



## **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO<sup>(1)</sup>**

**CONTRATO DE GESTÃO n° 03/2018**  
**HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA CATARINA - HMISC**  
**PERÍODO\_2º TRIMESTRE e 1º SEMESTRE DE 2022<sup>(2)</sup>**

### **NOME DO HOSPITAL**

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

### **ENDEREÇO**

Rua Wenceslau Braz, n° 1015, Operária Nova, Criciúma/SC. CEP 88809-020.  
Telefone: (48) 3445 8780

### **ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS

### **CONTRATO DE GESTÃO**

SES/SPG CG n° 03/2018\_PSES n° 43024/2018, Apostilamento n° 03\_PSES n°158631/2021 e 9º  
Termo Aditivo\_PSES n° 2088/2022.

Florianópolis, 16 de março de 2022.

(1) Este Relatório de Avaliação baseia-se no Relatório de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais\_GAEMC, referente ao 2º trimestre e 1º semestre de 2022 do HMISC, PSES n° 211089/2022.

(2) O Relatório do 2º trimestre e 1º semestre de 2022 é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pelo HMISC. Estes relatórios poderão ser localizados no PSES n° 171168/2022 (Janeiro), 171175/2022 (Fevereiro), 171176/2022 (Março), SES 180472/2022 (Abril), 180475/2022 (Maio) e 180476/2022 (Junho).

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos ao CG 03/2018	5
3.2 Documentos de Referência	7
3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas	8
3.4 Indicadores de Qualidade Contratados	16
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 1º SEMESTRE 2022	27
4.1 atendimentos de Urgências / Emergências (âmbito Hospitalar)	27
4.2 Assistência Hospitalar	29
4.3 atendimentos Ambulatoriais	30
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico _SADT externo	34
4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial	35
5- INDICADORES DE QUALIDADE 2º TRIMESTRE 2022	35
5.1 Pesquisa de Satisfação ao Usuário	36
5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar _AIH	36
5.3 Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar	36
5.4 Taxa de Mortalidade Operatória	37
5.5 Banco de Leite Humano	38
5.6 Rede Cegonha	39
5.7 Banco de Olhos	40
5.8 Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade	42
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	42
7- AFERIÇÃO FINANCEIRA DOS INDICADORES DE QUALIDADE	49
8- AFERIÇÃO FINANCEIRA DAS METAS DE PRODUÇÃO	53
9- PARECER CONCLUSIVO	54

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

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

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

O HMISC, com a ampliação, pode realizar também Atendimentos para Gestantes de Alto Risco e tornou-se efetivamente um Hospital Materno Infantil como idealizado desde a sua concepção, além de manter o Pronto Atendimento 24 hs, passou a contar com Banco de Leite Humano e Banco de Olhos (este último até 01/09/2022).

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

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

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

[https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4204602594277?](https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/4204602594277?comp=202206)

*comp=202206*

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	474
2- Total de Leitos (incluindo UTI)	96
3- UTI Neonatal - Tipo II	13

4- UTI Pediátrica - Tipo II	03
5- Leitos Cirúrgicos	16
6- Leitos Clínicos Pediátricos	29
7- Leitos de Alojamento Conjunto	25
8- Leitos de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
9- Leitos de Isolamento	02 <sup>(*)</sup>
10-Centro Cirúrgico	03 salas
11-Sala de Recuperação Pós Anestésica	04 leitos
12-Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
13-Sala de Parto Normal	04
14-Sala de Pré-Parto (06 leitos)	01
<b>SERVIÇOS DE APOIO</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
1- Ambulâncias	Terceiro
2- Banco de Leite	Próprio
3- Lactário	Próprio
4 -Farmácia	Próprio
5- Centro de Materiais e Esterilização_CME	Próprio
6- Lavanderia	Terceiro
7- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceiro
8- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
<b>SERVIÇOS ESPECIALIZADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
1- Laboratório	Terceiro
2- Serviço de Urgência/Emergência	Próprio
3- Terapia Nutricional	Própria
4- Atenção as pessoas em situação de violência sexual	Próprio
5- Serviço de Atenção a Saúde Auditiva	Próprio
6- Transplante	Próprio
7- Serviço de Hemoterapia	Terceiro
8- Serviço de Reabilitação	Próprio
<b>SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO _SADT</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>
1- Eletrocardiograma_ECG	Próprio
2- Endoscopia (Digestiva e vias Respiratórias)	Próprio
3- Radiologia	Próprio
4- Ressonância Magnética	Terceiro
5- Tomografia Computadorizada	Terceiro



6- Ultrassonografia (Convencional, com Doppler e Ecógrafo)	Próprio
7- Mamografia	Terceiro
8- Medicina Nuclear	Terceiro
9- Eletroencefalograma	Terceiro
10-Laparoscopia / Vídeo	Próprio

(\* ) O leito de Isolamento já foi computado no total de leitos do Hospital.

Fonte: CNES / DATASUS e validação da Gestão Hospitalar HMISC

## 2 HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
CÓD	DESCRIÇÃO	ORIGEM	INÍCIO	FINAL
1901	Laqueadura	Local	02/2020	99/9999
2413	Banco de Tecido Ocular Humano	Nacional	10/2018	09/2023
2603	UTI II Pediátrica	Nacional	05/2007	99/9999
2610	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Tipo II – UTIN II	Nacional	05/2017	99/9999

## 3 COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO

### 3.1 Termos Aditivos e principais Apostilamentos ao CG nº 03/2018 até junho de 2022

Nº do Termo Aditivo (TA) ou Apostilamento	Data da assinatura SGPE ou publicação no DOE de SC	CLÁUSULA 1º QUE TRATA DO OBJETO DO CONTRATO
1º Apostilamento	Assinatura 29/11/2018	Alteração de CNPJ da OS – IDEAS passará de CNPJ: 24.006.302/001-25 para <b>CNPJ: 24.006.302/002-16</b> , 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)”, <b>leia-se:</b> “O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de <b>1.395</b> (mil, trezentos e noventa e cinco)”.
3º Apostilamento	Assinatura 22/03/2022	As parcelas contratuais ficam reajustadas conforme Cláusula 6.5 do Contrato de Gestão nº 03/2018. Em decorrência do reajuste da parcela o valor mensal bruto será igual a R\$ 3.860.159,56 (três milhões, oitocentos e sessenta mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos), a partir de 1º de janeiro de 2022.

