



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO⁽¹⁾

CONTRATO DE GESTÃO n° 03/2018
HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC
PERÍODO_1º TRIMESTRE DE 2022⁽²⁾

NOME DO HOSPITAL

Hospital Materno Infantil Santa Catarina, CNES n° 2594277,
CNPJ n° 82.951.245/0001-69 (mantenedora)

ENDEREÇO

Rua Wenceslau Braz, n° 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 n° 03/2018_PSES n° 43024/2018, Apostilamento n° 03_PSES n°158631/2021 e 9º
Termo Aditivo_PSES n° 2088/2022.

Florianópolis, 13 de março de 2022.

(1) Este Relatório de Avaliação baseia-se no Relatório de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais_GAEMC, referente ao 1º trimestre de 2022 do HMISC, PSES n° 202454/2022.

(2) O Relatório do 1º trimestre de 2022 é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pelo HMISC. Estes relatórios poderão ser localizados no PSES n° 171168/2022 (Janeiro), 171175/2022 (Fevereiro) e 171176/2022 (Março).

SUMÁRIO

	Página
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos ao CG 03/2018	5
3.2 Documentos de Referência	7
3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas	7
3.4 Indicadores de Qualidade Contratados	15
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 1º TRIMESTRE 2022	27
4.1 atendimentos de Urgências / Emergências (âmbito Hospitalar)	27
4.2 Assistência Hospitalar	28
4.3 atendimentos Ambulatoriais	29
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico _SADT externo	33
4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial	35
5- INDICADORES DE QUALIDADE 1º TRIMESTRE 2022	35
5.1 Pesquisa de Satisfação ao Usuário	36
5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar _AIH	36
5.3 Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar	36
5.4 Taxa de Mortalidade Operatória	37
5.5 Banco de Leite Humano	38
5.6 Rede Cegonha	39
5.7 Banco de Olhos	40
5.8 Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade	42
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	42
7- AFERIÇÃO FINANCEIRA DOS INDICADORES DE QUALIDADE	50
8- PARECER CONCLUSIVO	53

1 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL, [https://www.ideas.med.br/unidades-administradas/revisado pelo HMISC em 25/11/2022](https://www.ideas.med.br/unidades-administradas/revisado%20pelo%20HMISC%20em%2025/11/2022))

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 01/09/2022).

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 janeiro 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 março de 2022 e baseados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e em informações fornecidas pela gestão do HIMSC. Eles visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de análise do relatório da CAF:

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/4204602594277?comp=202203>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	331
2- Total de Leitos (incluindo UTI)	106
3- UTI II Pediátrica - COVID 19 (não operacionalizados)	04 ^(*)

4- UTI Neonatal - Tipo II	13
5- UTI Pediátrica - Tipo II	03
6- Leitos Cirúrgicos	16
7- Leitos Pediátricos	39
8- Leitos de Alojamento Conjunto	25
9- Leitos de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
10-Leitos de Isolamento	(02)
11-Centro Cirúrgico	03 salas
12-Sala de Recuperação Pós Anestésica	04 leitos
13-Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
14-Sala de Parto Normal	04
15-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	Próprio e Terceiro
8- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	CARACTERÍSTICA
1- Laboratório	Terceiro
2- Serviço de Urgência/Emergência	Próprio
3- Terapia Nutricional	Própria
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

(*) Os 04 leitos de UTI COVID que constam no CNES como não habilitados, foram informados pelo Hospital que não foram operacionalizados. Os leitos de Isolamento colocados entre parênteses não foram computados no total de leitos do Hospital por já estarem incluídos nos leitos das especialidades.

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
2610	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 principais Apostilamentos ao CG nº 03/2018 até março de 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 nº 21.110 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 Instituto IDEAS, para aquisição de 01 veículo (carro popular), 05 poltronas de amamentação, 01 Auto clave 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.
9º TA	DOE nº 21836 16/08/2022	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.

3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos no 1º trimestre 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 janeiro 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, que foram atualizados pelo 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 do 1º trimestre 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 atendimentos de Urgência/Emergência

Para a Meta de Produção "**Atendimento de Urgência/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).

“Todos os serviços prestados em decorrência dos Atendimentos em Atenção Especializada devem ser realizados pela Unidade normalmente e deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência” (pág. 14, item 2.2.1, 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 03.01.06.006-9 - *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
03.01.06.006-9	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 Atendimentos 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, 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 (5º TA).

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

As saídas Hospitalares da Clínica Cirúrgica mencionadas na Tabela 02 (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 7h às 17h, 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 03.01.010072	
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

Otorrinopediatria	40
Pneumologia Pediátrica	20
Urologia pediátrica	20
TOTAL	995

Tabela 05: Atendimento Ambulatorial - Especialidades Médicas.

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

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

Tabela 06: Atendimento Ambulatorial - Especialidades Não Médicas.

Fonte: pág. 19, 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 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 $\pm 15\%$ (pág. 19, item 5.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

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 7h às 17h, 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, 9º TA ao CG 03/2018):

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

Tabela 07: SADT Externo - Exames e Procedimentos.

Fonte: pág. 20, 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 semestralmente, 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 (pág. 39 do CG 03/2018).

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. 36, item 5, do 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 - (PSU): peso percentual total 10%

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: peso percentual 5%

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

Nº de Pesquisas Realizadas no Grupo

x 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, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.1.2 Nível de Satisfação dos Entrevistados: peso percentual 5%.

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

Nº de Manifestação "Muito Satisfeito + "Satisfeito"

x 100

Nº Total de manifestações

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 Autorização de Internação Hospitalar: peso percentual 10%

“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 saídas hospitalares. A meta deste Indicador é atingir 100% de todas as AIHs 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 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. 22, 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 Indicadores de Infecção Hospitalar: peso percentual 10%.

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, 9º TA ao CG 03/2018).

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

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

“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 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. 23, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.4 Mortalidade Operatória: peso percentual 10%.

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, 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.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos durante ou até 7 dias após cirurgia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes submetidos a cirurgia}} \times 100$$

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: peso percentual 20%

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 explanar os as d�vidas pertinentes a doa�o de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10
3.	Visita domiciliar � 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 cremat�critos 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, 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: peso percentual total 20%

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: peso percentual 5%

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, 9º TA ao CG 03/2018.

