



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO⁽¹⁾

CONTRATO DE GESTÃO n° 03/2018
HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC
PERÍODO_3º TRIMESTRE DE 2023⁽²⁾

NOME DO HOSPITAL

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

ENDEREÇO

Rua Wenceslau Braz, n° 1015, Operária Nova, Criciúma/SC. CEP 88809-020.

Telefone: (48) 3512-2137

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,
2º Termo Aditivo_PSES n° 97364/2019 e 9º Termo Aditivo_PSES n° 2088/2022.

Florianópolis, 29 de janeiro de 2024.

(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 3º trimestre de 2023 do HMISC, PSES n° 266170/2023.

(2) O Relatório do 3º trimestre de 2023 é o resultado da análise dos Relatórios de “Avaliação de Execução” enviados mensalmente pelo HMISC. Estes relatórios poderão ser localizados no PSES n° 178200/2023 (Julho), 203956/2023 (Agosto) e 229637/2023 (Setembro).

SUMÁRIO

	Página
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos e Apostilamentos ao CG 03/2018	5
3.2 Documentos de Referência	8
3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas	9
3.4 Indicadores de Qualidade Contratados	16
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 3º TRIMESTRE 2023	24
4.1 atendimentos de Urgências e Emergências (âmbito Hospitalar)	24
4.2 Assistência Hospitalar	25
4.3 Atendimento Ambulatorial	26
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico _SADT Externo	30
4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial	32
5- INDICADORES DE QUALIDADE 3º TRIMESTRE 2023	32
5.1 Atenção ao Usuário	33
5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	34
5.3 Controle de Infecção Hospitalar	34
5.4 Mortalidade Operatória	35
5.5 Banco de Leite Humano	36
5.6 Rede Cegonha	36
5.7 Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade	38
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	38
6.1 Regras para Aferição das Metas de Produção e Indicadores de Qualidade	39
7- AFERIÇÃO FINANCEIRA DOS INDICADORES DE QUALIDADE	44
8- PARECER CONCLUSIVO	46

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-pelo-HMISC-em-25/11/2022))

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

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

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

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 setembro de 2023 e baseados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e em informações fornecidas pela gestão do HIMISC. Eles visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de análise do relatório da CAF: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4204602594277?comp=202309>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	610
2- Total de Leitos (incluindo UTI)	125
3- UTI Neonatal – Tipo II	20

4- UTI Pediátrica – Tipo II	10
5- Leitos Cirúrgicos Geral	05
6- Leitos Cirúrgicos Ginecologia	05
7- Leitos Cirúrgicos Ortopedia e Traumatologia	01
8- Leitos Clínicos Geral	05
9- Leitos Clínicos Obstétricos	17
10- Leitos Clínicos Pediátricos	40
11- Leitos Cirúrgicos Obstétricos	06
12- Leitos Cirúrgicos Pediátricos	04
13- Leitos de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
14- Leitos de Isolamento	02
15- Centro Cirúrgico	03 salas
16- Sala de Recuperação Pós Anestésica	04 leitos
17- Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
18- Sala de Parto Normal	04
19- Sala de Pré-Parto	06 leitos
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	Próprio e Terceiro
7- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceiro
8- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	CARACTERÍSTICA
1- Laboratório	Terceiro
2- Serviço de Urgência e 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	Próprio e Terceiro
8- Serviço de Reabilitação	Próprio
SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO _SADT	CARACTERÍSTICA
1- Eletrocardiograma _ECG	Próprio
2- Endoscopia (Digestiva, Respiratórias e Urinárias)	Próprio

3- Radiologia	Próprio
4- Ressonância Magnética	Terceiro
5- Tomografia Computadorizada	Terceiro
6- Ultrassonografia (Convencional, com Doppler e Ecógrafo)	Próprio
7- Mamografia	Terceiro
8- Medicina Nuclear	Terceiro
9- Eletroencefalograma	Terceiro
10-Laparoscopia / Vídeo	Próprio

2 HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
CÓD	DESCRIÇÃO	ORIGEM	INÍCIO	FINAL
1901	Laqueadura	Local	02/2020	99/9999
2413	Banco de Tecido Ocular Humano	Nacional	10/2018	09/2023
2603	UTI II Pediátrica	Nacional	05/2007	99/9999
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 Apostilamentos ao CG nº 03/2018 (até setembro de 2023)

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 Autoclave pequena vertical, 04 bombas extratoras de leite, 04 carrinhos hospitalar, para melhoria estrutural e atendimento ao Banco de Leite Humano Dr. Dino Gorini – Hospital Materno Infantil Santa Catarina.
4º TA	DOE nº 21.773 18/05/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recursos no valor de R\$ 2.069.104,00 (dois milhões, sessenta e nove mil e cento e quatro reais) à Organização Social IDEAS, oriundos de emendas parlamentares, conforme Portaria GM/MS nº 3.151/2019 e Portaria GM/MS nº 679/2020, para custeio e manutenção do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, de acordo com os Planos de Aplicação juntados às folhas 264 a 277 do Processo SES 22379/2020.
5º TA	DOE nº 21.784 02/06/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto a implantação de sete (07) leitos de UTI Neonatal no Hospital Materno Infantil Santa Catarina, devido à necessidade urgente da disponibilização de leitos de UTI na região sul do Estado. Para fins de investimento, será repassado o valor total de R\$ 1.716.639,28, em parcela única, sendo R\$ 1.496.458,22 destinados à aquisição de equipamentos e mobiliário, e R\$ 220.181,06 para obras e reforma, a contar da data de publicação no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. Após a implantação dos referidos leitos, haverá a necessidade do acréscimo no custeio mensal no valor de R\$ 388.991,33, passando a parcela mensal de custeio para o valor total de R\$ 4.249.150,89 – PSES 82267/2022.

