso, a meta do mês de setembro foi realizada proporcionalmente a 20 dias com a meta 490 atendimentos e 10 dias com a meta de 500 atendimentos.

4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial – Ano 2022

Considerando as regras definidas no Contrato de Gestão nº 03/2018 e atualizadas pelo 9º Termo Aditivo para o Acompanhamento das Metas Contratuais, podemos identificar que na Competência de 2022 houve o cumprimento integral de todas as Metas de Produção Assistencial contratadas, não havendo impacto financeiro para o exercício financeiro no Ano de 2022. A análise e a aferição financeira já foi apresentada de forma detalhada nos relatórios semestrais de 2022.

5 INDICADORES DE QUALIDADE COMPETÊNCIA DE 2022

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, que deverão ser encaminhados até o dia 20 de cada mês (pág.43, item 4.4, 9º TA).

Os Indicadores de Qualidade estão relacionados ao pagamento da parte variável do Contrato de Gestão, o que corresponde a 9 ou 10% do custeio mensal, podendo variar caso a unidade utilize 1% para investimento (pág. 45, item 6.1, 9ª TA do CG 03/2018).

A seguir estão os resultados dos Indicadores de Qualidade do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC) na Competência de 2022.

5.1 Atenção ao Usuário

O Indicador de Qualidade – Pesquisa de Satisfação do Usuário, para fins de aferição financeira da meta, começou a ser monitorado **a partir de julho de 2022**, para que a Unidade possa reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas (pág.44, item 4.4.3, 9º TA).

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) é realizada por meio de um questionário padrão aplicado aos pacientes ou acompanhantes e tem por finalidade avaliar a qualidade dos serviços/atendimentos prestados pelo Hospital. Este Indicador é avaliado por meio do percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados, bem como por meio do “Nível de Satisfação dos Usuários”.

Nos Quadros 13 e 14, o resultado da Pesquisa de Satisfação na Competência de 2022.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO				
a) Percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados/pesquisados				
Meta: o Hospital deverá entrevistar, pelo menos, 10% usuários em cada um dos 4 grupos de atendimento				
GRUPO DE ATENDIMENTO	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Urgência e Emergência	*	*	3,30%	15,08%
Pacientes Internados	*	*	18,28%	33,69%
Ambulatório ou SADT Externo	*	*	13,40%	13,74%
Após Alta Hospitalar	*	*	5,27%	18,80%

* 9º TA – A Pesquisa de Satisfação do Usuário, para fins de aferição financeira da meta, começou a ser monitorada a partir de **julho de 2022**, para que a Unidade possa se adequar às novas metas pactuadas (pág. 44, item 4.4.3, 9º TA).

Quadro 13: Pesquisa de Satisfação do Usuário (Nº de Pesquisados) na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO				
b) Nível de Satisfação dos Entrevistados				
Meta: o Hospital deverá apresentar, pelo menos, 90% de satisfação				
INDICADORES	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº total de Manifestações				
Nº de Manifestações como “Satisfeito + Muito Satisfeito”	*	*	97,93%	96,33%

* 9º TA – A Pesquisa de Satisfação do Usuário, para fins de aferição financeira da meta, começou a ser monitorada a partir de **julho de 2022**, para que a Unidade possa se adequar às novas metas pactuadas (pág. 44, item 4.4.3, 9º TA).

Quadro 14: Pesquisa de Satisfação do Usuário (Nível de Satisfação) na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

“A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saída hospitalar. A meta deste Indicador é atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência” (pág. 22, item 6.5, 9ºTA ao CG 03/2018).

Segue abaixo, o resultado do Indicador para Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no Ano de 2022.

IQ II – APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
Meta: atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) do mês de competência				
INDICADORES	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº de AIH’s apresentadas informadas pela GMAPS				
Nº de Saídas Hospitalares registradas / Informadas pela Organização Social	107,25%	105,17%	128,20%	116,25%

Quadro 15: Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.3 Controle de Infecção Hospitalar

“Os critérios adotados para a avaliação deste indicador são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control) – EUA (pág. 24, 9º TA ao CG 03/2018).

“A meta a ser atingida é o envio do relatório até o dia 20 do mês imediatamente subsequente, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI’s Pediátrica e Neonatal que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias” (pág. 23, 9º TA ao CG 03/2018).