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

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

Quantidade Contratada

3.4.6.2 Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto

Risco em Acompanhamento no PNAR: peso percentual 5%

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 - Tto clínico.

Fonte: pág. 28, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.6.3 Taxas relacionadas à Rede Cegonha: peso percentual 10%

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, 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: peso percentual 20%

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: peso percentual 4%

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
	Captção de globos oculares (40 doadores)	80

Tabela 17: Indicadores Quantitativos Banco de Olhos.

Fonte: pág. 35, 9º TA ao CG 03/2018.

Cálculo:

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

3.4.7.2 Avaliação Positiva para Transplante Óptico: peso percentual 4%

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:

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

3.4.7.3 Entrevistas com Familiares: peso percentual 4%

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:

$$\frac{\text{Nº de autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular}}{\text{Nº total de entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular}} \times 100$$

3.4.7.4 Faturamento da Produção do Banco de olhos: peso percentual 4%

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: peso percentual 4%

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

4 METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 1º TRIMESTRE 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.

As MP deverão ser enviadas em relatórios oficiais e em arquivo eletrônico, até o dia 20 (vinte) de cada mês ao gestor estadual (SES), pág. 44, item 4.5, 9º TA, CG nº 03/2018.

A cada 06 (seis) meses, o Órgão Supervisor procederá a análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios para mais ou para menos, podendo reavaliar e alterar as Metas de Produção conforme as regras estabelecidas no Contrato de Gestão, pág. 42, item 4.2 e 4.3, 9º TA, CG nº 03/2018.

A seguir estão os serviços que compõem as Metas Quantitativas com os gráficos que demonstram a relação entre o realizado pelo Hospital e a Meta de Produção Assistencial contratada, referentes ao 1º trimestre de 2022.

4.1 Atendimentos de Urgências / 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, o volume produzido pelo Hospital no 1º trimestre de 2022.

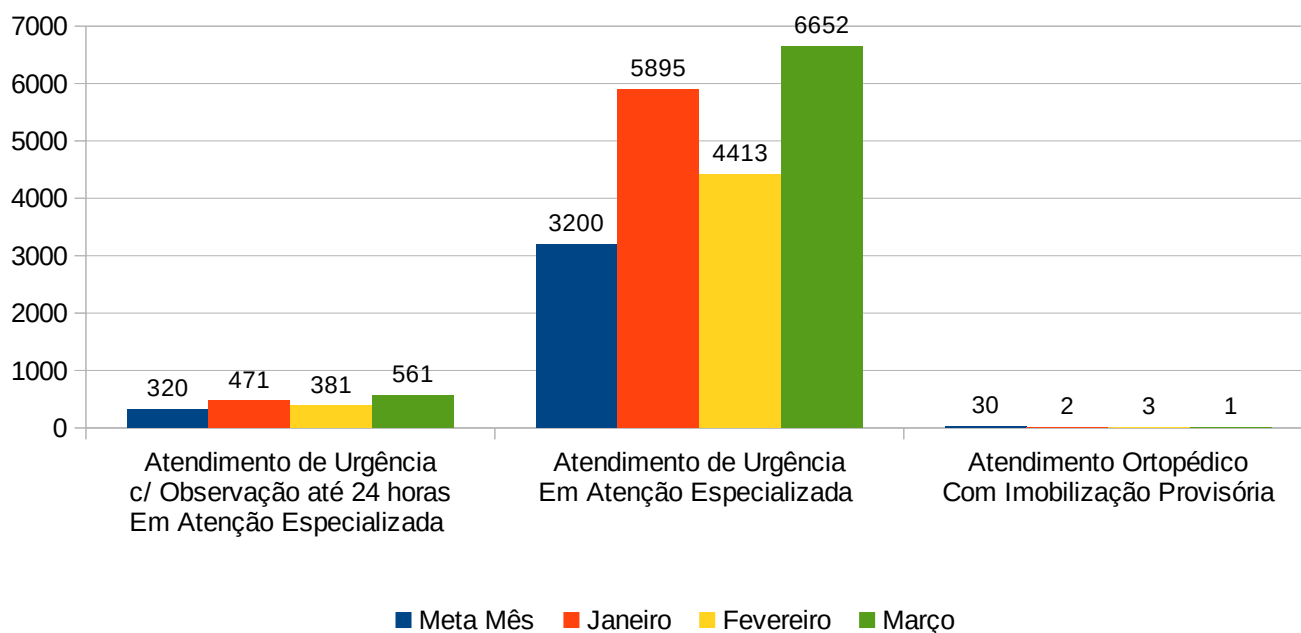
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA - 1º TRIMESTRE DE 2022							
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	META MÊS	JAN	FEV	MAR	contratado	realizado	Δ%
03.01.06.002-9_Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320	471	381	561	960	1.413	147,19%
03.01.06.006-9_Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200	5.895	4.413	6.652	9.600	16.960	176,67%
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30	2	3	1	90	6	6,67%
TOTAL	3.550	6.368	4.797	7.214	10.650	18.379	172,57%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

No Gráfico 01 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado dos Atendimentos de Urgência e Emergência, por procedimento, no 1º trimestre de 2022.

Gráfico 01

Atendimentos de Urgência/ EMG por Procedimentos
Meta Mês X Realizado no 1º trimestre de 2022 ($\Delta\%$ 172,57)



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).

Segue abaixo, o quantitativo realizado pelo Hospital no 1º trimestre de 2022, por tipo de internação.