6º TA	DOE nº 21.815 18/07/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o reajuste do custeio do Contrato de Gestão nº 03/2018, aumentando o valor da parcela mensal para R\$ 4.444.518,84 (quatro milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil, quinhentos e dezoito reais e oitenta e quatro centavos), a partir de 1º de julho de 2022 , para fins de complementação de serviços médicos para o enfrentamento da situação de superlotação do pronto socorro do HMISC de acordo com SES 129482/2022.
7º TA	DOE nº 21.816 19/07/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o reajuste do custeio do Contrato de Gestão nº 03/2018, aumentando o valor da parcela mensal nos valores e nos termos abaixo elencados: a) R\$398.000,00 (trezentos e noventa e oito mil reais) mensais para a implantação de 11 leitos de enfermaria pediátricos (SES 129790/2022), a contar de 01/07/2022 ; b) R\$ 628.265,00 (seiscentos e vinte e oito mil, duzentos e sessenta e cinco reais) para implantação de 07 leitos UTI pediátricos temporários (SES 131055/2022), pelo período de 03 meses, prorrogável por mais 03 se persistir a necessidade, a contar de 15/07/2022 ; c) R\$ 421.566,40 (quatrocentos e vinte e um mil, quinhentos e sessenta e seis reais e quarenta centavos) para custeio do aumento da demanda (SES 128959/2022), a contar de 01/07/2022 .
9º TA	DOE nº 21.836 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 .
10º TA	DOE nº 21.851 06/09/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recursos financeiros, no valor de R\$ 315.586,69 (trezentos e quinze mil, quinhentos e oitenta e seis reais e sessenta e nove centavos), à Organização Social IDEAS, para execução de obra no Hospital Materno Infantil Santa Catarina – HMISC, a fim de viabilizar a implantação de 07 leitos UTI Neonatal, de acordo com as especificações técnicas juntadas às folhas 69 a 71 do Processo SES 153214/2022.

11° TA	DOE nº 22.056 10/07/2023	O presente Termo Aditivo tem por objeto custear 07 leitos UTI pediátricos no Hospital Materno Infantil Santa Catarina até o fim da vigência do Contrato de Gestão nº 03/2018, datada para dia 14 de novembro de 2023. O repasse do recurso financeiro para o custeio dos leitos de UTI pediátricos, referidos na Cláusula Primeira, será realizado mensalmente no valor de R\$ 500.572,10, juntamente com a parcela do custeio contratual, até o fim da vigência do Contrato de Gestão nº 03/2018, datada para dia 14 de novembro de 2023.
--------	-----------------------------	--

3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos no 3º trimestre de 2023 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 2023, 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. 03, 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. 03, 9º TA ao CG 03/2018).

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

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

MP I – Atendimento de Urgência e Emergência;

MP II – Assistência Hospitalar;

MP III – Atendimento Ambulatorial;

MP IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

3.3.1 Atendimento de Urgência e Emergência

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

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

“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 03.01.06.006-1 – *Atendimento de Urgência em Atenção Especializada*, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de atendimento do paciente no hospital, pág. 13-14, item 2.2, 9º TA ao CG 03/2018.

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

Tabela 01: Distribuição do quantitativo da MP para 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, 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 **500 (quinhentas) saídas hospitalares/mês**, observando a variação de $\pm 15\%$ ”, pág. 16, item 3.7, 9º TA ao CG 03/2018.

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

A produção de Assistência Hospitalar deverá ser realizada, mensalmente, distribuídas

de acordo com a Tabela 02, a seguir:

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

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

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

As saídas Hospitalares da Clínica Cirúrgica mencionada na Tabela 02 (acima) deverão atender o quantitativo abaixo, conforme Tabela 03 (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 03: 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. Após pactuação, também poderão ser encaminhados pacientes pelas Centrais de Regulação do Estado e dos Municípios da Região do Sul, em especialidades

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

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

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

“Os atendimentos referentes a Processos Terapêuticos de Média e Longa duração, tais como: Psicoterapia, Fonoaudiologia e Nutrição, 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 4-5, abaixo:

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

Tabela 04: Atendimento Ambulatorial – Especialidades Médicas.

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

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

Tabela 05: Atendimento Ambulatorial – Especialidades Não Médicas.

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

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

A produção Ambulatorial deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento conforme as Tabelas 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, item 5.3, 9º TA ao CG 03/2018):

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

Tabela 06 – SADT Externo – Exames e Procedimentos.

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

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

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

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

IQ I - Atenção ao Usuário;

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

IQ III - Controle de Infecção Hospitalar;

IQ IV - Mortalidade Operatória;

IQ V - Banco de Leite Humano;

IQ VI - Rede Cegonha;

3.4.1 Atenção ao Usuário: 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 (PSU) 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 7), 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.

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

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

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

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

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

 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.

3.4.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH): 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 8 (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 8: Indicador de Apresentação de AIH – Variação % para avaliação do cumprimento da meta.

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

“A Organização Social deverá enviar, mensalmente, por meio do Relatório Técnico Assistencial da Unidade e Planilha de Supervisão e Acompanhamento, os registros relativos às Saídas Hospitalares. A Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais Relatório Oficiais da Apresentação de Autorização Hospitalar” (pág. 23, 9º TA ao CG 03/2018).

3.4.3 Controle de Infecção Hospitalar: 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, item 6.6.1, 9º TA ao CG 03/2018).

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

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

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

A Tabela 09 (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 09: Indicador de Controle de Infecção Hospitalar – Variação % para avaliação da meta.
Fonte: pág. 24, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.4 Mortalidade Operatória: 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), págs. 25-26, 9º TA ao CG 03/2018.

3.4.4.1 Conceitos do Indicador de Mortalidade Operatória

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

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de } \acute{o}\text{bitos durante ou at\acute{e} 7 dias ap\acute{o}s cirurgia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes submetidos a cirurgia}} \times 100$$

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 10 e 11):

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 10: 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 11: 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 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 crematócritos realizados	100
9. Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100
10. Quantidade de litros recebidos/mês	30
11. Quantidade de litros pasteurizados/mês	30
12. Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10

Tabela 12: Indicadores Banco de Leite Humano.

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

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

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

Quantidade Contratada

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 13: Indicadores da Rede Cegonha.

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

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

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

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**.*

x 100

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

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

Tabela 14: Indicadores da Rede Cegonha – Média de permanência – Tratamento clínico.

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

3.4.6.3 Taxas relacionadas à Rede Cegonha: peso percentual 10%

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

INDICADORES REDE CEGONHA	Meta Mês
Taxas relacionadas	
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 15: Indicadores Rede Cegonha – Taxas.

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

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

4 METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 3º TRIMESTRE 2023

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 3º trimestre de 2023.