A seguir no quadro 16, o resultado deste Indicador na Competência de 2022.

IQ III – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR				
Meta: envio de relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI’s Pediátrica e Neonatal até o dia 20 do mês subsequente				
INDICADORES	Média Trimestral para cada indicador de Controle de Infecção no Ano de 2022			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Neonatal – Média de estratificação	7,08	12,37	36,47	30,97
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Pediátrica	9,71	23,49	17,41	18,99
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Umbilical na UTI Neonatal – Média da estratificação	21,63	16,60	43,43	29,52
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	13,42	16,23	11,16	17,10
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal – Média da estratificação	78,71%	73,76%	79,46%	81,61%
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	62,42%	80,83%	80,29%	75,33%

Quadro 16: Controle de Infecção Hospitalar na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.4 Mortalidade Operatória

O Indicador de Mortalidade Operatória (IMO) objetiva avaliar a qualidade da assistência por meio do desempenho assistencial na área de cirurgia, mensurado pela Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5, da Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA).

Estes dados deverão ser enviados através de relatórios mensais, com análise deste índice elaborada pela Comissão de Revisão de Óbitos.

No quadro 17 abaixo, segue o resultado deste indicador na Competência de 2022.

IQ IV – TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA (TMO)				
Meta: TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2012)				
CLASSIFICAÇÃO ASA	Média Trimestral por Classe (1-5) de Mortalidade Operatória no Ano de 2022			
	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
ASA I = 0 a 0,1%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ASA II = 0,3 a 5,4%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ASA III = 1,8 a 17,8%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ASA IV = 7,8 a 65,4%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ASA V = 9,4 a 100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Quadro 17: Taxa de Mortalidade Operatória na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.5 Banco de Leite Humano

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Leite Humano do Hospital. Segue abaixo no quadro 18, o resultado deste indicador na Competência de 2022.

IQ V – BANCO DE LEITE HUMANO					
Meta: Atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
INDICADORES	META	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestação de Alto Risco do ambulatório	1	0,00%	0,00%	33,33%	100,00%
Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar as d�vidas pertinentes a doa�o de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10	780,00%	860,00%	723,33%	510,00%
Visita domiciliar � doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10	436,67%	766,67%	703,33%	563,33%
Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15	253,33%	293,33%	271,11%	197,78%

Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20	120,00%	123,33%	98,33%	133,33%
Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15	256,22%	207,78%	130,67%	177,78%
Quantidade de exames microbiológicos realizados	100	122,00%	143,00%	149,67%	156,00%
Quantidade de crematócritos realizados	100	122,00%	143,33%	150,33%	155,00%
Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100	133,00%	161,00%	172,00%	167,00%
Quantidade de litros recebidos/mês	30	114,17%	165,44%	165,94%	144,44%
Quantidade de litros pasteurizados/mês	30	121,56%	106,11%	96,00%	102,22%
TOTAL	431	155,41%	183,60%	179,47%	172,47%
Quantidade de litros desprezados por sujeira (antes da análise)	≤ 10	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta

Quadro 18: Banco de Leite Humano na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.6 Rede Cegonha

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho da Rede Cegonha do Hospital. Segue abaixo no quadro 19, o resultado deste indicador na Competência de 2022.

IQ VI – INDICADORES DA REDE CEGONHA					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador					
INDICADORES	META	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280	112,74%	137,86%	145,60%	146,55%
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10	410,00%	433,33%	416,67%	500,00%
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) até a 20ª semana de gestação	84	179,37%	129,76%	116,67%	61,90%
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que realizaram exames laboratoriais (HT, HGB, VDRL, HIV, EAS, E GLICEMIA) entre a 28ª e 36ª semana de gestação	84	251,59%	291,67%	260,32%	170,63%

Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15	64,44%	82,22%	71,11%	93,33%
TOTAL	473	153,98%	168,22%	164,20%	141,58%
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)					
Meta: apresentar, mensalmente, tempo médio de permanência de 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≤ 5	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Não cumpriu a meta	Cumpriu a meta
TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA					
Meta: atender, mensalmente, as taxas conformes as metas contratadas.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	Não cumpriu a meta	Não cumpriu a meta	Não cumpriu a meta	Não cumpriu a meta
Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	≥ 50,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de APGAR no 5º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	≥ 50,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de infecção no sítio cirúrgico de pacientes gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR que tiveram parto cesariana	≤ 10,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de inserções do DIU no pós-parto / pós-abortamento nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 25,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≤ 2,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR	≤ 2,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de partos cesarianas em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta

Quadro 19: Indicadores da Rede Cegonha na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.7 Banco de Olhos

O Indicador tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada por meio do desempenho do Banco de Olhos do Hospital. Este indicador será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, até o mês de **junho de 2022**, nos trimestres seguintes o mesmo não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade (conforme disposto no PSES nº 137524/2022), e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores (pág. 46, item 6.3.1, 9º TA ao CG 03/2018).

Segue abaixo no quadro 20, o resultado deste indicador na Competência de 2022.

IQ VII – INDICADORES DO BANCO DE OLHOS					
INDICADORES QUANTITATIVOS DO BANCO DE OLHOS					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador					
INDICADORES	META	Resultado da meta por Trimestre em 2022			
		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Quantidade de córneas captadas	20	13,33%	23,33%	*	*
Quantidade de córneas preservadas	20	23,33%	23,33%	*	*
Quantidade de córneas desprezadas por mal retirada	5	0,00%	0,00%	*	*
Contagem de células endoteliais	20	6,67%	0,00%	*	*
Captação de globos oculares (40 doadores)	80	0,83%	1,67%	*	*
TOTAL	145	6,44%	7,36%	*	*
AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO					
Meta: apresentar, mensalmente, resultado de avaliação positiva para transplante Óptico em, pelo menos, 65% dos tecidos oculares doados e captados.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Taxa de utilização da córnea após encaminhamento a Central	≥ 65,00%	Não cumpriu a meta	Não cumpriu a meta	*	*
ENTREVISTAS COM FAMILIARES					
Meta: apresentar, mensalmente, pelo menos, 65% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular	≥ 65,00%	Não cumpriu a meta	Não cumpriu a meta	*	*

FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS					
Meta: lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de faturamento via SUS.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
05.03.03.005-8 – Retirada de globo ocular uni/bilateral (para transplante)	Lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de faturamento via SUS.	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	*	*
05.04.01.003-4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea					
05.03.04.006-1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado					
05.04.01.001-8 – Contagem de células endoteliais da córnea					
05.06.01.005-8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes					
07.02.12.006-5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ml)					
RELATÓRIOS – QUALIDADE DA INFORMAÇÃO					
Meta: Encaminhar, mensalmente, para a Gerência de Transplantes/SES as informações abaixo relacionadas.					
	Meta	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Número de potenciais doadores de tecido ocular (pacientes em morte por parada cardíaca) da Região sul, detalhado por instituição e município	Encaminhar mensalmente, para a Gerência de Transplantes da SES	Cumpriu a meta	Cumpriu a meta	*	*
Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contraindicações clínicas)					
Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão (autorização ou não autorização familiar)					
Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município					
Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos					
Número de globos oculares processados					
Número de descartes e motivo					
Justificativa caso a meta mensal não esteja sendo atingida					

* 9º TA – Os indicadores do Banco de Olhos, para fins de aferição financeira da meta, serão monitorados até **junho de 2022**, nos trimestres seguintes o mesmo não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores (pág. 46, item 6.3.1, 9º TA ao CG 03/2018).

Quadro 20: Indicadores do Banco de Olhos na Competência de 2022.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022, 211089/2022, 254283/2022 e 44734/2023.

5.8 Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade – Ano 2022

De acordo com as informações enviadas pelo Hospital e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais – GAEMC, referentes a Competência de 2022, conforme as regras definidas no 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018, consideramos que no 1º e 2º trimestre de 2022, não houve o cumprimento das metas para os Indicadores de Qualidade “Banco de Olhos”, sendo apurado no **1º trimestre de 2022** um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)** e no **2º trimestre de 2022** um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)**. Entretanto, estes descontos não foram repassados à Executora, em virtude da legislação vigente no período, que suspendeu a obrigatoriedade de cumprimento das metas.