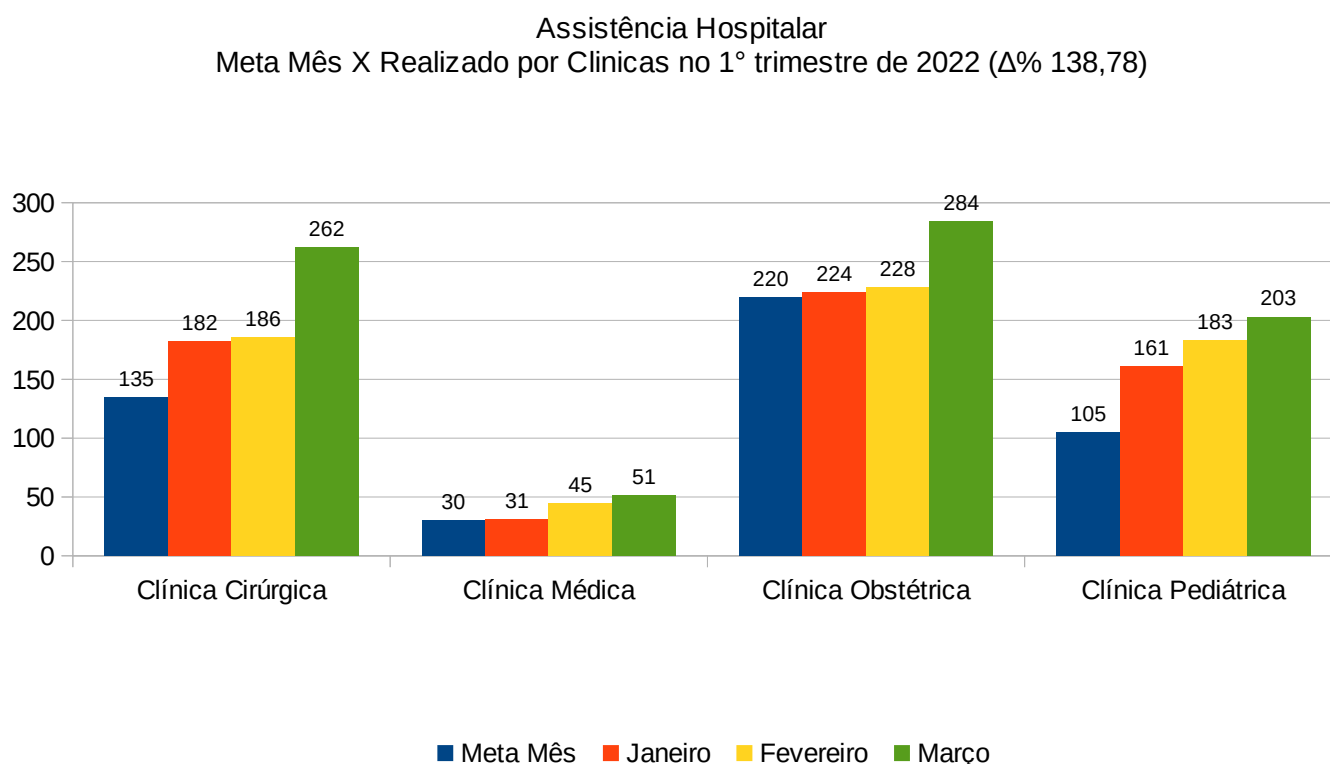
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - 1º TRIMESTRE DE 2022							
Clínicas	Meta mês	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	$\Delta\%$
Clínica Cirúrgica	135	182	186	262	405	630	155,56%
Clínica Médica	30	31	45	51	90	127	141,11%
Clínica Obstétrica	220	224	228	284	660	736	111,52%

Clínica Pediátrica	105	161	183	203	315	547	173,65%
TOTAL	490	598	642	800	1.470	2.040	138,78%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

A seguir, no Gráfico 02, a representação dos resultados do 1º trimestre de 2022 da meta para “Assistência Hospitalar”.

Gráfico 02



4.3 Atendimento Ambulatorial

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

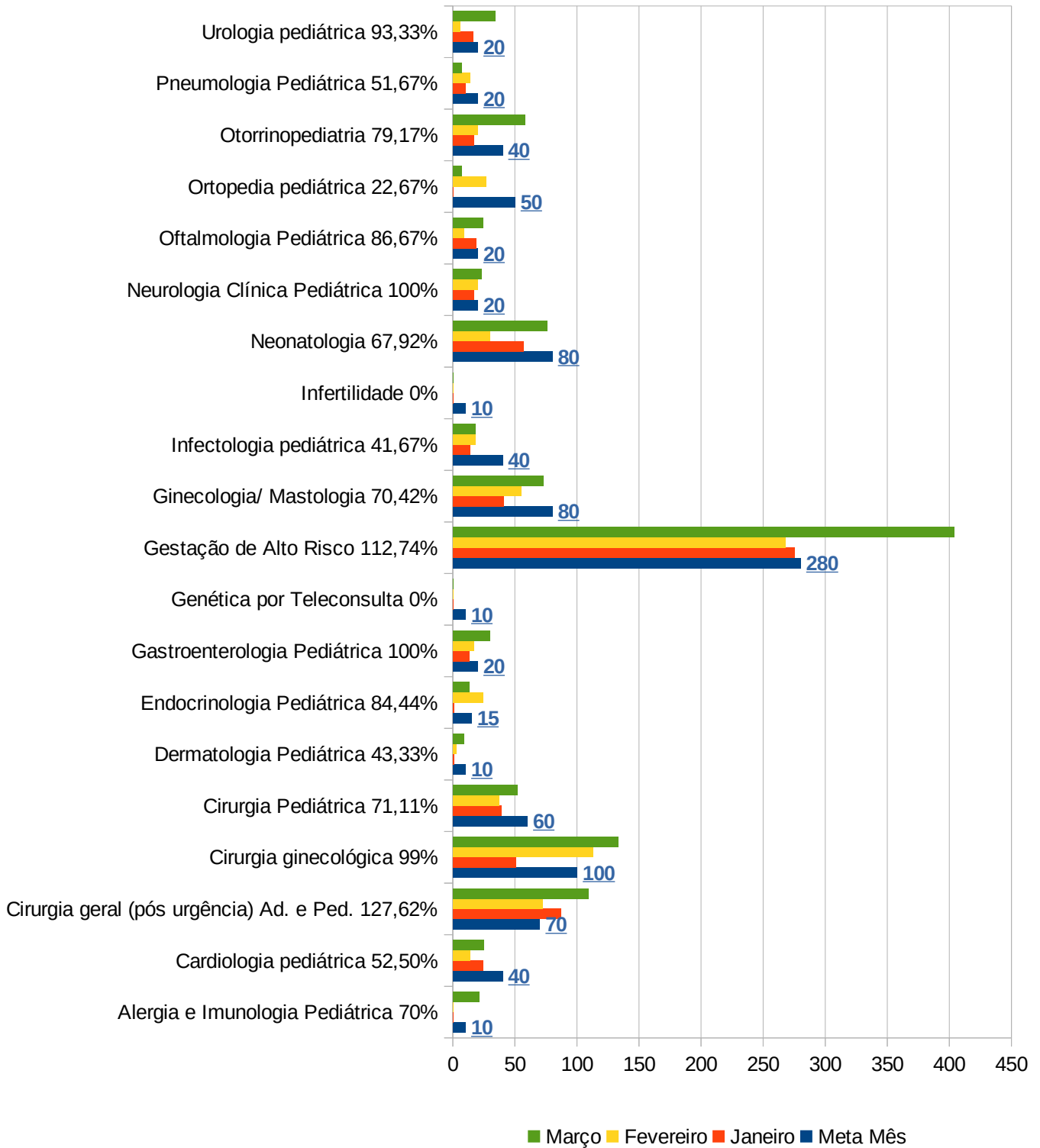
Segue abaixo, o quantitativo de Atendimento Ambulatorial realizado pelo Hospital no 1º trimestre de 2022, por especialidade Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - 1º TRIMESTRE DE 2022							
ESPECIALIDADES MÉDICAS	Meta/Mês	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	Δ%
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	0	0	21	30	21	70,00%
Cardiologia pediátrica	40	24	14	25	120	63	52,50%
Cirurgia geral (pós cirúrgico de urgência) adulto e Pediátrica	70	87	72	109	210	268	127,62%
Cirurgia ginecológica	100	51	113	133	300	297	99,00%
Cirurgia Pediátrica	60	39	37	52	180	128	71,11%
Dermatologia Pediátrica	10	1	3	9	30	13	43,33%
Endocrinologia Pediátrica	15	1	24	13	45	38	84,44%
Gastroenterologia Pediátrica	20	13	17	30	60	60	100,00%
Genética por Teleconsulta	10	0	0	0	30	0	0,00%
Gestação de Alto Risco	280	275	268	404	840	947	112,74%
Ginecologia/ Mastologia	80	41	55	73	240	169	70,42%
Infectologia pediátrica	40	14	18	18	120	50	41,67%
Infertilidade	10	0	0	0	30	0	0,00%
Neonatologia	80	57	30	76	240	163	67,92%
Neurologia Clínica Pediátrica	20	17	20	23	60	60	100,00%
Oftalmologia Pediátrica	20	19	9	24	60	52	86,67%
Ortopedia pediátrica	50	0	27	7	150	34	22,67%
Otorrinopediatria	40	17	20	58	120	95	79,17%
Pneumologia Pediátrica	20	10	14	7	60	31	51,67%
Urologia pediátrica	20	16	6	34	60	56	93,33%
TOTAL	995	682	747	1.116	2.985	2.545	85,26%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