4.1 Atendimentos de Urgências e Emergências (âmbito Hospitalar)

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

A produção acima deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades

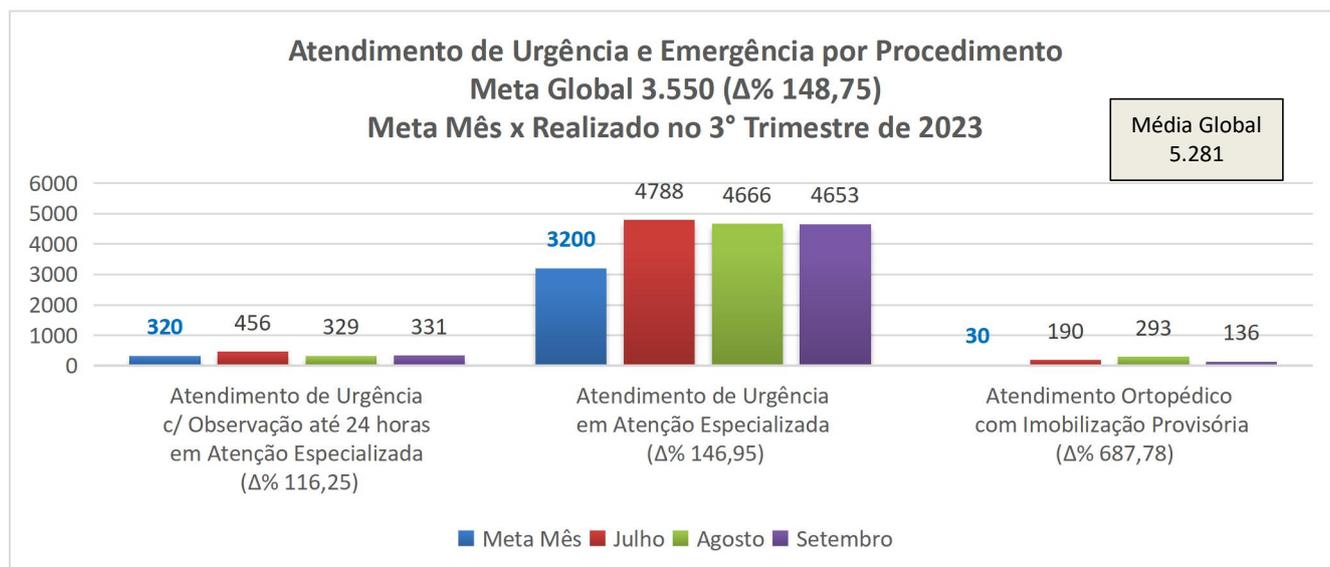
definidas para cada procedimento. Segue abaixo, o volume produzido pelo Hospital no 3º trimestre de 2023.

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – 3º TRIMESTRE DE 2023							
CÓDIGO/PROCEDIMENTO	META MÊS	JUL	AGO	SET	Contratado	Realizado	Δ%
03.01.06.002-9_Atendimento de Urgência c/ Observação até 24 horas em Atenção Especializada	320	456	329	331	960	1.116	116,25%
03.01.06.006-1_Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.200	4.788	4.666	4.653	9.600	14.107	146,95%
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30	190	293	136	90	619	687,78%
TOTAL	3.550	5.434	5.288	5.120	10.650	15.842	148,75%

Quadro 01 – Atendimento de Urgência e Emergência – 3º trimestre de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

No Gráfico 01 (abaixo), segue a representação gráfica com o resultado dos atendimentos de Urgência e Emergência, por procedimento, no 3º trimestre de 2023.

Gráfico 01



4.2 Assistência Hospitalar

Para a Meta de Produção “Assistência Hospitalar”, o Hospital deverá realizar **500 (quinhentas) 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 3º trimestre de 2023, por tipo de Clínica.

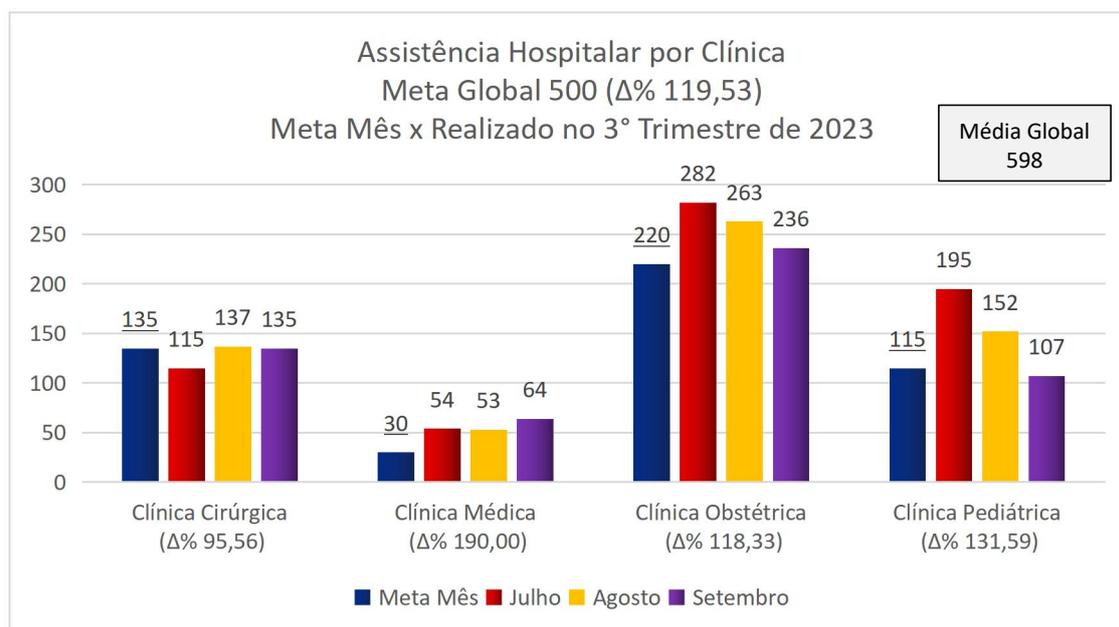
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – 3º TRIMESTRE DE 2023							
Clínicas Hospitalares	Meta Mês	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	Δ%
Clínica Cirúrgica	135	115	137	135	405	387	95,56%
Clínica Médica	30	54	53	64	90	171	190,00%
Clínica Obstétrica	220	282	263	236	660	781	118,33%
Clínica Pediátrica	115	195	152	107	345	454	131,59%
TOTAL	500	646	605	542	1.500	1.793	119,53%

Quadro 02 – Assistência Hospitalar – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

A seguir, no Gráfico 02, a representação dos resultados, por clínica, do 3º trimestre de 2023 da metapara “Assistência Hospitalar”.

Gráfico 02



4.3 Atendimento Ambulatorial

O Hospital deverá realizar Meta de Produção mensal de **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.