1º TA	DOE nº 21.110 27/09/2019	O presente Termo Aditivo tem por objeto definir os critérios de funcionamento do Serviço de Banco de Olhos junto ao Hospital Materno Infantil Santa Catarina, a ser efetivado pela Executora, de acordo com orientação da Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde, conforme Anexo I deste Termo. Fica retificada a redação da cláusula 5.4.1 do Contrato de Gestão nº 03/2018, conforme disposição a seguir: 5.4.1. Além do valor de custeio mensal mencionado no item 5.4, haverá o acréscimo de R\$ 74.000,00/mês (setenta e quatro mil reais) referente ao Serviço de banco de Olhos atualmente existente, cuja produção deverá ser de no mínimo 30 (trinta) doadores de tecido ocular por mês.
2º TA	DOE nº 21.110 27/09/2019	O presente Termo Aditivo tem por objeto restabelecer os Anexos Técnicos I – Descrição dos Serviços (Plano de Trabalho), II – Sistemática de Pagamento, bem como Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade (Sistemática de Avaliação), referente ao Contrato de Gestão nº 003/2018, para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina, a partir de 1º de novembro de 2019.
3º TA	DOE nº 21.626 14/10/2021	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de R\$ 80.135,00 (oitenta mil, cento e trinta e cinco reais) à Organização Social Instituto IDEAS, para aquisição de 01 veículo (carro popular), 05 poltronas de amamentação, 01 Auto clave pequena vertical, 04 bombas extratoras de leite, 04 carrinhos hospitalar, para melhoria estrutural e atendimento ao Banco de Leite Humano Dr. Dino Gorini - Hospital Materno Infantil Santa Catarina.
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
9º TA	DOE nº 21836 16/08/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto a repactuação das metas assistenciais e indicadores de qualidade, alterando os Anexos Técnicos I, II e III, do 2º Termo Aditivo ao Contrato de

		Gestão nº 03/2018, firmado com o Instituto Desenvolvimento Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, para gerenciamento dos serviços de saúde no Hospital Materno Infantil Santa Catarina. As adequações das metas e indicadores de qualidade não resultarão em alteração financeira, mantendo-se dessa forma, o custeio mensal atual. No que se refere às Atividades Educacionais e Pesquisa, a Executora poderá desenvolver programas de Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório, regulamentado por Termo de Cooperação Técnica, que firmado com a SES, estará sob a gestão do Núcleo de Estágios da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. As adequações previstas nos Anexos I, II e III deste Termo Aditivo passarão a vigorar a partir de <b>1º de janeiro de 2022</b> .
--	--	--

### 3.2 Documentos de Referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos no 2º trimestre e 1º semestre de 2022 com a execução do Contrato de Gestão nº 03/2018, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Organização Social Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS, com a interveniência da Secretaria de Estado da Administração (atualização feita pelo 2º Apostilamento ao CG nº 03/2018), para o gerenciamento do Hospital Materno Infantil Santa Catarina - HMISC, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272, de 28 de janeiro de 2006 e atualizações.

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

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

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

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

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

### 3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas

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

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

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

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

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

MP I - Atendimento de Urgência e Emergência;

MP II - Assistência Hospitalar;

MP III - Atendimento Ambulatorial;

MP IV - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

#### 3.3.1 Atendimentos de Urgência/Emergência

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

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

“Todos os serviços prestados em decorrência dos Atendimentos em Atenção Especializada devem ser realizados pela Unidade normalmente e deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência” (pág. 14, item 2.2.1, 9º TA ao CG 03/2018).

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

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

SERVIÇO	META/MÊS
Atendimento de Urgência e Emergência	3.550
<b>TOTAL</b>	<b>3.550</b>

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

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

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

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



### 3.3.2 Assistência Hospitalar

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

- Assistência por equipe médica especializada;
- Assistência por equipes de enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, ou outra equipe de apoio técnico, em situação de excepcionalidade, que se fizer necessária;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento de complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do Hospital;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação, nos limites da capacidade instalada;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente e/ou quarto de isolamento;
- Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Utilização do Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Serviço de Hemoterapia para disponibilização de hemoderivados;
- Assistência no processo de Amamentação e disponibilização de leite humano, viabilizada por meio do Banco de Leite existente no hospital;
- Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Alimentação, incluída a assistência nutricional, alimentação parenteral e enteral para pacientes e acompanhantes de mulheres em período de trabalho de parto, parto, pós-parto imediato; idosas que realizaram cirurgias eletivas e crianças;
- Fornecimento de roupas hospitalares;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes e gestantes (Lei nº. 10.741 de 01/10/2003).

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

“O indicador de aferição será a saída hospitalar comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (MS)”, pág. 15, item 3.2, 9º TA ao CG 03/2018.

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

<b>MODALIDADE - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	
<b>SERVIÇO</b>	<b>META/MÊS</b>
Clínica cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	105
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>

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

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

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

<b>MODALIDADE - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR</b>	
<b>SERVIÇO</b>	<b>META/MÊS</b>
Clínica cirúrgica	135
Clínica Médica	30
Clínica Obstétrica	220
Clínica Pediátrica	<b>115</b>
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>

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

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

As saídas Hospitalares da Clínica Cirúrgica mencionadas na Tabela 02 (acima) deverão atender o quantitativo abaixo, conforme Tabela 04 (abaixo):

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

Tabela 04: Saídas Hospitalares de Clínica Cirúrgica por especialidade.

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

### 3.3.3 Atendimento Ambulatorial

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

O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos do próprio Hospital. E, após pactuação, também poderão ser encaminhados pacientes pelas Centrais de Regulação do Estado e dos Municípios da Região do Sul, em especialidades previamente definidas pelo Órgão Supervisor, com agendas ofertadas à Regulação, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório (pág.7, item 5.1, 9º TA ao CG nº 03/2018).

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

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

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

Os atendimentos realizados pela Enfermagem e pelo Serviço Social não serão

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

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

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

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

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

O Atendimento Ambulatorial possui um volume mensal quantificado para cada procedimento/serviço especializado de acordo com as Tabelas 5-6, abaixo:

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - CÓDIGO 03.01.010072	
ESPECIALIDADES MÉDICAS	META/MÊS
Alergia e Imunologia Pediátrica	10
Cardiologia Pediátrica	40
Cirurgia Geral (pós cirúrgicos de urgência) Adulto e Pediátrica	70
Cirurgia Ginecológica	100
Cirurgia Pediátrica	60
Dermatologia Pediátrica	10
Endocrinologia Pediátrica	15
Gastroenterologia Pediátrica	20

Genética por meio de Teleconsulta	10
Gestação de Alto Risco	280
Ginecologia/ Mastologia	80
Infectologia pediátrica	40
Infertilidade	10
Neonatologia	80
Neurologia Clínica Pediátrica	20
Oftalmologia Pediátrica	20
Ortopedia pediátrica	50
Otorrinopediatria	40
Pneumologia Pediátrica	20
Urologia pediátrica	20
<b>TOTAL</b>	<b>995</b>

Tabela 05: Atendimento Ambulatorial - Especialidades Médicas.

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

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

Tabela 06: Atendimento Ambulatorial - Especialidades Não Médicas.

Fonte: pág. 19, 9º TA ao CG 03/2018.

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

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



### 3.3.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo

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

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

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

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

Tabela 07: SADT Externo - Exames e Procedimentos.

Fonte: pág. 20, 9º TA ao CG 03/2018.

Os Exames Externos deverão ser realizados, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento conforme a Tabela 07, acima. Para aferição da meta e cálculo de eventuais descontos, o cumprimento de meta será avaliado, conforme peso percentual e regras definidas no Item 6 deste Relatório (Regras para Pagamento).

Visando o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão, bem como o cumprimento das regras e atividades assistenciais estabelecidas no Anexo Técnico II - Metas de Produção Assistencial e Indicadores de Qualidade e Anexo Técnico III - Sistemática de Pagamento, a cada período de 06 (seis) meses, de acordo com o exercício financeiro, o Órgão Supervisor procederá a análise das Metas de Produção Assistencial das atividades realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em

relação às quantidades estabelecidas e realizará os descontos cabíveis, de acordo com o estabelecido no 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022 (pág. 42, itens 4.2 e 4.3, 9º TA ao CG nº 03/2018).