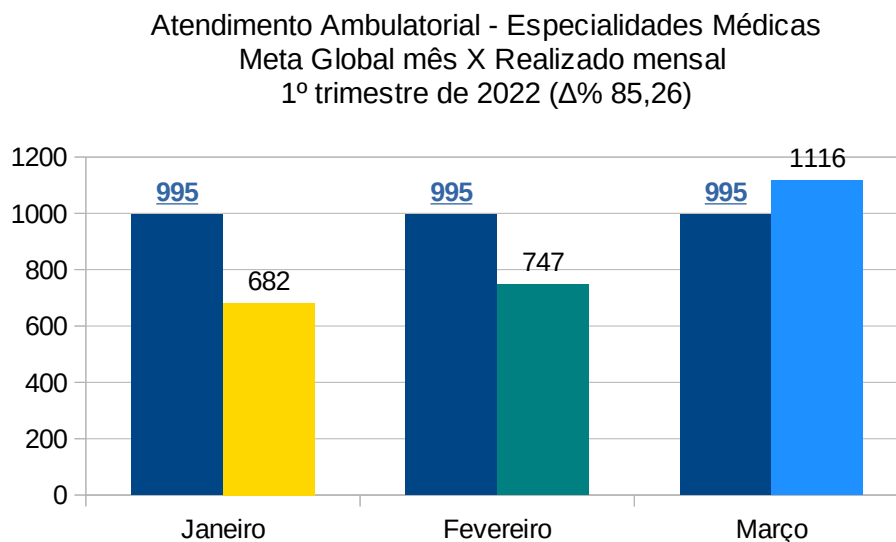
A seguir, no Gráfico 03, a representação dos resultados do 1º trimestre de 2022 para Consultas Médicas Ambulatoriais por especialidades médicas.

Atendimento ambulatorial por especialidade
Meta Mês X Realizado Mensal no 1º trimestre de 2022



A seguir, no Gráfico 04, a representação dos resultados do 1º trimestre de 2022 para Consultas Médicas Ambulatoriais, considerando a meta global mês e o realizado mensal.

Gráfico 04



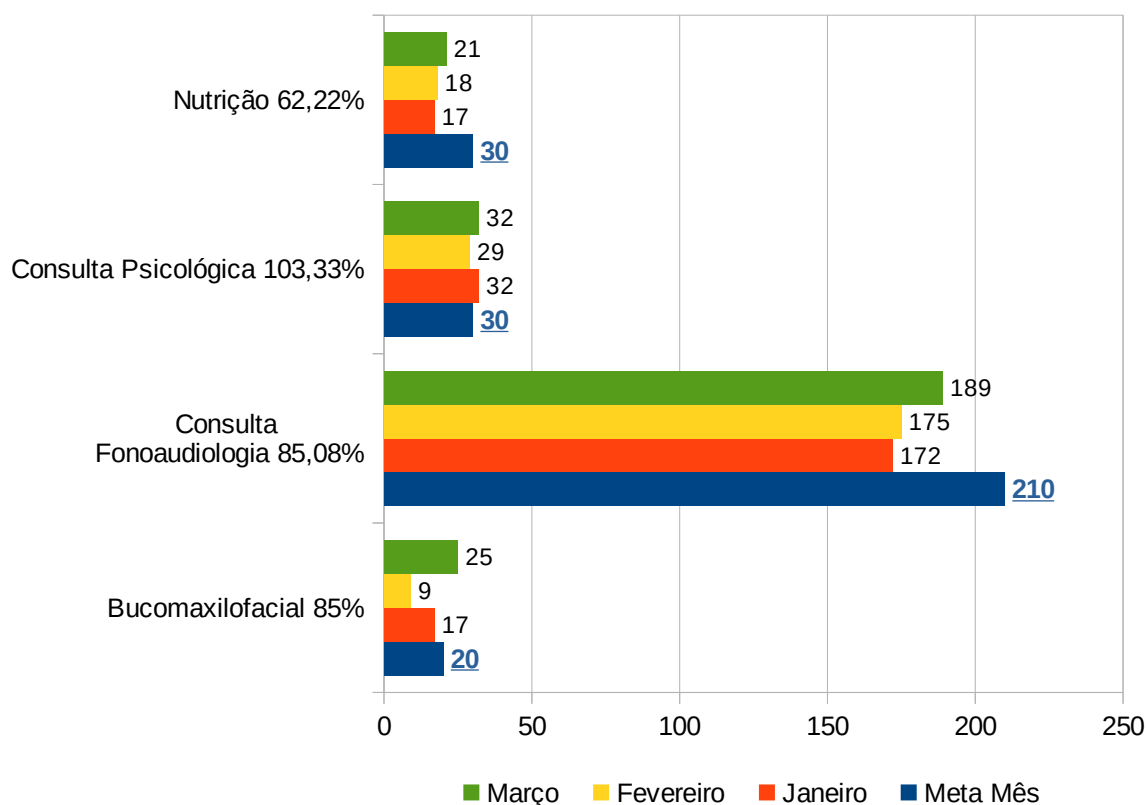
Segue abaixo, o quantitativo de atendimentos ambulatoriais realizado pelo Hospital no 1º trimestre de 2022, por especialidade Não Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS - 1º TRIMESTRE DE 2022							
ESPECIALIDADES	META MÊS	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	$\Delta\%$
Bucomaxilofacial	20	17	9	25	60	51	85,00%
Consulta Fonoaudiologia	210	172	175	189	630	536	85,08%
Consulta Psicológica	30	32	29	32	90	93	103,33%
Nutrição	30	17	18	21	90	56	62,22%
TOTAL	290	238	231	267	870	736	84,60%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