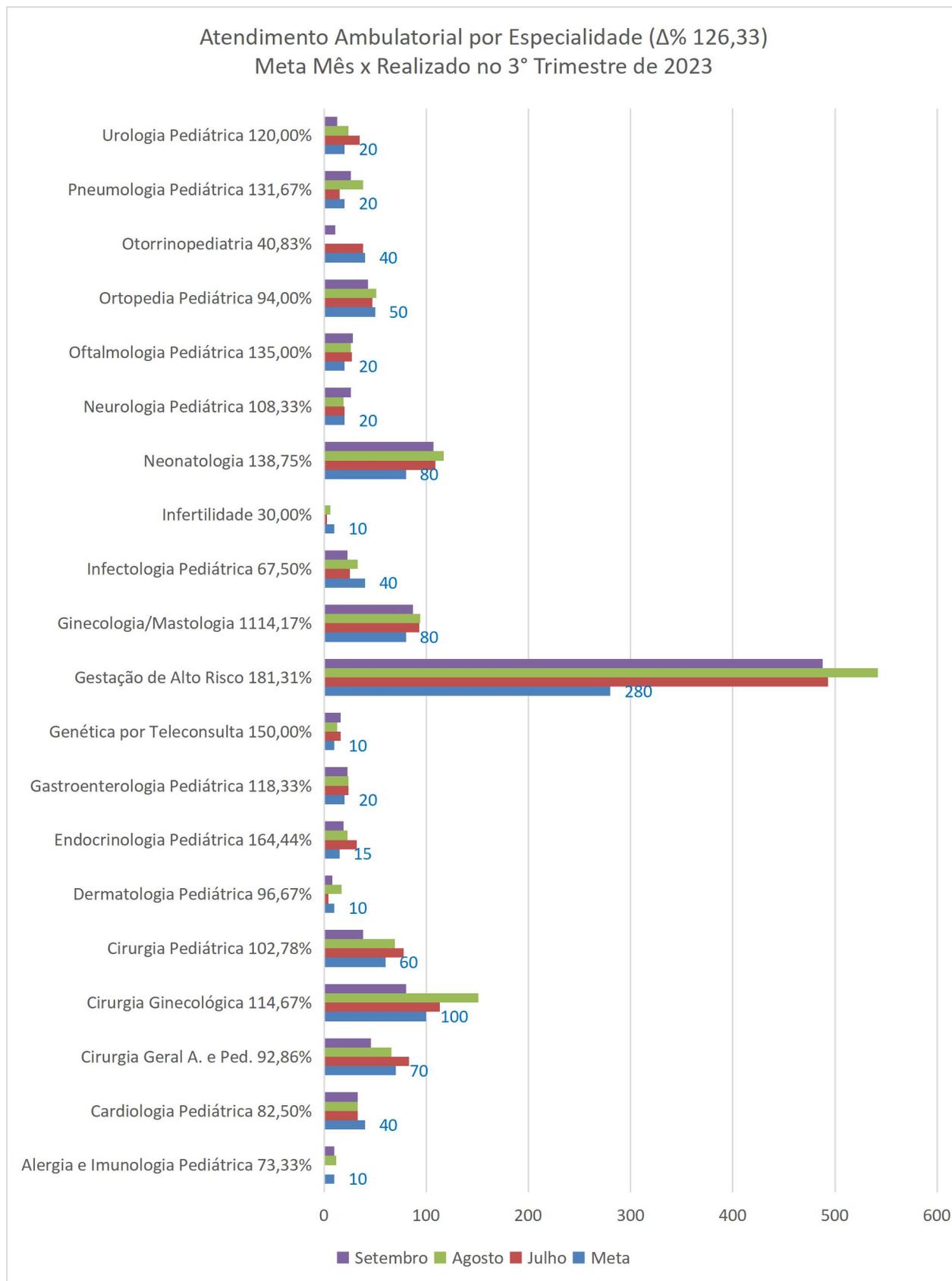
Segue abaixo, o quantitativo de Atendimento Ambulatorial realizado pelo Hospital no 3º trimestre de 2023, por especialidade Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - 3º TRIMESTRE DE 2023							
ESPECIALIDADES MÉDICAS	Meta Mês	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	Δ%
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	0	12	10	30	22	73,33%
Cardiologia Pediátrica	40	33	33	33	120	99	82,50%
Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	70	83	66	46	210	195	92,86%
Cirurgia Ginecológica	100	113	151	80	300	344	114,67%
Cirurgia Pediátrica	60	78	69	38	180	185	102,78%
Dermatologia Pediátrica	10	4	17	8	30	29	96,67%
Endocrinologia Pediátrica	15	32	23	19	45	74	164,44%
Gastroenterologia Pediátrica	20	24	24	23	60	71	118,33%
Genética por Teleconsulta	10	16	13	16	30	45	150,00%
Gestação de Alto Risco	280	493	542	488	840	1.523	181,31%
Ginecologia / Mastologia	80	93	94	87	240	274	114,17%
Infectologia Pediátrica	40	25	33	23	120	81	67,50%
Infertilidade	10	3	6	0	30	9	30,00%
Neonatologia	80	109	117	107	240	333	138,75%
Neurologia Pediátrica	20	20	19	26	60	65	108,33%
Oftalmologia Pediátrica	20	27	26	28	60	81	135,00%
Ortopedia Pediátrica	50	47	51	43	150	141	94,00%
Otorrino Pediatria	40	38	0	11	120	49	40,83%
Pneumologia Pediátrica	20	15	38	26	60	79	131,67%
Urologia Pediátrica	20	35	24	13	60	72	120,00%
TOTAL	995	1.288	1.358	1.125	2.985	3.771	126,33%

Quadro 03 – Atendimento Ambulatorial – Consultas Especialidades Médicas – 3º trimestre de 2023.