### 3.4 Indicadores de Qualidade Contratados

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

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, que deverão ser encaminhados até o dia 20 de cada mês. Estes indicadores poderão ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, visto que a complexidade dos indicadores é crescente e gradual, em proporção direta ao funcionamento da unidade (pág. 39 do CG 03/2018).

Os Indicadores de Qualidade estão relacionados ao pagamento da parte variável do Contrato de Gestão, o que corresponde a 9 ou 10% do custeio mensal, podendo variar caso a unidade utilize 1% para investimento (pág. 36, item 5, do CG 03/2018).

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

IQ I - Atenção ao Usuário;

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

IQ III - Controle de Infecção Hospitalar;

IQ IV - Mortalidade Operatória;

IQ V - Banco de Leite Humano;

IQ VI - Rede Cegonha;

IQ VII - Banco de Olhos (\*)

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

#### 3.4.1 Atenção ao Usuário - (PSU): peso percentual total 10%

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

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

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

### 3.4.1.1 Percentual de Pacientes/Acompanhantes Entrevistados: peso percentual 5%

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

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

*Nº Total de pacientes ou acompanhantes do Grupo*

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

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

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

Fonte: pág. 21- 22, 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.

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

*Nº Total de manifestações*

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

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

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

### **3.4.2 Autorização de Internação Hospitalar: peso percentual 10%**

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

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

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

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

Fonte: pág. 22, item 6.5, 9º TA ao CG 03/2018.

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

### 3.4.3 Indicadores de Infecção Hospitalar: peso percentual 10%.

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

A seguir as definições dos indicadores de Infecção Hospitalar:

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

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

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

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

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



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

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

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

Fonte: pág. 23, 9º TA ao CG 03/2018.

### 3.4.4 Mortalidade Operatória: peso percentual 10%.

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

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

#### 3.4.4.1 Conceitos do Indicador de Mortalidade Operatória

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

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

#### 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 11 e 12):

<b>IQ IV</b>	<b>IMO - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA</b>
<b>A</b>	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>B</b>	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela Agência Nacional de Saúde (Novembro/2012).

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

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

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

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

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

### 3.4.5 Banco de Leite Humano: peso percentual 20%

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

<b>IQ V</b>	<b>INDICADORES DO BANCO DE LEITE HUMANO</b>	<b>Meta Mês</b>
1.	Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestaç�o de Alto Risco do ambulatório do HMISC	01
2.	Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar os as d�vidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10

3. Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10
4. Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15
5. Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20
6. Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15
7. Quantidade de exames microbiológicos realizados	100
8. Quantidade de crematócritos realizados	100
9. Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100
10. Quantidade de litros recebidos/mês	30
11. Quantidade de litros pasteurizados/mês	30
12. Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10

Tabela 13: Indicadores Banco de Leite Humano .

Fonte: pág. 27, 9º TA ao CG 03/2018.

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

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

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

### 3.4.6 Rede Cegonha: peso percentual total 20%

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

#### 3.4.6.1 Indicadores da Rede Cegonha: peso percentual 5%

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

IQ VI	INDICADORES REDE CEGONHA	Meta Mês
	Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	280
	Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10

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

Tabela 14: Indicadores da Rede Cegonha.

Fonte: pág. 28, 9º TA ao CG 03/2018.

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

*Quantidade Realizada*

$\times 100$

*Quantidade Contratada*

### 3.4.6.2 Tempo Médio de Permanência para Tratamento Clínico em Gestantes de Alto Risco em Acompanhamento no PNAR: peso percentual 5%

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

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

$\times 100$

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

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

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

Fonte: pág. 28, 9º TA ao CG 03/2018.

### 3.4.6.3 Taxas relacionadas à Rede Cegonha: peso percentual 10%

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

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

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

Tabela 16: Indicadores Rede Cegonha - Taxas.

Fonte: pág. 29, 9º TA ao CG 03/2018.

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

### 3.4.7 Banco de Olhos: peso percentual 20%

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

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

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



### 3.4.7.1 Indicadores Quantitativos do Banco de olhos: peso percentual 4%

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

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

Tabela 17: Indicadores Quantitativos Banco de Olhos.

Fonte: pág. 35, 9º TA ao CG 03/2018.

**Cálculo:**

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

### 3.4.7.2 Avaliação Positiva para Transplante Óptico: peso percentual 4%

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

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

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

Fonte: pág. 36, 9º TA ao CG 03/2018.

**Cálculo:**

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

### 3.4.7.3 Entrevistas com Familiares: peso percentual 4%

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

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

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

Fonte: pág. 36, 9º TA ao CG 03/2018.

#### Cálculo:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular}}{N^{\circ} \text{ total de entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular}} \times 100$$

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

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

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

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

Fonte: pág. 37, 9º TA ao CG 03/2018.

#### 3.4.7.5 Relatórios - Qualidade da Informação: peso percentual 4%

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

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

Banco de Olhos
Número de globos oculares processados
Número de descartes e motivo
Justificativa caso a meta mensal não seja atingida

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

Fonte: pág. 37, 9º TA ao CG 03/2018.

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

#### 4 METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 1º SEMESTRE 2022

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

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

A cada 06 (seis) meses, o Órgão Supervisor procederá à 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.

O 1º semestre de 2022 é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução enviados mensalmente pela Organização Social, que podem ser localizados no PSES 171168/2022 (Janeiro), 171175/2022 (Fevereiro), 171176/2022 (Março), 180472/2022 (Abril), 180475/2022 (Maio) e 180476/2022 (Junho).

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

##### 4.1 Atendimentos de Urgências / Emergências (âmbito Hospitalar)

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

A produção acima deverá ser realizada, mensalmente, considerando as quantidades definidas para cada procedimento. Segue abaixo, o volume produzido pelo Hospital no 1º semestre de 2022.