Consideramos que no 3º trimestre de 2022, não houve o cumprimento das metas estabelecidas para os seguintes Indicadores de Qualidade: na “Pesquisa de Satisfação do Usuário” a unidade não realizou entrevistas com pelo menos 10% dos pacientes ou acompanhantes em dois grupos (Urgência e Emergência e Após Alta Hospitalar); e na “Rede Cegonha” a Unidade apresentou uma média de permanência acima de 5 dias, não atendendo o quantitativo previsto para o Indicador. A aferição financeira detalhada consta no Relatório do **3º trimestre de 2022**, quando foi apurado pela GAEMC (Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais) um desconto de no valor total de **R\$ 191.247,06 (cento e noventa e um mil, duzentos e quarenta e sete reais e seis centavos)**.

No 4º trimestre de 2022, consideramos que houve o cumprimento de todas as metas pactuadas para os Indicadores de Qualidade, sendo assim não havendo impacto financeiro para este período.

6 REGRAS PARA PAGAMENTO

Conforme as regras para pagamento descritas no CG nº 03/2018, Anexo Técnico II - “Sistemática de Pagamento”, pág. 66, a atividade assistencial da Executora corresponde a 90% do orçamento mensal e está relacionada a parte fixa do Contrato de Gestão, vinculada às “Metas Quantitativas”. Esta atividade subdivide-se em 4 modalidades, conforme a especificação e distribuição abaixo:

- 10% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o Atendimento de Urgências e Emergência;
- 70% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o Atendimento Hospitalar (internação);

- 15% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o Atendimento Ambulatorial;
- 5% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com a execução dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

A parte variável correspondente a 10% do orçamento mensal, está vinculada à avaliação dos Indicadores de Qualidade de acordo com o que foi estabelecido no Anexo Técnico II_Sistemática de Pagamento do CG nº 03/2018. Conforme o contrato, a Executora poderá utilizar até 1% do valor repassado a título de investimento, caso a Executora não opte em utilizar este percentual, a parte variável corresponderá a 10% (pág. 42, itens 3.2.1 e 3.2.2, 9º TA ao CG 03/2018).

O valor da parte variável que corresponde a 10 ou 9% do valor do custeio mensal, está distribuído para os Indicadores de Qualidade, conforme seu peso percentual (até o mês de **junho de 2022**, quando o Indicador “Banco de Olhos” sairá do rol dos Indicadores de Qualidade), da seguinte forma no 1º e 2º trimestres de 2022:

- 10,00% do valor da parte variável do custeio mensal corresponde ao Indicador “Atenção ao Usuário”, dividido:
 - 5% para o subindicador “Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados”
 - 5% para o subindicador “Nível de Satisfação dos Entrevistados”;
- 10,00% corresponde ao custeio do Indicador “Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar” (AIH);
- 10,00% corresponde ao custeio do Indicador “Controle de Infecção Hospitalar”;
- 10,00% corresponde ao custeio do Indicador “Mortalidade Operatória”;
- 20,00% corresponde ao custeio do Indicador “Bando de Leite Humano”;
- 20,00% corresponde ao custeio do Indicador “Rede Cegonha”, dividido:
 - 5% para o subindicador “Indicadores da Rede Cegonha”;
 - 5% para o subindicador “Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto Risco em acompanhamento no PNDAR”;
 - 10% para subindicador “Taxas relacionadas à Rede Cegonha”;
- 20,00% corresponde ao custeio do Indicador “Banco de Olhos”, dividido:
 - 4,00% para o subindicador “Quantitativos do Banco de Olhos”;
 - 4,00% para o subindicador “Avaliação Positiva para Transplante Óptico”;
 - 4,00% para o subindicador “Entrevistas com Familiares”;
 - 4,00% para o subindicador “Faturamento da Produção do Banco de Olhos”;
 - 4,00% para o subindicador “Relatórios – Qualidade da Informação”.