A seguir, no Gráfico 05, a representação dos resultados do 1º trimestre de 2022 para Consultas Ambulatoriais de profissionais Não Médicos, por especialidade.

Atendimentos Ambulatoriais - Consultas Não Médicas (84,60%)
Meta mensal por especialidade X Realizado no 1º trimestre de 2022



Segue abaixo, o resumo dos Atendimentos Ambulatoriais realizados pelo Hospital no 1º trimestre de 2022.

RESUMO AMBULATORIO - 1º TRIMESTRE DE 2022							
ESPECIALIDADES	META MÊS	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	Δ%
MÉDICAS	995	682	747	1.116	2.985	2.545	85,26%
NÃO MÉDICAS	290	238	231	267	870	736	84,60%
TOTAL	1.285	920	978	1.383	3.855	3.281	85,11%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

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 abaixo, o quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais para SADT Externo realizado pelo Hospital no 1º trimestre de 2022.

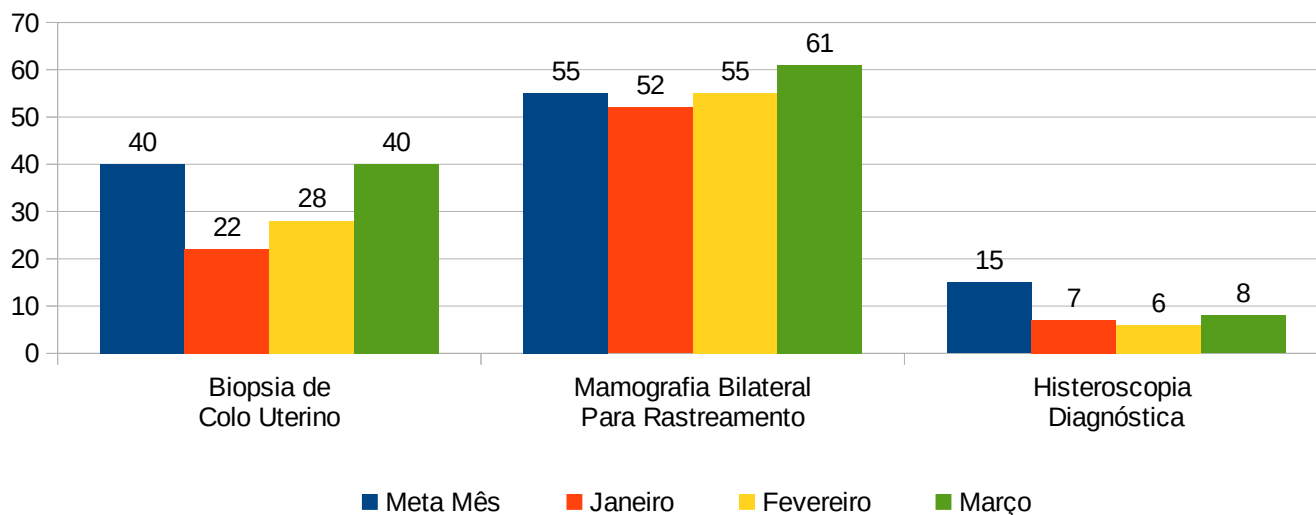
SADT EXTERNO - 1º TRIMESTRE DE 2022							
TIPO DE EXAME	META MÊS	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	Δ%
Biopsia de Colo Uterino	40	22	28	40	120	90	75,00%
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55	52	55	61	165	168	101,82%
Histeroscopia Diagnóstica	15	7	6	8	45	21	46,67%
TOTAL	110	81	89	109	330	279	84,55%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

A seguir, no Gráfico 06, a demonstração dos resultados do 1º trimestre de 2022 para os Atendimentos de SADT Externo.

Gráfico 06

Atendimento SADT Externo
Meta mensal X Realizado no 1º trimestre de 2022 (Δ% 84,55)



Segue abaixo, o resumo com o resultado geral de todas as Metas de Produção Assistencial do HMISC no 1º trimestre de 2022.

RESUMO DAS METAS DE PRODUÇÃO - 1º TRIMESTRE DE 2022							
SERVIÇOS	META MÊS	janeiro	fevereiro	março	contratado	realizado	Δ%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	3.550	6.368	4.797	7.214	10.650	18.379	172,57%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	490	598	642	800	1.470	2.040	138,78%
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1.285	920	978	1.383	3.855	3.281	85,11%
SADT EXTERNO	110	81	89	109	330	279	84,55%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

4.5 Avaliação parcial dos Resultados das Metas de Produção Assistencial no 1º Trimestre de 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 no 1º trimestre de 2022 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência” e “Assistência Hospitalar” ficaram acima de 100% da meta contratada. Para o “Atendimento Ambulatorial” o cumprimento de meta ficou entre 85 e 100%. Somente o serviço de SADT Externo teve o cumprimento da meta abaixo de 85%, sendo passível de desconto, caso a unidade não compense o volume de produção nos próximos meses do 1º semestre de 2022.