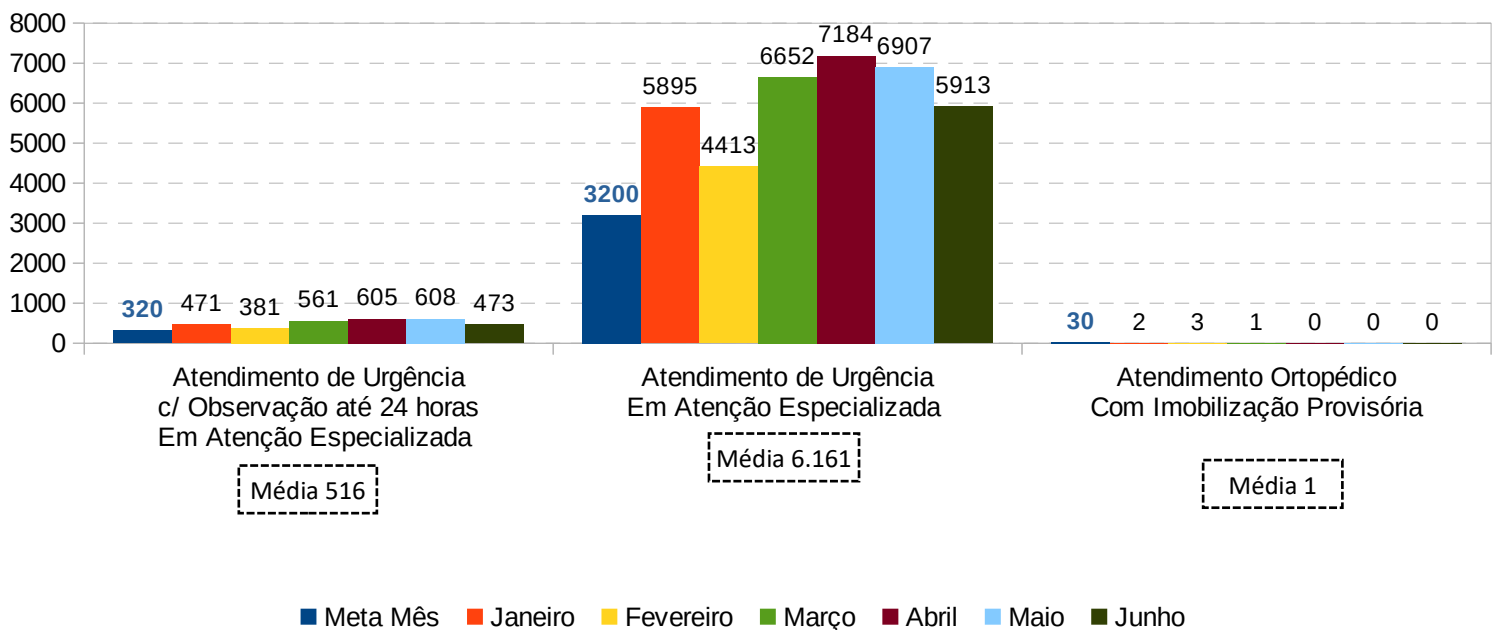
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA - 1º SEMESTRE DE 2022										
CÓDIGO/ PROCEDIMENTO	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRA- TADO	REALIZA- DO	Δ%
03.01.06.002-9_ Atendimento de Urgên- cia com Observação até 24 horas em Atenção Es- pecializada	320	471	381	561	605	608	473	1.920	3.099	161,41%
03.01.06.006-9_ Atendi- mento de Urgência em Atenção Especializada	3.200	5.895	4.413	6.652	7.184	6.907	5.913	19.200	36.964	192,52%
Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	30	2	3	1	0	0	0	180	6	3,33%
<b>TOTAL</b>	<b>3.550</b>	<b>6.368</b>	<b>4.797</b>	<b>7.214</b>	<b>7.789</b>	<b>7.515</b>	<b>6.386</b>	<b>21.300</b>	<b>40.069</b>	<b>188,12%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

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

Gráfico 01

Atendimentos de Urgência/EMG por Procedimentos  
Meta Mês X Realizado no 1º semestre de 2022 (Meta Global 188,12%)



## 4.2 Assistência Hospitalar

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

Segue abaixo, o quantitativo realizado pelo Hospital no 1º semestre de 2022, por tipo de Clínica.

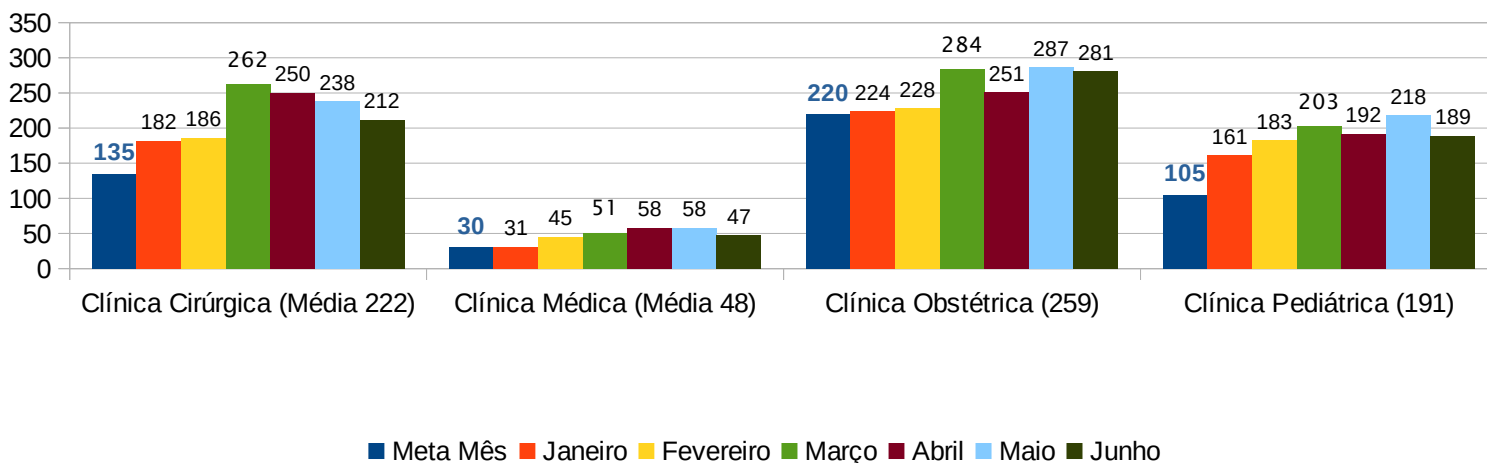
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR - 1º SEMESTRE DE 2022										
CLÍNICAS HOSPITALARES	Meta mês	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRATADO	REALIZADO	$\Delta\%$
Clínica Cirúrgica	135	182	186	262	250	238	212	810	1.330	164,20%
Clínica Médica	30	31	45	51	58	58	47	180	290	161,11%
Clínica Obstétrica	220	224	228	284	251	287	281	1.320	1.555	117,80%
Clínica Pediátrica	105	161	183	203	192	218	189	630	1.146	181,90%
<b>TOTAL</b>	<b>490</b>	<b>598</b>	<b>642</b>	<b>800</b>	<b>751</b>	<b>801</b>	<b>729</b>	<b>2.940</b>	<b>4.321</b>	<b>146,97%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

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

Gráfico 02

Assistência Hospitalar (Meta Global 146,97%)  
Meta Mês X Realizado por Clínicas no 1º semestre de 2022