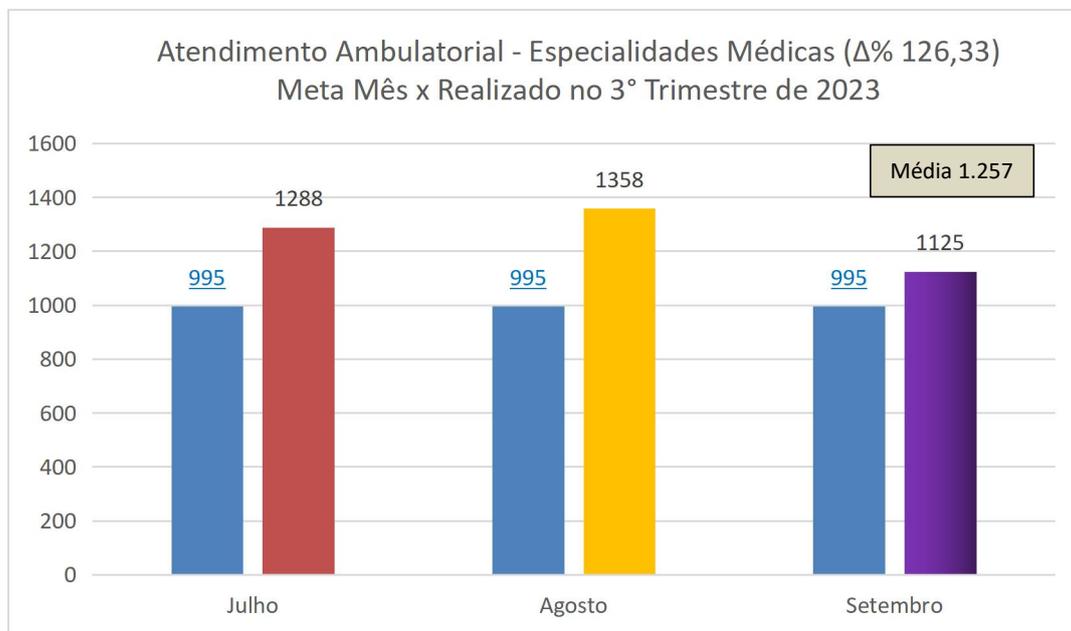
Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

A seguir, no Gráfico 03, a representação dos resultados do 3º trimestre de 2023 para Consultas Médicas Ambulatoriais por especialidades médicas.



A seguir, no Gráfico 04, a representação dos resultados do 3º trimestre de 2023 para Consultas Médicas Ambulatoriais, considerando a meta global mês e o realizado mensal.

Gráfico 04

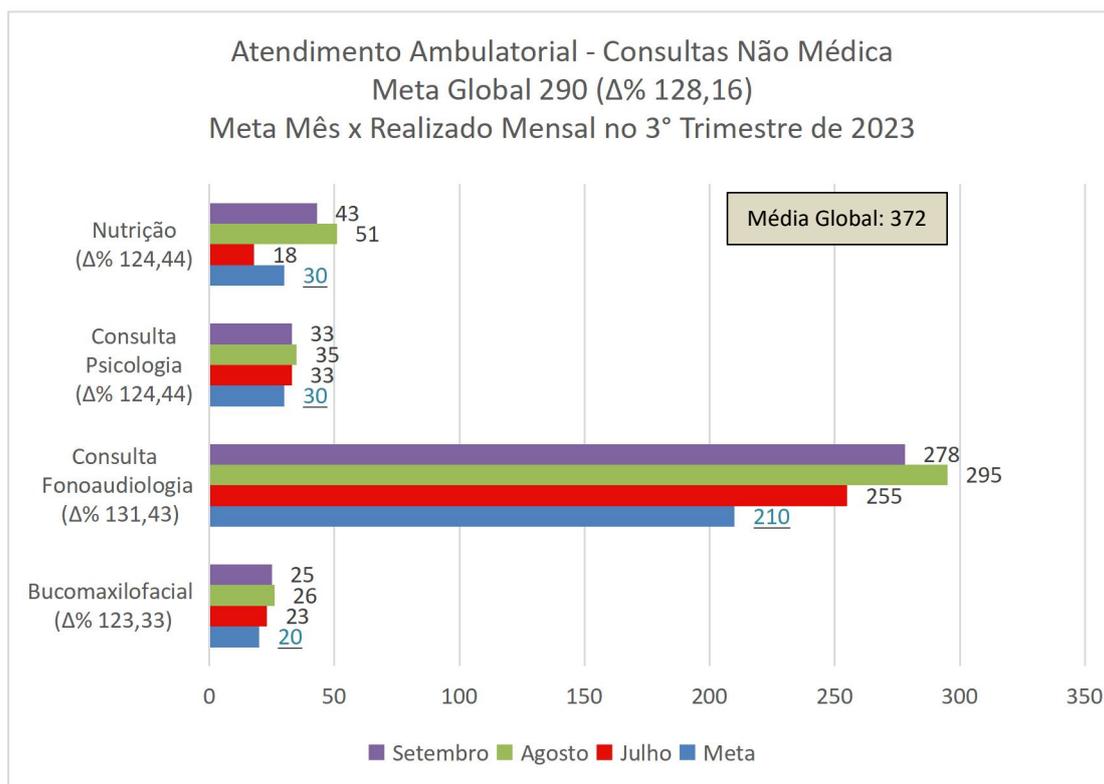


Segue abaixo, o quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais realizados pelo Hospital no 3º trimestre de 2023, por especialidade Não Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS – 3º TRIMESTRE DE 2023							
ESPECIALIDADES	META MÊS	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	Δ%
Bucomaxilofacial	20	23	26	25	60	74	123,33%
Consulta Fonoaudiologia	210	255	295	278	630	828	131,43%
Consulta Psicologia	30	33	35	33	90	101	112,22%
Nutrição	30	18	51	43	90	112	124,44%
TOTAL	290	329	407	379	870	1.115	128,16%

Quadro 04 – Atendimento Ambulatorial – Consultas Especialidades Não Médicas – 3º trimestre de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

A seguir, no Gráfico 05, a representação dos resultados do 3º trimestre de 2023 para Consultas Ambulatoriais de profissionais Não Médicos, por especialidade.



Segue abaixo, o resumo dos Atendimentos Ambulatoriais realizados pelo Hospital no 3º trimestre de 2023.

RESUMO AMBULATORIO – 3º TRIMESTRE DE 2023							
ESPECIALIDADES	META MÊS	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	$\Delta\%$
MÉDICAS	995	1.288	1.358	1.125	2.985	3.771	126,33%
NÃO MÉDICAS	290	329	407	370	870	1.115	128,16%
TOTAL	1.285	1.617	1.765	1.504	3.855	4.886	126,74%

Quadro 05 – Resumo Atendimento Ambulatorial – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

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 3º trimestre de 2023.