No Atendimento Ambulatorial, as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 50% foram: “Genética por Teleconsulta” (0%), “Dermatologia Pediátrica” (43,33%), “Infertilidade” (0%), “Infectologia Pediátrica” (41,67%) e Ortopedia Pediátrica (22,67%). De acordo com as regras contratuais atualizadas pelo 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, a aferição financeira será realizada, considerando o total dos atendimentos ambulatoriais contratados em relação ao total realizado no período.

Conforme o item 4.2 do Anexo III do 9º Termo Aditivo, as Metas de Produção Assistencial serão avaliadas a cada período de 06 (seis) meses, de acordo com o exercício financeiro. Assim, a aferição financeira constará no relatório do 2º trimestre de 2022, o qual apresentará o resultado do 1º semestre das Metas de Produção.

5 INDICADORES DE QUALIDADE REFERENTES AO 1º TRIMESTRE 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. 22, item 3, 2º TA ao CG 03/2018).

A seguir estão os resultados dos Indicadores de Qualidade do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC) no 1º trimestre de 2022.

5.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

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.44, item 4.4.3, 9º TA).

5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar

“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 saídas hospitalares. 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).

Segue abaixo, o resultado do Indicador para Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no 1º trimestre 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				
Nº de AIH's apresentadas informadas pela GMAPS	janeiro	fevereiro	março	$\Delta\%$
	790	670	728	107,25%
Nº de Saídas Hospitalares registradas/Informadas pela Organização Social	598	642	800	

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022.

5.3 Indicadores de 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, o resultado deste Indicador no 1º trimestre 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 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.				
	janeiro	fevereiro	março	(Médias)
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Neonatal - Média de estratificação	21,23	0,00	0,00	7,08
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Pediátrica	29,13	0,00	0,00	9,71
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Umbilical na UTI Neonatal - Média da estratificação	30,79	4,85	29,25	21,63
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	29,85	0,00	10,42	13,42
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal - Média da estratificação	74,00%	80,92%	81,22%	78,71%
Taxa de utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	65,05%	47,20%	75,00%	62,42%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022

5.4 Taxa de 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.

Segue abaixo, o resultado deste indicador no 1º trimestre de 2022.

IQ IV - TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA NO 1º TRIMESTRE DE 2022				
Meta: TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2012).				
CLASSIFICAÇÃO ASA	janeiro	fevereiro	março	(Médias)
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%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022

5.5 Banco de Leite Humano

IQ V - BANCO DE LEITE HUMANO - 1 ° TRIMESTRE DE 2022					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
	Meta Mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestaçao de Alto Risco do Ambulatório	1	0	0	0	0,00%
Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar as dúvidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10	62	87	85	780,00%
Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10	25	27	79	436,67%
Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15	26	33	55	253,33%
Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20	20	27	25	120,00%
Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15	25	48	43	256,22%
Quantidade de exames microbiológicos realizados	100	86	154	126	122,00%
Quantidade de crematócritos realizados	100	86	154	126	122,00%
Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100	94	164	141	133,00%
Quantidade de litros recebidos/mês	30	28	20	55	114,17%

Quantidade de litros pasteurizados/mês	30	25	46	38	121,56%
TOTAL	431	477	760	773	155,41%
Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10	5	8	6	Cumpriu a meta

5.6 Rede Cegonha

IQ VI - INDICADORES DA REDE CEGONHA - 1º TRIMESTRE DE 2022					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador					
	Meta mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280	275	268	404	112,74%
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10	36	47	40	410,00%
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	102	200	150	179,37%
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	160	239	235	251,59%
Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15	8	8	13	64,44%
TOTAL	473	581	762	842	153,98%
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 mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≤ 5	3	4	5	Cumpriu a meta
TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA					
Meta: atender, mensalmente, as taxas conformes as metas contratadas.					
	Meta mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	45,81%	0,00%	41,58%	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%	95,23%	75,00%	74,78%	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%	100,00%	97,59%	96,52%	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%	1,19%	1,20%	0,00%	Cumpriu a meta
Taxa de inserções do DIU no pós- parto/pós-abortamento nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 25,00%	2,38%	1,20%	1,73%	Cumpriu a meta
Taxa de mortalidade de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≤ 2,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Cumpriu a meta
Taxa de mortalidade de puérperas que fizeram acompanhamento no PNAR	≤ 2,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Cumpriu a meta
Taxa de partos cesarianas em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	67,85%	80,42%	66,08%	Cumpriu a meta
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	32,14%	19,27%	33,91%	Cumpriu a meta
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Cumpriu a meta

5.7 Banco de Olhos

IQ VI - BANCO DE OLHOS - 1 ° TRIMESTRE DE 2022					
INDICADORES QUANTITATIVOS DO BANCO DE OLHOS					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
	Meta mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Quantidade de córneas captadas	20	0	6	2	13,33%
Quantidade de córneas preservadas	20	4	6	4	23,33%
Quantidade de córneas desprezadas por mal retirada	5	0	0	0	0,00%
Contagem de células endoteliais	20	4	0	0	6,67%
Captação de globos oculares (40 doadores)	80	0	0	2	0,83%
TOTAL	145	8	12	8	6,44%

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 mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Taxa de utilização da córnea após encaminhamento a Central	≥ 65,00%	0,00%	0,00%	0,00%	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 mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
Autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular	≥ 65,00%	0,00%	0,00%	0,00%	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 mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
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.	0	0	2	Cumpriu a meta
05.04.01.003 -4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea		4	6	4	
05.03.04.006 -1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado		0	0	0	
05.04.01.001 -8 – Contagem de células endoteliais da córnea		0	0	0	
05.06.01.005 -8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes		0	0	0	
07.02.12.006 -5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ml)		4	6	4	
RELATÓRIOS - QUALIDADE DA INFORMAÇÃO - 1º TRIMESTRE DE 2022					
Meta: Encaminhar, mensalmente, para a Gerência de Transplantes/SES as informações abaixo relacionadas.					
	Meta mês	janeiro	fevereiro	março	Δ%
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	3	5	7	Cumpriu a meta
Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contra-indicações clínicas)		3	5	7	
Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão (autorização ou não autorização familiar)		0	0	0	
Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município		0	0	1	

Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos		4	6	2	
Número de globos oculares processados		4	6	4	
Número de descartes e motivo		0	2	0	
Justificativa caso a meta mensal não esteja sendo atingida		14	24	21	

5.8. Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade no 1º Trimestre de 2022

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

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, da seguinte forma:

- 10,00% do valor da parte variável do custeio mensal corresponde ao Indicador “Atenção ao Usuário”, dividido:
 - a) 5% para o subindicador “*Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados*”
 - b) 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:
 - a) 5% para o subindicador “*Indicadores da Rede Cegonha*”;
 - b) 5% para o subindicador “*Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto Risco em acompanhamento no PNDAR*”;
 - c) 10% para subindicador “*Taxas relacionadas à Rede Cegonha*”;
- 20,00% corresponde ao custeio do Indicador “Banco de Olhos”, dividido:
 - a) 4,00% para o subindicador “*Quantitativos do Banco de Olhos*”;
 - b) 4,00% para o subindicador “*Avaliação Positiva para Transplante Óptico*”;
 - c) 4,00% para o subindicador “*Entrevistas com Familiares*”;
 - d) 4,00% para o subindicador “*Faturamento da Produção do Banco de Olhos*”;
 - e) 4,00% para o subindicador “*Relatórios - Qualidade da Informação*”.

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 Órgão 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 01, a seguir, define a distribuição percentual para pagamento da parte variável do custeio mensal, conforme o peso percentual ou valoração de cada Indicador de Qualidade

QUADRO 01- 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%

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, conforme o Quadro 02, abaixo.

QUADRO 02 - 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: pág. 46, item 6.3.1, 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 03, 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 03 - 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 04-10, a seguir (pág. 46, item 6.4, 9º TA ao CG 03/2018):

QUADRO 04 - 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 05 - 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 06 - 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: pág. 48, item 6.4.3, 9º TA ao CG 03/2018

QUADRO 07 - 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 08 - 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 09 - 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 10 - BANCO DE OLHOS

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 AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DE QUALIDADE 1º TRIMESTRE 2022

Para o 1º trimestre de 2022 o valor total de custeio foi de R\$ 11.580.478,68 (onze milhões, quinhentos e oitenta mil, quatrocentos e setenta e oito reais e sessenta e oito centavos), sendo o custeio mensal de R\$ 3.860.159,56 (três milhões, oitocentos e sessenta mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos).

Segue abaixo, no Quadro 11, a distribuição do custeio mensal referente aos Indicadores de Qualidade no 1º trimestre de 2022.

QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO NO 1º TRIMESTRE DE 2022

DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO	Janeiro	Fevereiro	Março	1º TRIMESTRE DE 2022
VALOR ASSISTENCIAL MÊS (90%)	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 10.422.430,81
VALOR QUALIDADE (9%)	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 1.042.243,08
VALOR INVESTIMENTO (1%)	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 115.804,79
VALOR DO CUSTEIO MENSAL	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 11.580.478,68
VALOR TOTAL DO CUSTEIO				R\$ 11.580.478,68

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022 - Valor do custeio mensal 1º trimestre de 2022

Segue no Quadro 12, abaixo, a distribuição percentual com o valor correspondente, conforme a valoração de cada Indicador de Qualidade contratado.

QUADRO 12 - VALOR CORRESPONDENTE A CADA INDICADOR DE QUALIDADE

INDICADORES DE QUALIDADE	DISTRIBUIÇÃO %	1º TRIMESTRE DE 2022
I- ATENÇÃO AO USUÁRIO	10,00%	R\$ 104.224,31
II- APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	10,00%	R\$ 104.224,31
III - INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	10,00%	R\$ 104.224,31
IV- INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	10,00%	R\$ 104.224,31
V- BANCO DE LEITE HUMANO	20,00%	R\$ 208.448,62
VI - REDE CEGONHA	20,00%	R\$ 208.448,62
VII- BANCO DE OLHOS	20,00%	R\$ 208.448,62
TOTAL	100,00%	R\$ 1.042.243,08

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022 - Valor correspondente aos Indicadores de Qualidade

A seguir, nos Quadros 13-15 a aferição financeira dos Indicadores de Qualidade, conforme as regras contratuais para pagamento do 9º TA ao CG nº 03/2018, descritas no Item 6 deste Relatório.

QUADRO 13 - AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DE QUALIDADE DE I A V

AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 1º TRIMESTRE 2022					
AVALIAÇÃO	I – ATENÇÃO AO USUÁRIO	II - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	III - INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	IV - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	V - BANCO DE LEITE
% de cumprimento de meta	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.	107,25%	META CUMPRIDA	META CUMPRIDA	Superou em 55,41% a meta pactuada
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta		Entre 95% e 100% de proporcionalidade de entre a produção hospitalar informada e a produção apresentada para o DATASUS	Envio do relatório pela CCIH com as taxas, análise dos resultados e medidas adotadas	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela ANS (Nov/2012)	Entre 90% e 100% de cumprimento de meta
Pagamento previsto para o percentual de cumprimento de meta		100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador
Valor correspondente a cada indicador		R\$ 104.224,31	R\$ 104.224,31	R\$ 104.224,31	R\$ 208.448,62
Percentual de desconto correspondente à regra contratual		0%	0%	0%	0%
Desconto correspondente a cada Indicador		R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022 - Aferição Financeira Indicadores de Qualidade I a V

QUADRO 14 - AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DA REDE CEGONHA

AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 1º TRIMESTRE 2022			
VI - REDE CEGONHA			
AVALIAÇÃO	INDICADORES REDE CEGONHA	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)	TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA
Análise do Indicador	A Unidade superou em 53,98% do percentual pactuado para o indicador, atendendo os quantitativos previstos.	A Unidade apresentou uma média de permanência de 4 dias, atendendo o quantitativo previsto para o Indicador.	A Unidade atendeu as Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores.
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	Entre 90% e 100% de cumprimento de meta	Tempo médio de permanência de até 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores
Pagamento previsto para o percentual de cumprimento de meta	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador
Valor correspondente ao indicador	R\$ 52.112,15	R\$ 52.112,15	R\$ 104.224,31
Percentual de desconto correspondente à regra contratual	0%	0%	0%
Desconto correspondente a cada Indicador	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022 - Aferição Financeira Indicadores da Rede Cegonha