### 4.3 Atendimento Ambulatorial

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

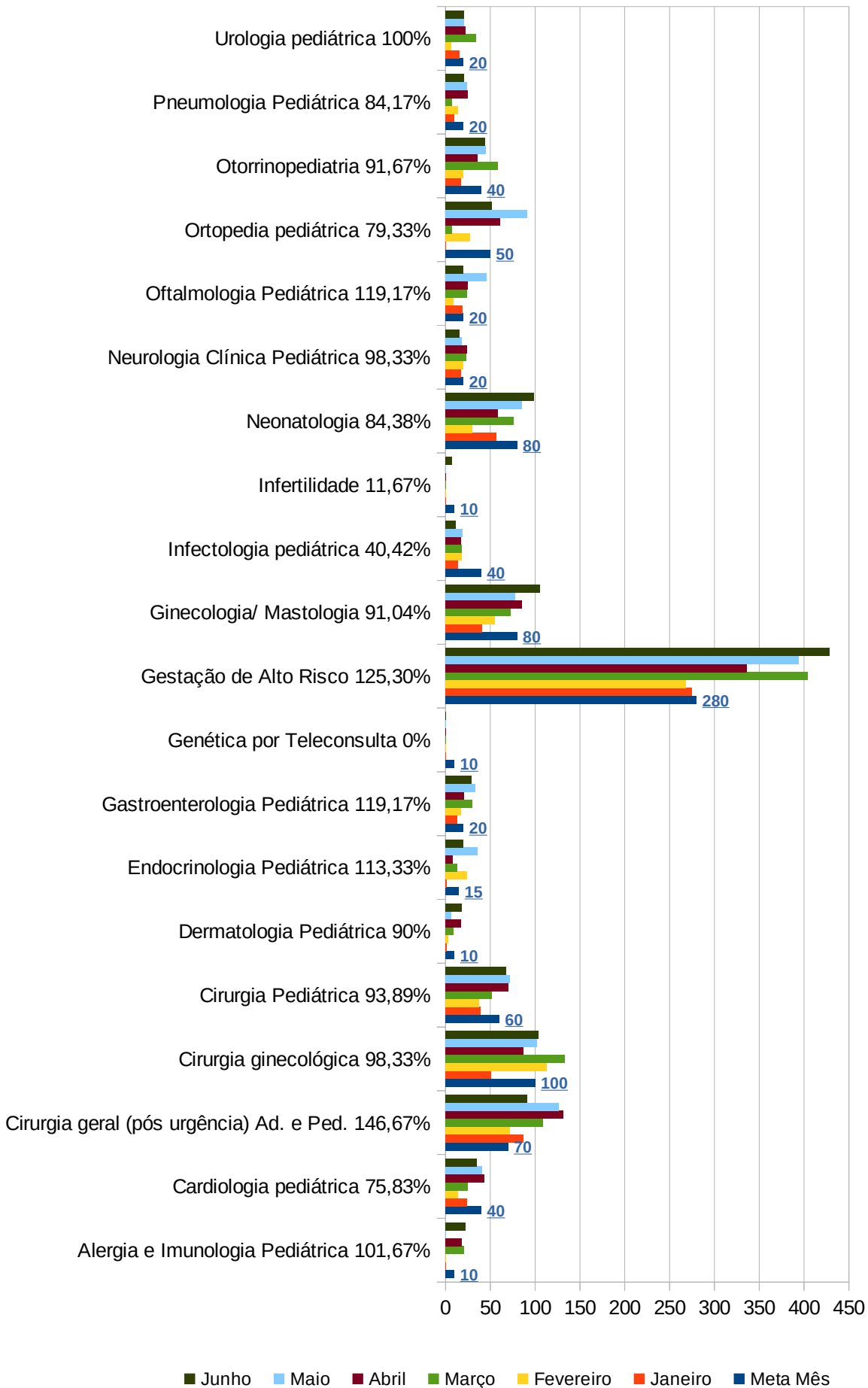
Segue abaixo, o quantitativo de Atendimento Ambulatorial realizado pelo Hospital no 1º semestre de 2022, por especialidade Médica.

CONSULTAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - 1º SEMESTRE DE 2022										
ESPECIALIDADES MÉDICAS	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRA-TADO	REALI-ZADO	Δ%
Alergia e Imunologia Pediátrica	10	0	0	21	18	0	22	60	61	101,67%
Cardiologia Pediátrica	40	24	14	25	43	41	35	240	182	75,83%
Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	70	87	72	109	131	126	91	420	616	146,67%
Cirurgia Ginecológica	100	51	113	133	87	102	104	600	590	98,33%
Cirurgia Pediátrica	60	39	37	52	70	72	68	360	338	93,89%
Dermatologia Pediátrica	10	1	3	9	17	6	18	60	54	90,00%
Endocrinologia Pediátrica	15	1	24	13	8	36	20	90	102	113,33%
Gastroenterologia Pediátrica	20	13	17	30	21	33	29	120	143	119,17%
Genética por teleconsulta	10	0	0	0	0	0	0	60	0	0,00%
Gestação de Alto Risco	280	275	268	404	336	394	428	1.680	2.105	125,30%
Ginecologia/ Mastologia	80	41	55	73	85	78	105	480	437	91,04%
Infectologia Pediátrica	40	14	18	18	17	19	11	240	97	40,42%
Infertilidade	10	0	0	0	0	0	7	60	7	11,67%
Neonatologia	80	57	30	76	58	85	99	480	405	84,38%
Neurologia Pediátrica	20	17	20	23	24	18	16	120	118	98,33%
Oftalmologia Pediátrica	20	19	9	24	25	46	20	120	143	119,17%
Ortopedia Pediátrica	50	0	27	7	61	91	52	300	238	79,33%
Otorrinopediatria	40	17	20	58	36	45	44	240	220	91,67%
Pneumologia Pediátrica	20	10	14	7	25	24	21	120	101	84,17%
Urologia Pediátrica	20	16	6	34	22	21	21	120	120	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>995</b>	<b>682</b>	<b>747</b>	<b>1.116</b>	<b>1.084</b>	<b>1.237</b>	<b>1.211</b>	<b>5.970</b>	<b>6.077</b>	<b>101,79%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/202.

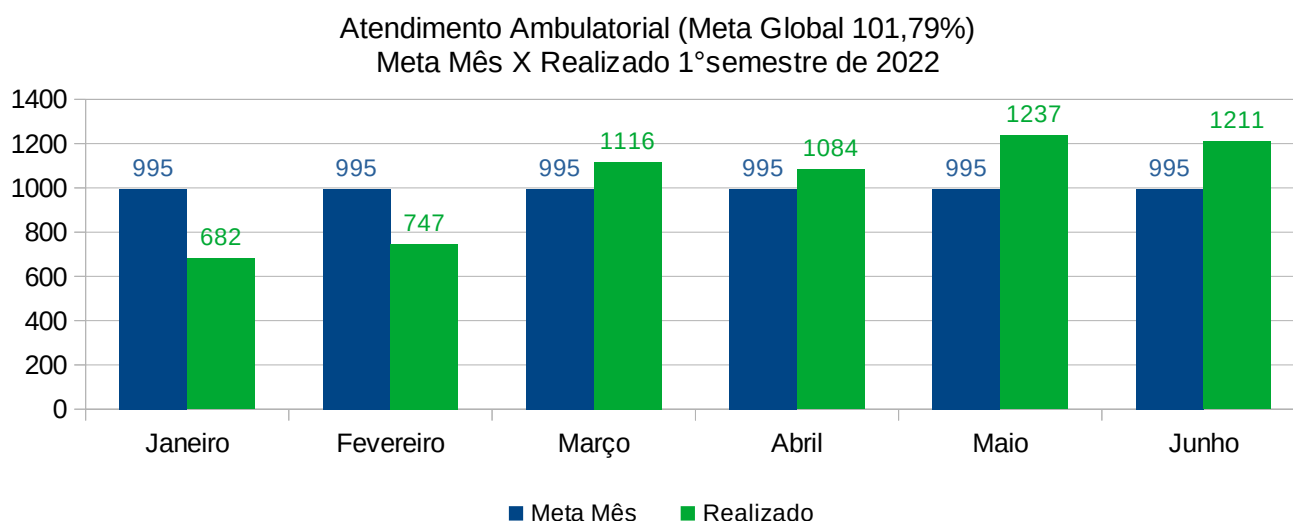
A seguir, no Gráfico 03, a representação dos resultados do 1º semestre de 2022 para as Consultas Médicas Ambulatoriais por especialidades médicas.