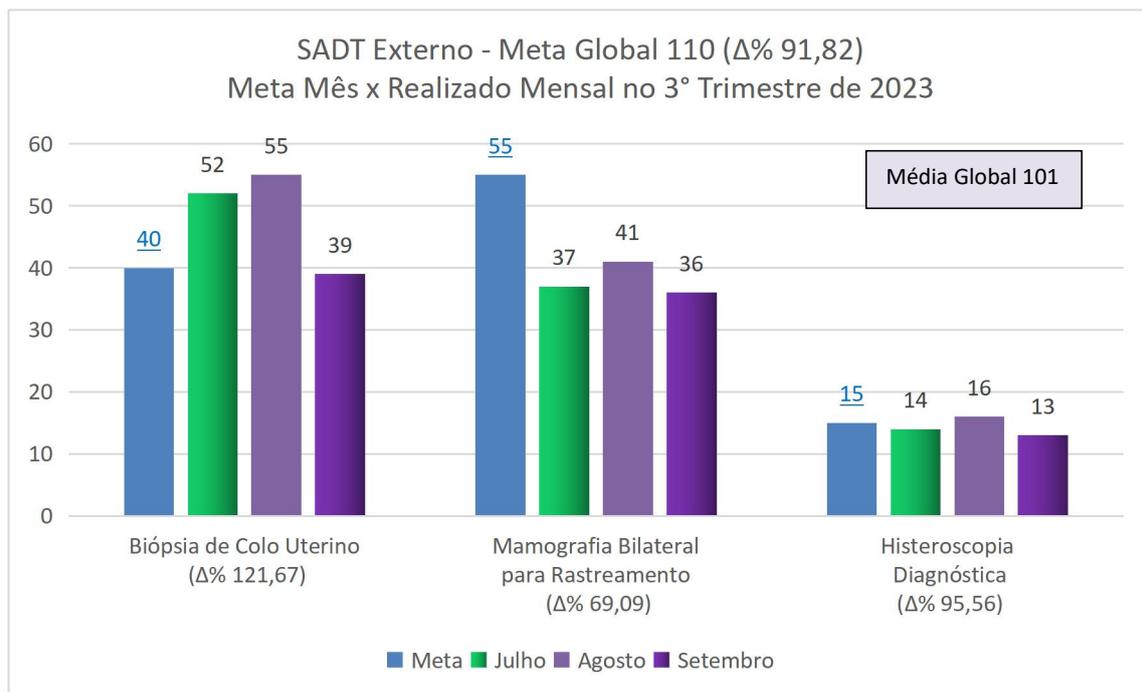
SADT EXTERNO – 3º TRIMESTRE DE 2023							
TIPO DE EXAME	META MÊS	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	Δ%
Biopsia de Colo Uterino	40	52	55	39	120	146	121,67%
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55	37	41	36	165	114	69,09%
Histeroscopia Diagnóstica	15	14	16	13	45	43	95,56%
TOTAL	110	103	112	88	330	303	91,82%

Quadro 06 – Atendimento SADT Externo – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

A seguir, no Gráfico 06, a demonstração dos resultados do 3º trimestre de 2023 para os atendimentos de SADT Externo.

Gráfico 06



Segue abaixo, o resumo com o resultado geral de todas as Metas de Produção Assistencial do HMISC no 3º trimestre de 2023.

RESUMO DAS METAS DE PRODUÇÃO – 3º TRIMESTRE DE 2023							
SERVIÇOS	META MÊS	Julho	Agosto	Setembro	Contratado	Realizado	Δ%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	3.550	5.434	5.288	5.120	10.650	15.842	148,75%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	500	646	605	542	1.500	1.793	119,53%

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1.285	1.617	1.765	1.504	3.855	4.886	126,74%
SADT EXTERNO	110	103	112	88	330	303	91,82%

Quadro 07 – Resumo das Metas de Produção – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial no 3º Trimestre de 2023

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 3º trimestre de 2023 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência”, “Assistência Hospitalar” e “Atendimento Ambulatorial” ficaram acima de 100% da meta contratada. O serviço de SADT Externo cumpriu 91,82% da meta, ficando acima de 85% e portanto alcançando também a meta contratada.

No Atendimento Ambulatorial, as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 85% foram: “Alergia e Imunologia Pediátrica” (73,33%), “Cardiologia Pediátrica” (82,50%), “Infectologia Pediátrica” (67,50%), “Infertilidade” (30,00%) e “Otorrino Pediatria” (40,83%). 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.

Em relação ao SADT, apesar de a meta ser também global, o exame de “Mamografia Bilateral para Rastreamento” cumpriu apenas 69,09% da meta, ficando abaixo de 85% do volume contratado.

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 4º trimestre de 2023, o qual apresentará o resultado do 2º semestre das Metas de Produção.

5 INDICADORES DE QUALIDADE REFERENTES AO 3º TRIMESTRE DE 2023

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

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

A seguir estão os resultados dos Indicadores de Qualidade do Hospital Materno Infantil Santa Catarina (HMISC) no 3º trimestre de 2023.

5.1 Atenção ao Usuário

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

Nos Quadros 08 e 09, o resultado da Pesquisa de Satisfação referente ao 3º trimestre de 2022.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (Nº de Pesquisados) - 3º TRIMESTRE DE 2023					
Meta: entrevistar, pelo menos, 10% de pacientes/acompanhantes de cada grupo					
Urgência e Emergência	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº total de pacientes atendidos	5.434	5.288	5.120	15.842	11,54%
Nº total de avaliações realizadas	660	586	582	1.828	
Pacientes Internados	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº total de pacientes atendidos	646	605	542	1.793	41,27%
Nº total de avaliações realizadas	218	144	378	740	
Ambulatório ou SADT Externo	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº total de pacientes atendidos	1.288	1.358	1.125	3.771	17,08%
Nº total de avaliações realizadas	149	313	182	644	
Após Alta Hospitalar	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº total de pacientes atendidos	645	605	541	1.791	13,29%
Nº total de avaliações realizadas	108	70	60	238	

Quadro 08 – Pesquisa de Satisfação do Usuário (Nº de Pesquisados) – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (Nível de Satisfação) - 3º TRIMESTRE DE 2023					
Meta: obter a Satisfação dos Usuários entrevistados em, pelo menos, 90% das manifestações					
	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº total de Manifestações	8.592	9.402	10.126	28.120	97,66%
Nº de Manifestações como “Satisfeito + Muito Satisfeito”	8.463	9.125	9.874	27.462	

Quadro 09 – Pesquisa de Satisfação do Usuário (Nível de Satisfação) – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

“A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou 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 3º trimestre de 2023.

IQ II – APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) - 3º TRIMESTRE DE 2023					
Meta: atingir 100% de todas as AIH’s autorizadas, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) do mês de competência					
	Julho	Agosto	Setembro	TOTAL	Δ%
Nº de AIH's apresentadas para GMAPS	723	671	610	2.004	111,77%
Nº de Saídas Hospitalares Informadas pela Organização Social	646	605	542	1.793	

Quadro 10 – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.3 Controle de Infecção Hospitalar

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

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

A seguir, o resultado deste Indicador no 3º trimestre de 2023.