O Indicador “Banco de Olhos” será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, até o mês de **junho de 2022**, nos trimestres seguintes (julho a dezembro de 2022) o mesmo não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade (conforme disposto no PSES nº 137524/2022), e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído no 3º e 4º trimestres de 2022 para os demais indicadores da seguinte forma (pág. 46, item 6.3.1, 9º TA ao CG 03/2018):

- a) 13,00% do valor da parte variável do custeio mensal corresponde ao Indicador “Atenção ao Usuário”, dividido:
 - a) 50% para o subindicador “*Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados*”
 - b) 50% para o subindicador “*Nível de Satisfação dos Entrevistados*”;
- b) 13,00% corresponde ao custeio do Indicador “Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar” (AIH);
- c) 13,00% corresponde ao custeio do Indicador “Controle de Infecção Hospitalar”;
- d) 13,00% corresponde ao custeio do Indicador “Mortalidade Operatória”;
- e) 24,00% corresponde ao custeio do Indicador “Bando de Leite Humano”;
- f) 24,00% corresponde ao custeio do Indicador “Rede Cegonha”, dividido:
 - a) 25% para o subindicador “*Indicadores da Rede Cegonha*”;
 - b) 25% para o subindicador “*Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto Risco em acompanhamento no PNDAR*”;
 - c) 50% para subindicador “*Taxas relacionadas à Rede Cegonha*”.

6.1 Regras para Aferição das Metas de Produção e Indicadores de Qualidade

“O acompanhamento dos resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão será realizado trimestralmente, conforme os trimestres do exercício financeiro” (pág. 42, 9º TA ao CG 03/2018).

As Metas de Produção Assistencial constantes no Plano de Trabalho, conforme o 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022 e serão aferidas a cada 6 (seis) meses. Da análise destas metas poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordado entre as partes (págs.42-43, itens 4.2 – 4.3.2, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Os Indicadores de Qualidade serão avaliados pelo Órgão Supervisor a cada período de 03 (três) meses, de acordo com o exercício financeiro. Os resultados obtidos serão aferidos, conforme o 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022. O Ór-

gão Supervisor, verificará os resultados em relação aos Indicadores pactuados e realizará os descontos cabíveis conforme o estabelecido no Contrato de Gestão e atualizações (pág.43, item 4.4, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Quadro 21, a seguir, define a distribuição percentual para pagamento da parte variável do custeio mensal no 1º e 2º trimestres de 2022 (com o Indicador “Banco de Olhos”), conforme o peso percentual ou valoração de cada Indicador de Qualidade.

QUADRO 21 – PESO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE

INDICADORES	PESO (%)
Atenção ao Usuário	10%
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	10%
Controle de Infecção Hospitalar	10%
Mortalidade Operatória	10%
Banco de Leite Humano	20%
Rede Cegonha	20%
Banco de Olhos (*)	20%
TOTAL	100%

** 9º TA – Os indicadores do Banco de Olhos, para fins de aferição financeira da meta, serão monitorados até junho de 2022, nos trimestres seguintes o mesmo não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores (pág. 46, item 6.3.1, 9º TA ao CG 03/2018).*

Fonte: págs. 45-46, item 6.3, 9º TA ao CG 03/2018.

“O Indicador de Qualidade Atenção ao Usuário será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, a partir de julho de 2022, a fim de que a unidade possa reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas” (pág.43, item 4.4.3, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Indicador de Qualidade Banco de Olhos será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, até o mês de junho de 2022. Nos trimestres seguintes este Indicador não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores, a partir do 3º trimestre de 2022, conforme o Quadro 22, abaixo.

QUADRO 22 – PESO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE
(a partir do 3º trimestre de 2022 – mês de julho)

INDICADORES	PESO (%)
Atenção ao Usuário	13%
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	13%
Controle de Infecção Hospitalar	13%
Mortalidade Operatória	13%
Banco de Leite Humano	24%
Rede Cegonha	24%
TOTAL	100%

Fonte: págs. 45-46, item 6.3, 9º TA ao CG 03/2018.

A avaliação e análise das modalidades referentes às Metas de Produção Assistencial: “Atendimento de Urgência e Emergência”, “Assistência Hospitalar”, “Atendimento Ambulatorial” e “Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo” serão efetuadas conforme cumprimento percentual total de cada modalidade (pág. 45, item 5.3, 5.4, 9º TA ao CG 03/2018).

O Quadro 23, a seguir, define o pagamento para todas as Modalidades de Atendimento relacionadas às Metas de Produção Assistencial, conforme o cumprimento percentual total ou global da Modalidade:

QUADRO 23 – VALOR A PAGAR CONSIDERANDO O PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO TOTAL POR MODALIDADE ASSISTENCIAL.