Atendimento Ambulatorial por Especialidade  
Meta Mês X Realizado Mensal no 1º semestre de 2022



A seguir, no Gráfico 04, a representação dos resultados do 1º semestre de 2022 para Consultas Médicas Ambulatoriais, comparando a meta global mensal com o total realizado de janeiro a junho de 2022.

Gráfico 04



Segue abaixo, o quantitativo de Atendimentos Ambulatoriais realizado pelo Hospital no 1º semestre de 2022, por especialidade Não Médica.

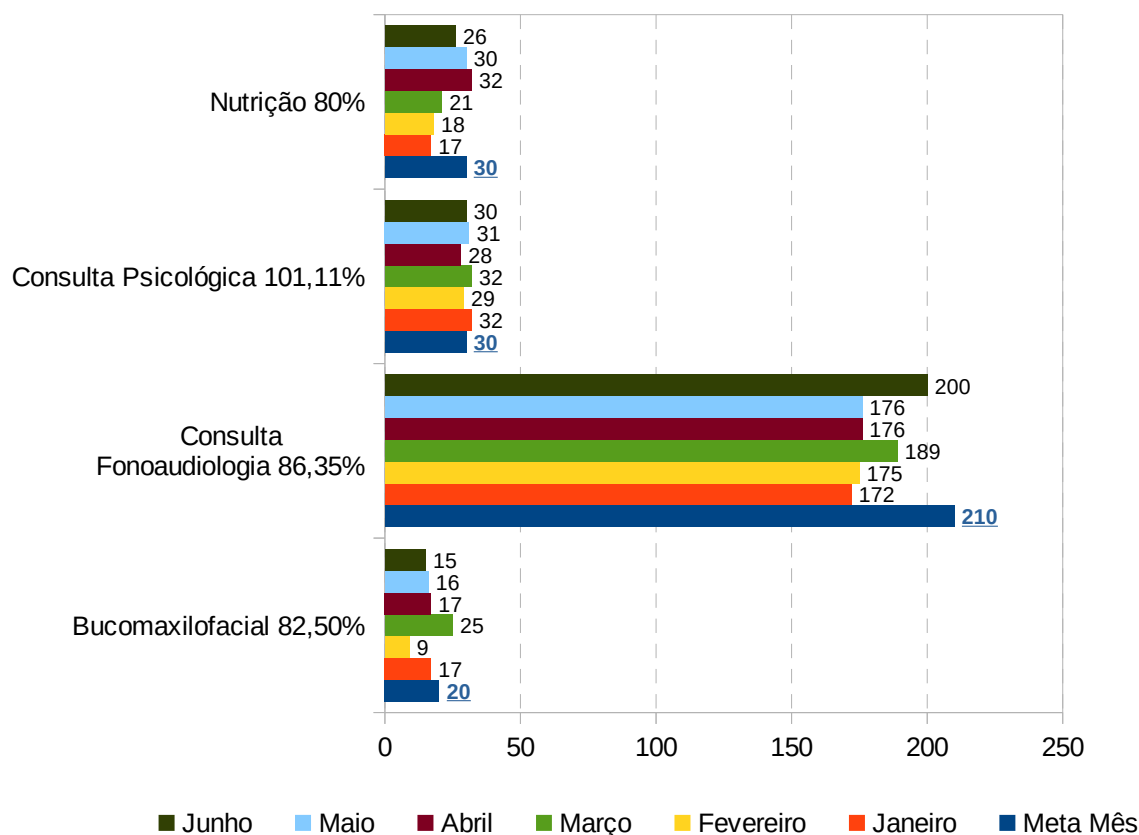
CONSULTAS ESPECIALIDADES <u>NÃO</u> MÉDICAS - 1º SEMESTRE DE 2022										
ESPECIALIDADES	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRATADO	REALIZADO	Δ%
Bucomaxilofacial	20	17	9	25	17	16	15	120	99	82,50%
Consulta Fonoaudiologia	210	172	175	189	176	176	200	1.260	1.088	86,35%
Consulta Psicológica	30	32	29	32	28	31	30	180	182	101,11%
Nutrição	30	17	18	21	32	30	26	180	144	80,00%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>238</b>	<b>231</b>	<b>267</b>	<b>253</b>	<b>253</b>	<b>271</b>	<b>1.740</b>	<b>1.513</b>	<b>86,95%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022

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



Atendimentos Ambulatoriais - Consultas Não Médicas (86,95%)  
Meta Mensal por especialidade X Realizado no 1º semestre de 2022



No Quadro abaixo, o resumo dos resultados das Metas de Produção para Atendimentos Ambulatoriais no 1º semestre de 2022 do HMISC.

RESUMO AMBULATORIO - 1º SEMESTRE DE 2022										
ESPECIALIDADES	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRATADO	REALIZADO	Δ%
MÉDICAS	995	682	747	1.116	1.084	1.237	1.211	5.970	6.077	101,79%
NÃO MÉDICAS	290	238	231	267	253	253	271	1.740	1.513	86,95%
<b>TOTAL</b>	<b>1.285</b>	<b>920</b>	<b>978</b>	<b>1.383</b>	<b>1.337</b>	<b>1.490</b>	<b>1.482</b>	<b>7.710</b>	<b>7.590</b>	<b>98,44%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

#### 4.4 Atendimento de SADT Externo

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

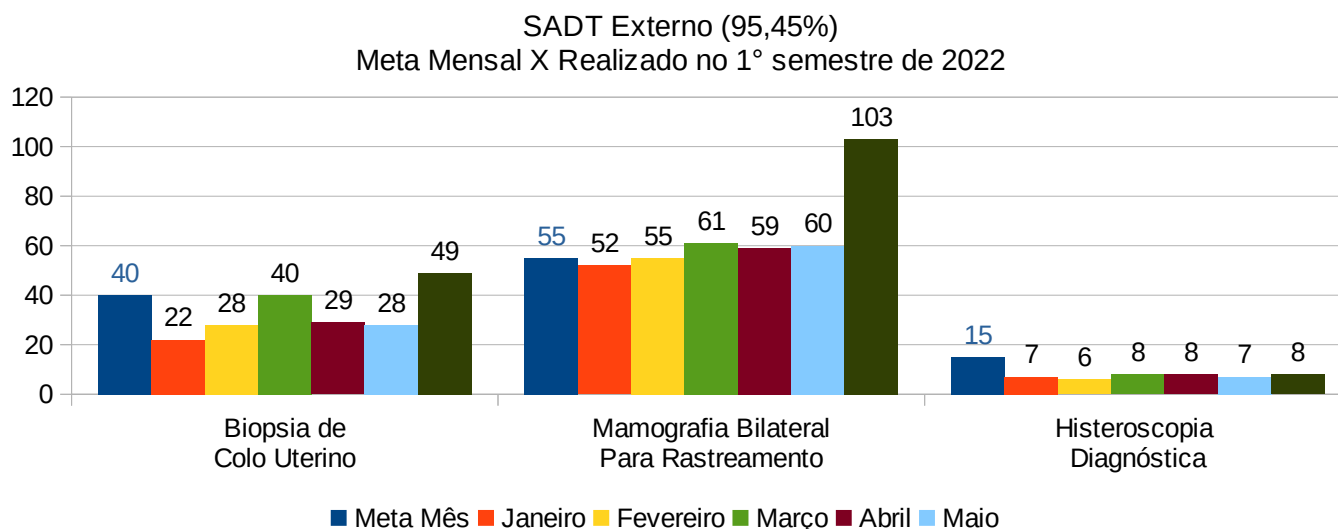
Segue abaixo, o quantitativo de atendimentos Ambulatoriais para o SADT Externo realizado pelo Hospital no 1º semestre de 2022.