IQ III – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – 3º TRIMESTRE DE 2023				
Meta: envio de relatório 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.				
	Julho	Agosto	Setembro	Médias
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Neonatal – Média de estratificação	1,32	48,41	17,35	22,36

Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Pediátrica	8,70	0,00	35,71	14,80
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Umbilical na UTI Neonatal – Média da estratificação	3,09	50,46	19,82	24,46
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	5,75	22,12	49,38	25,75
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal – Média da estratificação	86,18%	63,00%	82,44%	77,21%
Taxa de utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	75,65%	86,92%	48,21%	70,26%

Quadro 11 – Controle de Infecção Hospitalar – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.4 Mortalidade Operatória

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

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

Segue abaixo, o resultado deste indicador no 3º trimestre de 2023.

IQ IV – TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA – 3º TRIMESTRE DE 2023				
Meta: TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitas pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2012).				
CLASSIFICAÇÃO ASA	Julho	Agosto	Setembro	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%

Quadro 12 – Taxa de Mortalidade Operatória – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.5 Banco de Leite Humano

IQ V – BANCO DE LEITE HUMANO – 3º TRIMESTRE DE 2023					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
	Meta Mês	Julho	Agosto	Setembro	Δ%
Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestaçao de Alto Risco do Ambulatório	1	1	1	1	100,00%
Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar as dúvidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10	57	52	56	550,00%
Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10	60	59	64	610,00%
Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15	52	47	51	333,33%
Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20	28	31	37	160,00%
Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15	47	46	31	275,33%
Quantidade de exames microbiológicos realizados	100	264	260	154	226,00%
Quantidade de crematócritos realizados	100	264	260	154	226,00%
Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100	278	276	169	241,00%
Quantidade de litros recebidos/mês	30	47	43	44	149,21%
Quantidade de litros pasteurizados/mês	30	60	52	31	158,67%
TOTAL	431	1.158	1.127	792	237,97%
Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10	2	2	2	Cumpriu a meta

Quadro 13 – Banco de Leite Humano – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.6 Rede Cegonha

IQ VI – REDE CEGONHA – 3º TRIMESTRE DE 2023					
Meta: atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador					
	Meta mês	Julho	Agosto	Setembro	Δ%
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280	493	542	488	181,31%

Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10	58	53	32	476,67%
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	199	165	148	203,17%
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	236	327	310	346,43%
Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15	17	17	10	97,78%
TOTAL	473	1.003	1.104	988	218,11%

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.

Tempo médio de permanência para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	Meta mês	Julho	Agosto	Setembro	Δ%
	≤ 5	4,26	4,37	4,60	Cumpriu a meta

TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA

Meta: atender, mensalmente, as taxas conformes as metas contratadas.

	Meta mês	Julho	Agosto	Setembro	Δ%
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	29,81%	22,69%	20,49%	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%	77,07%	94,12%	2,90%	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%	93,63%	100,00%	1,24%	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%	0,00%	0,00%	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%	1,27%	1,59%	1,02%	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%	63,70%	35,74%	13,73%	Cumpriu a meta
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	36,30%	21,51%	10,66%	Cumpriu a meta
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	0,63%	0,00%	0,00%	Cumpriu a meta

Quadro 14 – Rede Cegonha – 3º trimestre de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

5.7. Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade no 3º Trimestre de 2023

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, quanto a análise dos Indicadores de Qualidade podemos identificar que no 3º trimestre de 2023, houve o cumprimento integral das metas estabelecidas, não havendo, portanto, impacto financeiro para o 3º Trimestre de 2023.

No item 7 deste relatório, será apresentada a aferição financeira referente aos Indicadores de Qualidade.

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 se subdivide 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:

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

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

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

As Metas de Produção Assistencial constantes no Plano de Trabalho, conforme o 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, passarão a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022 e serão aferidas a cada 6 (seis) meses. Da análise destas metas poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada

através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordado entre as partes (págs. 42-43, itens 4.2 – 4.3.2, 9º TA ao CG nº 03/2018).

Os Indicadores de Qualidade serão avaliados pelo Órgão Supervisor a cada período de 03 (três) meses, de acordo com o exercício financeiro. Os resultados obtidos serão aferidos, conforme o 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022. O 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 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 Quadro 15, 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 15 – PESO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE

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

QUADRO 16 – 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
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual destinado para o serviço
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% do peso percentual destinado para o serviço
SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO EXTERNO	Entre 69,99% e 50% do volume contratado	70% do peso percentual destinado para o serviço
	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 17-22, a seguir (pág. 46, item 6.4, 9º TA ao CG 03/2018):

QUADRO 17 – 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 18 – 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 19 – 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	100% do valor destinado ao indicador
	Não envio de Relatório no prazo estabelecido / Envio de Relatório com ausência das informações necessárias	0% do valor destinado ao indicador

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

QUADRO 20 – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA (IMO)

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
IQ IV - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA (IMO)	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 21 – 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 22 – 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 aosubgrupo 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

7 AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DE QUALIDADE 3º TRIMESTRE 2023

Para o 3º trimestre de 2023 o valor total de custeio foi de R\$18.238.946,01 (dezoito milhões, duzentos e trinta e oito mil, novecentos e quarenta e seis reais e um centavo), sendo que o valor do custeio mensal em julho, agosto e setembro foi de R\$ 6.079.648,67 (seis milhões, setenta e nove mil, seiscentos e quarenta e oito reais e sessenta e sete centavos).

Segue abaixo, no Quadro 23, a distribuição do custeio mensal referente aos Indicadores de Qualidade no 3º trimestre de 2023.

QUADRO 23 – DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO NO 3º TRIMESTRE DE 2023

DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO	Julho	Agosto	Setembro	3º TRIMESTRE DE 2023
VALOR ASSISTENCIAL MÊS (90%)	R\$ 5.471.683,80	R\$ 5.471.683,80	R\$ 5.471.683,80	R\$ 16.415.051,41
VALOR QUALIDADE (9% - 10%)	R\$ 547.168,38	R\$ 547.168,38	R\$ 547.168,38	R\$ 1.641.505,14
VALOR INVESTIMENTO (1%)	R\$ 60.796,49	R\$ 60.796,49	R\$ 60.796,49	R\$ 182.389,46
VALOR DO CUSTEIO MENSAL	R\$ 6.079.648,67	R\$ 6.079.648,67	R\$ 6.079.648,67	R\$ 18.238.946,01
VALOR TOTAL DO CUSTEIO				R\$ 18.238.946,01

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

Segue no Quadro 24, abaixo, a distribuição percentual com o valor correspondente, conforme a valoração de cada Indicador de Qualidade contratado.