MODALIDADES	% DE CUMPRIMENTO DA META	VALOR A PAGAR
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual destinado para o serviço
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual destinado para o serviço
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do peso percentual destinado para o serviço
	Entre 69,99% e 50% do volume contratado	70% do peso percentual destinado para o serviço
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Abaixo de 50% do volume contratado	50% do peso percentual destinado para o serviço

Fonte: pág. 45, 9º TA ao CG 03/2018

A aferição financeira dos Indicadores de Qualidade será realizada considerando o peso percentual de cada indicador e sua respectiva regra para pagamento, conforme os Quadros 24-30, a seguir (pág. 46, item 6.4, 9º TA ao CG 03/2018):

QUADRO 24 – ATENÇÃO AO USUÁRIO

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
IQ I - ATENÇÃO AO USUÁRIO	A) PERCENTUAL DE PACIENTES/ACOMPANHANTES ENTREVISTADOS	
	Realização de pesquisas com, pelo menos, 10% de pacientes/acompanhantes em todos os grupos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/acompanhantes em um dos grupos	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/acompanhantes em dois ou mais grupos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	B) NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	
	Atendimento entre 90% e 100% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% do total de satisfação dos pacientes / acompanhantes entrevistados	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Atendimento abaixo de 50% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador	

Fonte: págs. 46, 47, item 6.4.1, 9º TA ao CG 03/2018

QUADRO 25 – APRESENTAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
IQ II - APRESENTAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	Atendimento entre 95% e 100% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	100% do valor destinado ao indicador
	Atendimento entre 90% e 94,99% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	90% do valor destinado ao indicador
	Atendimento abaixo de 89,99% de proporcionalidade entre a produção hospitalar produzida em relação à produção hospitalar apresentada para o DATASUS	50% do valor destinado ao indicador

Fonte: pág. 47, item 6.4.2, 9º TA ao CG 03/2018

QUADRO 26 – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
IQ III - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Envio de relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI's Pediátrica e Neonatal com as taxas, a análise dos resultados e medidas implementadas (A)	100% do valor destinado ao indicador
	Não envio de Relatório no prazo estabelecido / Envio de Relatório com ausência das informações necessárias (B)	0% do valor destinado ao indicador

Fonte: págs. 47-48, item 6.4.3, 9º TA ao CG 03/2018.

QUADRO 27 – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
IQ IV - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela ANS (Nov/2012) em pelo menos 3 classificações ASA	100% do valor destinado ao indicador
	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela ANS (Nov/2012) em pelo menos 2 classificações ASA	0% do valor destinado ao indicador

Fonte: pág. 48, item 6.4.4, 9º TA ao CG 03/2018.

QUADRO 28 – BANCO DE LEITE HUMANO

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR (Realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador)	VALOR A PAGAR
IQ V - BANCO DE LEITE HUMANO	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta	100% do valor destinado ao indicador
	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta	90% do valor destinado ao indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta	70% do valor destinado ao indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta	50% do valor destinado ao indicador

Fonte: pág. 48, item 6.4.5, 9º TA ao CG 03/2018.

QUADRO 29 – REDE CEGONHA

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR (Realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador)	VALOR A PAGAR
IQ VI - REDE CEGONHA	A) INDICADORES REDE CEGONHA	
	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta:	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado
	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	B) TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)	
	Tempo médio de permanência de até 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado
	Tempo médio de permanência maior de 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	C) TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA	
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha entre 4 a 6 subindicadores	80% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em apenas 3 ou menos subindicadores	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador

Fonte: pág. 49, item 6.4.6, 9º TA ao CG 03/2018

QUADRO 30 – B ANCO DE OLHOS (até o 2º trimestre de 2022 – mês de junho)

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR (Realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador)	VALOR A PAGAR
	A) INDICADORES QUANTITATIVOS DO BANCO DE OLHOS	
	Atendimento entre 90% e 100% de cumprimento de meta	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado

IQ VII - BANCO DE OLHOS	Atendimento entre 80% e 89,99% de cumprimento de meta	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% de cumprimento de meta	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	B) AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO	
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico em, pelo menos, 65% dos tecidos oculares doados e captados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico entre 50% e 64,99% dos tecidos oculares doados e captados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico abaixo de 50% dos tecidos oculares doados e captados	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	C) ENTREVISTAS COM FAMILIARES	
	Apresentação de, pelo menos, 65% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Apresentação de, pelo menos, 50% e 64,99% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Apresentação abaixo de 50% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	D) FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS	
	Envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Não envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	E) RELATÓRIOS – QUALIDADE DA INFORMAÇÃO	
	Envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Não envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador

Fonte: pág. 50, item 6.4.7, 9º TA ao CG 03/2018

7 PARECER CONCLUSIVO

Analisando as Metas Quantitativas e Qualitativas acordadas com a Organização Social IDEAS para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, conforme as regras definidas no Contrato de Gestão nº 03/2018, atualizadas pelo 9º Termo Aditivo, através dos Anexos Técnicos I (Plano de Trabalho), II (Metas de Produção e Indicadores de Qualidade) e III (Sistemática de Pagamento), podemos fazer as seguintes considerações em relação ao cumprimento das Metas e Indicadores na Competência de 2022:

De acordo com as informações enviadas pelo Hospital e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais – GAEMC, referentes a Competência de 2022, conforme as regras definidas no 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 03/2018, consideramos que no 1º e 2º trimestre de 2022, não houve o cumprimento das metas para os Indicadores de Qualidade “Banco de Olhos”, sendo apurado no **1º trimestre de 2022** um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)** e no **2º trimestre de 2022** um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)**. Entretanto, estes descontos não foram repassados à Executora, em virtude da Lei Federal nº 14.400, de 8 de julho de 2022 que altera a Lei nº 13.992 prorrogando “até 30 de junho de 2022, a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes, na sua integralidade, os repasses dos valores financeiros contratualizados”.

Consideramos que no 3º trimestre de 2022, não houve o cumprimento das metas estabelecidas para os seguintes Indicadores de Qualidade: na “Pesquisa de Satisfação do Usuário” a unidade não realizou entrevistas com pelo menos 10% dos pacientes ou acompanhantes em dois grupos (Urgência e Emergência e Após Alta Hospitalar); e na “Rede Cegonha” a Unidade apresentou uma média de permanência acima de 5 dias, não atendendo o quantitativo previsto para o Indicador. A análise e aferição financeira detalhada consta no Relatório do **3º trimestre de 2022**, quando foi apurado pela GAEMC (Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais) um desconto de no valor total de **R\$ 191.247,06 (cento e noventa e um mil, duzentos e quarenta e sete reais e seis centavos)**.

No 4º trimestre de 2022, consideramos que houve o cumprimento de todas as metas pactuadas para os Indicadores de Qualidade, sendo assim não havendo impacto financeiro para este período.

Em relação às “Metas de Produção Assistencial”, considerando as regras definidas no Contrato de Gestão nº 03/2018 e atualizadas pelo 9º Termo Aditivo para o Acompanhamento das Metas Contratuais, podemos identificar que na Competência de 2022 houve o cumprimen-

to integral de todas as Metas de Produção Assistencial contratadas, não havendo impacto financeiro para o exercício financeiro no Ano de 2022. A análise e a aferição financeira já foi apresentada de forma detalhada nos relatórios semestrais de 2022.

Com o objetivo de controlar o cumprimento das metas pactuadas e acompanhar o desempenho das atividades assistenciais prestadas pela Executora aos usuários do Hospital, segue este Relatório para análise e aprovação da Comissão de Avaliação e Fiscalização_CAF, constituída para o monitoramento do contrato de gerenciamento do Hospital Materno Infantil de SC – HMISC.

(Assinado Digitalmente)

Nicolli Martins Maciel_Enfermagem
Maria Aparecida Scottini_Médica Auditora
Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais_SUH
Secretaria Executiva da Comissão de Avaliação e Fiscalização_CAF

MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO
CAF DO CONTRATO DE GESTÃO nº 03/2018
PORTARIA CONJUNTA nº 223/SES/SEA de 20/03/2023

(Assinado Digitalmente)

I – Representante da Secretaria de Estado da Saúde:

- a) Leonardo de Souza Valverde, como titular e Presidente; ou
- b) Marta Regina Bauer Barbosa, como Suplente.