QUADRO 15 - AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DO BANCO DE OLHOS

AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 1º TRIMESTRE 2022					
VII – BANCO DE OLHOS					
AVALIAÇÃO	INDICADORES BANCO DE OLHOS	AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO	ENTREVISTAS COM FAMILIARES	FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS	RELATÓRIOS - QUALIDADE DA INFORMAÇÃO
Análise do Indicador	6,44% de cumprimento de meta	0,00% de cumprimento de meta	0,00% de cumprimento de meta	A Unidade enviou a relação dos procedimentos lançados	A Unidade enviou o comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes

Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico abaixo de 50,00% dos tecidos oculares doados e captados	Apresentação abaixo de 50,00% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	Envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	Envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos
Regra de pagamento prevista para o percentual de cumprimento de meta	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Valor correspondente a cada indicador	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72
Percentual de desconto correspondente à regra contratual	50%	100%	100%	0%	0%
Desconto correspondente a cada Indicador	R\$ 20.844,86	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Desconto correspondente ao trimestre	R\$ 104.224,31				

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 202454/2022 - Aferição Financeira Indicadores Banco de Olhos

8 PARECER CONCLUSIVO

Analisando as Metas Quantitativas e Qualitativas acordadas com o Instituto IDEAS para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, 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:

De acordo com as informações enviadas pelo Hospital e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais - GAEMC, consideramos que houve o cumprimento das metas para os Indicadores de Qualidade no 1º trimestre de 2022, exceto para o Indicador "Banco de Olhos", sendo apurado um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)**, que não foi repassado 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 ”.

Em relação ao resultado das Metas de Produção Assistencial podemos identificar que no 1º trimestre de 2022 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência” e “Assistência Hospitalar” cumpriram a meta acima de 100%. Para o “Atendimento Ambulatorial o cumprimento de meta ficou entre 85 e 100%. Somente o serviço de SADT Externo teve o cumprimento da meta abaixo de 85%, sendo passível de desconto, caso a unidade não compense o volume de produção nos próximos meses do 1º semestre de 2022.

No Atendimento Ambulatorial , as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 50% foram: “Genética por Teleconsulta” (0%), “Dermatologia Pediátrica” (43,33%), “Infertilidade” (0%), “Infecologia Pediátrica” (41,67%) e Ortopedia Pediátrica (22,67%). Conforme as regras contratuais atualizadas pelo 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, a aferição financeira será realizada, considerando o total dos atendimentos ambulatoriais contratados e realizados. A aferição financeira das metas de Produção constará no relatório do 2º trimestre 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)

Marta Regina Bauer Barbosa _Enfermeira
Maria Aparecida Scottini _Médica Auditora

Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais _SUH
Comissão de Avaliação e Fiscalização _CAF
Secretaria Executiva

**MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO
CAF DO CONTRATO DE GESTÃO nº 03/2018
PORTARIA 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 Guesses 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.













Assinaturas do documento



Código para verificação: **Q68N67IT**

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

-  **MARTA REGINA BAUER BARBOSA** (CPF: 833.XXX.449-XX) em 28/04/2023 às 19:04:22
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/06/2019 - 12:39:41 e válido até 03/06/2119 - 12:39:41.
(Assinatura do sistema)
-  **DIEGO FLORIANO DE SOUZA** (CPF: 081.XXX.899-XX) em 28/04/2023 às 19:11:20
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/01/2023 - 14:13:59 e válido até 03/01/2123 - 14:13:59.
(Assinatura do sistema)
-  **CLAUDIA RIBEIRO DE ARAUJO GONSALVES** (CPF: 642.XXX.539-XX) em 02/05/2023 às 13:09:30
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 13:32:39 e válido até 13/07/2118 - 13:32:39.
(Assinatura do sistema)
-  **JOSÉ PAULO FERRAREZI** (CPF: 653.XXX.179-XX) em 02/05/2023 às 13:17:32
Emitido por: "SGP-e", emitido em 04/02/2022 - 16:15:29 e válido até 04/02/2122 - 16:15:29.
(Assinatura do sistema)
-  **MARIA APARECIDA SCOTTINI** (CPF: 618.XXX.149-XX) em 02/05/2023 às 14:34:06
Emitido por: "SGP-e", emitido em 04/04/2022 - 13:00:23 e válido até 04/04/2122 - 13:00:23.
(Assinatura do sistema)
-  **GILBERTO ANTÔNIO SCUSSIATO** (CPF: 710.XXX.629-XX) em 02/05/2023 às 15:10:27
Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/06/2021 - 18:07:33 e válido até 14/06/2121 - 18:07:33.
(Assinatura do sistema)
-  **ANGÉLICA GRASSI MANOEL** (CPF: 039.XXX.399-XX) em 04/05/2023 às 16:25:33
Emitido por: "SGP-e", emitido em 19/07/2022 - 20:09:44 e válido até 19/07/2122 - 20:09:44.
(Assinatura do sistema)
-  **LEONARDO DE SOUSA VALVERDE** (CPF: 049.XXX.859-XX) em 04/05/2023 às 16:50:48
Emitido por: "SGP-e", emitido em 15/02/2022 - 18:34:32 e válido até 15/02/2122 - 18:34:32.
(Assinatura do sistema)
-  **CESAR AUGUSTO DE MAGALHAES** (CPF: 476.XXX.830-XX) em 09/05/2023 às 17:20:49
Emitido por: "Autoridade Certificadora SERPRORFBv5", emitido em 31/01/2023 - 17:12:22 e válido até 31/01/2024 - 17:12:22.
(Assinatura ICP-Brasil)
-  **CÉSAR AUGUSTO PASETTO** (CPF: 606.XXX.359-XX) em 22/05/2023 às 17:01:24
Emitido por: "SGP-e", emitido em 11/11/2022 - 16:20:15 e válido até 11/11/2122 - 16:20:15.
(Assinatura do sistema)



Assinaturas do documento



Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNzEyMTRfNzE5OTRfMjAyM19RNjhONjdJVA==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00071214/2023** e o código **Q68N67IT** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.