SADT EXTERNO - 1º SEMESTRE DE 2022										
TIPO DE EXAME	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRA-TADO	REALI-ZADO	$\Delta\%$
Biopsia de Colo Uterino	40	22	28	40	29	28	49	240	196	81,67%
Mamografia Bilateral para Rastreamento	55	52	55	61	59	60	103	330	390	118,18%
Histeroscopia Diagnóstica	15	7	6	8	8	7	8	90	44	48,89%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>81</b>	<b>89</b>	<b>109</b>	<b>96</b>	<b>95</b>	<b>160</b>	<b>660</b>	<b>630</b>	<b>95,45%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022

A seguir, no Gráfico 06, a demonstração dos resultados do 1º semestre de 2022 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 1º semestre de 2022.

RESUMO DAS METAS DE PRODUÇÃO - 1º SEMESTRE DE 2022										
SERVIÇOS	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	CONTRA-TADO	REALI-ZADO	Δ%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMG	3.550	6.368	4.797	7.214	7.789	7.515	6.386	21.300	40.069	<b>188,12%</b>
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	490	598	642	800	751	801	729	2.940	4.321	<b>146,97%</b>
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	1.285	920	978	1.383	1.337	1.490	1.482	7.710	7.590	<b>98,44%</b>
SADT EXTERNO	110	81	89	109	96	95	160	660	630	<b>95,45%</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

#### 4.5 Avaliação dos Resultados das Metas de Produção Assistencial - 1º Semestre de 2022

Considerando as regras definidas no Contrato de Gestão nº 03/2018 e atualizadas pelo 9º Termo Aditivo para o Acompanhamento das Metas Contratuais, podemos identificar que no 1º semestre de 2022 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência” (188,12%) e “Assistência Hospitalar” (146,97%), cumpriram a meta acima de 100%. O “Atendimento Ambulatorial” (98,44%) e o “SADT Externo” (95,45%) cumpriram a meta entre 85 e 100%.

No Atendimento Ambulatorial, as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 50% foram: “Genética por teleconsulta” (0%), “Infectologia Pediátrica” (40,42%) e “Infertilidade” (11,67%).

Conforme as regras contratuais atualizadas pelo 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, a aferição financeira foi realizada, considerando o total dos atendimentos ambulatoriais contratados em relação ao total realizado no período. A aferição financeira das Metas de Produção constam no item 8 deste Relatório.

#### 5 INDICADORES DE QUALIDADE REFERENTES AO 2º TRIMESTRE DE 2022

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

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

A seguir estão os resultados dos Indicadores de Qualidade do Hospital Materno Infantil

Santa Catarina (HMISC) no 2º trimestre de 2022.

### 5.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

O Indicador de Qualidade Atenção ao Usuário será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, a partir de julho de 2022, a fim de que a Unidade possa reorganizar seus fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas (pág.44, item 4.4.3, 9º TA).

### 5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar

“A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saídas hospitalares. A meta deste Indicador é atingir 100% de todas as 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, 9ºTA ao CG 03/2018).

Segue abaixo, o resultado do Indicador para Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no 2º trimestre de 2022.

<b>IQ II - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>Meta:</b> atingir <b>100%</b> de todas as AIH's autorizadas, devendo estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) do mês de competência				
	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	<b>Δ%</b>
Nº de AIH's apresentadas informadas pela GMAPS	717	940	742	<b>105,17%</b>
Nº de Saídas Hospitalares registradas/Informadas pela Organização Social	751	801	729	

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

### 5.3 Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar

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

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

A seguir, o resultado deste Indicador no 2º trimestre de 2022.

<b>IQ III - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Meta</b> : envio de relatório elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar para as UTI's Pediátrica e Neonatal até o dia 20 do mês subsequente que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.				
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Neonatal – Média de estratificação	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	<b>(médias)</b>
	14,41	9,54	13,16	12,37
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Pediátrica	16,81	24,10	29,56	23,49
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Umbilical na UTI Neonatal - Média da estratificação	24,40	12,25	13,16	16,60
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	0,00	22,22	26,46	16,23
Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal - Média da estratificação	69,17%	74,02%	78,10%	73,76%
Taxa de utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica	68,07%	81,33%	93,10%	80,83%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

## 5.4 Taxa de Mortalidade Operatória

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

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

Segue abaixo, o resultado deste indicador no 2º trimestre de 2022.

<b>IQ IV - TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA NO 2º TRIMESTRE DE 2022</b>				
<b>Meta</b> : TMO dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2012)				
<b>CLASSIFICAÇÃO ASA</b>	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	<b>(médias)</b>
<b>ASA I = 0 a 0,1%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>ASA II = 0,3 a 5,4%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

<b>ASA III = 1,8 a 17,8%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>ASA IV = 7,8 a 65,4%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>ASA V = 9,4 a 100%</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

## 5.5 Banco de Leite Humano

<b>IQ V - BANCO DE LEITE HUMANO NO 2 ° TRIMESTRE DE 2022</b>					
<b>Meta:</b> Atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
	<b>META</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>Δ%</b>
Realizar atendimentos aos grupos da rede cegonha, constituído por enfermeira, médico gineco/obstetra e gestantes da Gestaçáo de Alto Risco do ambulatório	1	0	0	0	0,00%
Atendimento a gestante e/ou puérpera, para explanar as dúvidas pertinentes a doação de leite materno e funcionando do BLH, acompanhar quantidade mensal	10	85	87	86	860,00%
Visita domiciliar à doadora e/ou posto de coleta, para coleta de materiais biológicos e/ou leite materno	10	84	74	72	766,67%
Número de doadoras ativas dentro do mês da competência apurada	15	48	42	42	293,33%
Quantidade de receptores de leite humano pasteurizado	20	32	24	18	123,33%
Quantidade de litros de leite humano pasteurizado distribuídos	15	47	29	18	207,78%
Quantidade de exames microbiológicos realizados	100	145	168	116	143,00%
Quantidade de crematócritos realizados	100	145	168	117	143,33%
Quantidade de testes de acidez Dornic realizados	100	163	188	132	161,00%
Quantidade de litros recebidos/mês	30	54	46	49	165,44%
Quantidade de litros pasteurizados/mês	30	39	34	23	106,11%
<b>TOTAL</b>	<b>431</b>	<b>841</b>	<b>860</b>	<b>673</b>	<b>183,60%</b>
Quantidade de litros desprezados por sujidade (antes da análise)	≤ 10	5	8	6	Cumpriu a meta