II – Representante da Sociedade Civil indicado pelo Conselho Estadual de Saúde:

- a) Gilberto Antônio Scussiato, como Titular.

III – Representante da Diretoria Executiva do IDEAS:

- a) César Augusto de Magalhães, como Titular; ou
- b) Vanessa Maria Guessier Alves de Ramos, como Suplente.

IV – Representante da Regional de Saúde:

- a) Diego Floriano de Souza, como Titular; ou
- b) Gigislene Muller Kirchner, como Suplente

V – Representante da Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:

- a) Cláudia Ribeiro de Araujo Gonsalves, como Titular; ou
- b) Aline Cipriani de Souza, como Suplente.

VI – Representante da Câmara Municipal dos Vereadores de Criciúma:

- a) José Paulo Ferrarezi, como Titular;

VII – Representante Associação Empresarial de Criciúma – ACIC:

- a) Manoel Pinto Moreira, como Titular; ou
- b) Rafael Meller Amante, como suplente.

VIII – Representante Prefeitura Municipal de Criciúma:

- a) Angélica Grassi Manoel, como Titular; ou
- b) Neli Terezinha Amboni de Souza, como suplente.

IX – Representante Conselho Municipal de Saúde de Criciúma:

- a) Reginaldo Kjhelin Coelho, como Titular; ou
- b) Julio Cesar Zavadil, como suplente.









X – Representante Comissão Intergestores Regional de Saúde:

- a) César Augusto Pasetto, como Titular; ou
- b) Murilo Debiasi Ferrareis, como suplente.



Código para verificação: **YHH426F2**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

-  **NICOLLI MARTINS MACIEL** (CPF: 055.XXX.449-XX) em 27/09/2023 às 15:45:53
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/05/2023 - 13:56:33 e válido até 02/05/2123 - 13:56:33.
(Assinatura do sistema)
-  **MARIA APARECIDA SCOTTINI** (CPF: 618.XXX.149-XX) em 28/09/2023 às 17:07:25
Emitido por: "SGP-e", emitido em 04/04/2022 - 13:00:23 e válido até 04/04/2122 - 13:00:23.
(Assinatura do sistema)
-  **DIEGO FLORIANO DE SOUZA** (CPF: 081.XXX.899-XX) em 09/10/2023 às 17:24:36
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/01/2023 - 14:13:59 e válido até 03/01/2123 - 14:13:59.
(Assinatura do sistema)
-  **GILBERTO ANTÔNIO SCUSSIATO** (CPF: 710.XXX.629-XX) em 10/10/2023 às 08:47:47
Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/06/2021 - 18:07:33 e válido até 14/06/2121 - 18:07:33.
(Assinatura do sistema)
-  **LEONARDO DE SOUSA VALVERDE** (CPF: 049.XXX.859-XX) em 10/10/2023 às 13:35:24
Emitido por: "SGP-e", emitido em 15/02/2022 - 18:34:32 e válido até 15/02/2122 - 18:34:32.
(Assinatura do sistema)
-  **ANGÉLICA GRASSI MANOEL** (CPF: 039.XXX.399-XX) em 17/10/2023 às 14:22:46
Emitido por: "SGP-e", emitido em 19/07/2022 - 20:09:44 e válido até 19/07/2122 - 20:09:44.
(Assinatura do sistema)
-  **JOSÉ PAULO FERRAREZI** (CPF: 653.XXX.179-XX) em 18/10/2023 às 22:32:44
Emitido por: "SGP-e", emitido em 04/02/2022 - 16:15:29 e válido até 04/02/2122 - 16:15:29.
(Assinatura do sistema)
-  **CÉSAR AUGUSTO PASETTO** (CPF: 606.XXX.359-XX) em 19/10/2023 às 13:39:32
Emitido por: "SGP-e", emitido em 11/11/2022 - 16:20:15 e válido até 11/11/2122 - 16:20:15.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAxMTg5MTVfMTlwMTcxXzlwMjNfWUhINDI2Rjl=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00118915/2023** e o código **YHH426F2** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.