QUADRO 24 – VALOR CORRESPONDENTE A CADA INDICADOR DE QUALIDADE

INDICADORES DE QUALIDADE	DISTRIBUIÇÃO %	3º TRIMESTRE DE 2023
I – ATENÇÃO AO USUÁRIO	13,00%	R\$ 213.395,67
II – A PRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	13,00%	R\$ 213.395,67
III – INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	13,00%	R\$ 213.395,67
IV – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	13,00%	R\$ 213.395,67
V – BANCO DE LEITE HUMANO	24,00%	R\$ 393.961,23
VI – REDE CEGONHA	24,00%	R\$ 393.961,23
TOTAL	100,00%	R\$ 1.641.505,14

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

A seguir, nos Quadros 25 e 26 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 25 – AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DE QUALIDADE DE I A V

AFERIÇÃO FINANCEIRA – INDICADORES DE QUALIDADE – 3º TRIMESTRE 2023						
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 pacientes acompanhantes entrevistados	Nível de Satisfação dos entrevistados				
% cumprimento de meta	A unidade realizou entrevistas com, pelo menos 10% de pacientes/acompanhantes em todos os grupos há a previsão de pagamento de 100% do valor destinado ao indicador	A unidade apresentou 97,66% de Nível de Satisfação dos entrevistados	A Unidade atingiu 111,83% de todas as AIH's autorizadas	META CUMPRIDA	META CUMPRIDA	A Unidade superou em 137,97% o percentual pactuado para o indicador
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes / acompanhantes em dois ou mais grupos	Entre 90% e 100% de satisfação dos pacientes / acompanhantes entrevistados	Entre 95% e 100% de proporcionalidade e 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 variável destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor variável destinado ao subgrupo do indicador	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\$ 106.697,83	R\$ 106.697,83	R\$ 213.395,67	R\$ 213.395,67	R\$ 213.395,67	R\$ 393.961,23
Percentual de desconto correspondente à regra contratual	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Desconto correspondente a cada Indicador	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 266170/2023.

QUADRO 26 – AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DA REDE CEGONHA

AFERIÇÃO FINANCEIRA – INDICADORES DE QUALIDADE – 3º TRIMESTRE 2023			
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 118,11% o 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 subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Valor correspondente ao indicador	R\$ 98.490,31	R\$ 98.490,31	R\$ 196.980,62
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 266170/2023.

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 (Sistêmica 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 todos os Indicadores de Qualidade no 3º trimestre de 2023.

Em relação ao resultado das Metas de Produção Assistencial podemos identificar que

no 3º trimestre de 2023, 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 3º trimestre de 2023 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência”, “Assistência Hospitalar” e “Atendimento Ambulatorial” ficaram acima de 100% da meta contratada. O serviço de SADT Externo cumpriu 91,82% da meta, ficando acima de 85% e portanto alcançando também a meta contratada.

No Atendimento Ambulatorial, as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 85% foram: “Alergia e Imunologia Pediátrica” (73,33%), “Cardiologia Pediátrica” (82,50%), “Infectologia Pediátrica” (67,50%), “Infertilidade” (30,00%) e “Otorrino Pediatria” (40,83%). 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.

Em relação ao SADT, apesar de a meta ser também global, o exame de “Mamografia Bilateral para Rastreamento” cumpriu apenas 69,09% da meta, ficando abaixo de 85% do volume contratado.

A aferição financeira das metas de Produção constará no relatório do 2º semestre de 2023 junto ao relatório do 4º 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)

Nicolli Martins Maciel_Enfermagem
Maria Aparecida Scottini_Médica Auditora

Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais_SUH
Secretaria Executiva da Comissão de Avaliação e Fiscalização_CAF

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

(Assinado Digitalmente)

I – Representante da Secretaria de Estado da Saúde:

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

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

- a) Gilberto Antônio Scussiato, como Titular.

III – Representante da Diretoria Executiva do IDEAS:

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

IV – Representante da Regional de Saúde:

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

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

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

VI – Representante da Câmara Municipal dos Vereadores de Criciúma:

- a) José Paulo Ferrarezi, como Titular;

VII – Representante Associação Empresarial de Criciúma - ACIC:

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

VIII – Representante Prefeitura Municipal de Criciúma:

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

IX – Representante Conselho Municipal de Saúde de Criciúma:

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

X – Representante Comissão Intergestores Regional de Saúde:

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



Assinaturas do documento



Código para verificação: **CI2F889D**

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

- ✓ **NICOLLI MARTINS MACIEL** (CPF: 055.XXX.449-XX) em 11/03/2024 às 17:20:32
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/05/2023 - 13:56:33 e válido até 02/05/2123 - 13:56:33.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **MARIA APARECIDA SCOTTINI** (CPF: 618.XXX.149-XX) em 14/03/2024 às 16:09:04
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 18/03/2024 às 14:22:40
Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/06/2021 - 18:07:33 e válido até 14/06/2121 - 18:07:33.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **LEONARDO DE SOUSA VALVERDE** (CPF: 049.XXX.859-XX) em 18/03/2024 às 14:44:28
Emitido por: "SGP-e", emitido em 15/02/2022 - 18:34:32 e válido até 15/02/2122 - 18:34:32.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **ANGÉLICA GRASSI MANOEL** (CPF: 039.XXX.399-XX) em 18/03/2024 às 15:53:24
Emitido por: "SGP-e", emitido em 19/07/2022 - 20:09:44 e válido até 19/07/2122 - 20:09:44.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **CESAR AUGUSTO DE MAGALHAES** (CPF: 476.XXX.830-XX) em 18/03/2024 às 16:58:20
Emitido por: "Autoridade Certificadora SAFE-ID BRASIL", emitido em 02/02/2024 - 09:42:49 e válido até 01/02/2025 - 09:42:49.
(Assinatura ICP-Brasil)
- ✓ **DIEGO FLORIANO DE SOUZA** (CPF: 081.XXX.899-XX) em 19/03/2024 às 07:13:32
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/01/2023 - 14:13:59 e válido até 03/01/2123 - 14:13:59.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **CÉSAR AUGUSTO PASETTO** (CPF: 606.XXX.359-XX) em 19/03/2024 às 16:34:28
Emitido por: "SGP-e", emitido em 11/11/2022 - 16:20:15 e válido até 11/11/2122 - 16:20:15.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VVTXzcwNTIfMDAxOTlyNDBfMTk0MjA1XzlwMjNfQ0kyRjg4OUQ=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00192240/2023** e o código **CI2F889D** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.