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

## 5.6 Rede Cegonha

<b>IQ VI - INDICADORES DA REDE CEGONHA - 2º TRIMESTRE DE 2022</b>					
<b>Meta:</b> atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador					
Número de consultas realizadas em pré-natal de alto risco (PNAR)	<b>Meta mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>Δ%</b>
	280	336	394	428	137,86%
Número de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR internadas para tratamento clínico	10	42	52	36	433,33%
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	98	135	94	129,76%
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	228	290	217	291,67%
Número de partos prematuros (< 36 semanas de idade gestacional ao nascer) em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	15	16	11	10	82,22%
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>720</b>	<b>882</b>	<b>785</b>	<b>168,22%</b>
<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)</b>					
<b>Meta:</b> 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	<b>Meta mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>Δ%</b>
	≤ 5	3	4	5	Cumpriu a meta
<b>TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA</b>					
<b>Meta:</b> atender, mensalmente, as taxas conformes as metas contratadas.					
Taxa da utilização de suplementos de cálcio pelas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	<b>Meta mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>Δ%</b>
	≤ 10,00%	40,77%	39,84%	35,74%	<b>Não cumpriu a meta</b>
Taxa de APGAR no 1º minuto dos recém-nascidos das gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR acima de 7	≥ 50,00%	71,92%	75,00%	77,72%	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%	95,61%	97,00%	98,18%	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%	4,38%	0,00%	0,90%	Cumpriu a meta

Taxa de inserções do DIU no pós- parto/pós-abortamento nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 25,00%	5,26%	4,00%	0,00%	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%	61,40%	72,00%	67,27%	Cumpriu a meta
Taxa de partos vaginais de gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	≥ 25,00%	38,59%	28,00%	32,72%	Cumpriu a meta
Taxa de transfusões de sangue e histerectomia no parto/puerpério nas gestantes de alto risco acompanhadas no PNAR	≤ 10,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Cumpriu a meta

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

## 5.7 Banco de Olhos

IQ VI - BANCO DE OLHOS - 2 ° TRIMESTRE DE 2022					
INDICADORES QUANTITATIVOS DO BANCO DE OLHOS					
<b>Meta:</b> atender, mensalmente, os quantitativos previstos para o Indicador.					
	Meta mês	Abril	Maió	Junho	Δ%
Quantidade de córneas captadas	20	4	6	4	23,33%
Quantidade de córneas preservadas	20	4	6	4	23,33%
Quantidade de córneas desprezadas por mal retirada	5	0	0	0	0,00%
Contagem de células endoteliais	20	0	0	0	0,00%
Captação de globos oculares (40 doadores)	80	2	0	2	1,67%
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>7,36%</b>
AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO					
<b>Meta:</b> apresentar, mensalmente, resultado de avaliação positiva para transplante Óptico em, pelo menos, 65% dos tecidos oculares doados e captados.					
	Meta mês	Abril	Maió	Junho	Δ%
Taxa de utilização da córnea após encaminhamento a Central	≥ 65,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Não cumpriu a meta
ENTREVISTAS COM FAMILIARES					
<b>Meta:</b> apresentar, mensalmente, pelo menos, 65% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular.					
	Meta mês	Abril	Maió	Junho	Δ%
Autorizações familiares para Doação de Tecido Ocular	≥ 65,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Não



					cumpriu a meta	
<b>FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS</b>						
<b>Meta:</b> lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de faturamento via SUS.						
05.03.03.005 -8 – Retirada de globo ocular uni/bilateral (para transplante)	Lançar, mensalmente, os procedimentos relacionados ao atendimento do Banco de Olhos para fins de faturamento via SUS.	<b>Meta mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	Cumpriu a meta
05.04.01.003 -4 – Separação e avaliação biomicroscópica de córnea		2	0	2		
05.03.04.006 -1 – Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado		4	6	4		
05.04.01.001 -8 – Contagem de células endoteliais da córnea		0	0	0		
05.06.01.005 -8 – Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes		0	0	0		
07.02.12.006 -5 – Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ml)		0	0	0		
		4	6	4		
<b>RELATÓRIOS - QUALIDADE DA INFORMAÇÃO - 2 ° TRIMESTRE DE 2022</b>						
<b>Meta:</b> encaminhar, mensalmente, para a Gerência de Transplantes/SES as informações abaixo relacionadas.						
Número de potenciais doadores de tecido ocular (pacientes em morte por parada cardíaca) da Região sul, detalhado por instituição e município	Encaminhar mensalmente, para a Gerência de Transplantes da SES	<b>Meta mês</b>	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	Cumpriu a meta
Número de potenciais doadores elegíveis para doação (pacientes sem contraindicações clínicas)		5	5	6		
Número de entrevistas familiares realizadas e tipo de conclusão ( autorização ou não autorização familiar)		5	5	6		
Número de captações realizadas com detalhamento por Instituição e Município		0	0	0		
Número de globos oculares recebidos no Banco de Olhos que não foram captados por profissionais do Banco de Olhos		0	0	1		
Número de globos oculares processados		4	6	2		
Número de descartes e motivo		4	6	6		
Justificativa caso a meta mensal não esteja sendo atingida		0	0	0		
		18	22	21		

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022.

## 5.8. Análise dos Resultados dos Indicadores de Qualidade no 2º Trimestre de 2022

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

## 6 REGRAS PARA PAGAMENTO

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

- 10% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o atendimento de urgências e emergência;
- 70% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o atendimento hospitalar (internação);
- 15% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com o atendimento ambulatorial;
- 5% do valor de custeio mensal correspondem as despesas com a execução dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico externo.

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

O valor da parte variável que corresponde a 10 ou 9% do valor do custeio mensal, está distribuído para os Indicadores de Qualidade, conforme seu peso percentual, da seguinte forma:

- a) 10,00% do valor da parte variável do custeio mensal corresponde ao Indicador “Atenção ao Usuário”, dividido:

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

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

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

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

Os Indicadores de Qualidade serão avaliados pelo Órgão Supervisor a cada período de 03 (três) meses, de acordo com o exercício financeiro. Os resultados obtidos serão aferidos, conforme o 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2022. O Órgão Supervisor, verificará os resultados em relação aos Indicadores pactuados e realizará os descontos cabíveis conforme o estabelecido no Contrato de Gestão e atualizações (pág.43, item 4.4, 9º TA ao CG nº 03/2018).

O Quadro 01, a seguir, define a distribuição percentual para pagamento da parte

variável do custeio mensal , conforme o peso percentual ou valoração de cada Indicador de Qualidade

#### QUADRO 01- PESO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE

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

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

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

O Indicador de Qualidade Banco de Olhos será monitorado, para fins de aferição financeira da meta, até o mês de junho de 2022. Nos trimestres seguintes este Indicador não fará mais parte do rol dos Indicadores de Qualidade e sua distribuição percentual correspondente ao seu pagamento será redistribuído para os demais indicadores, conforme o Quadro 02, abaixo.

#### QUADRO 02 - PESO PERCENTUAL DOS INDICADORES DE QUALIDADE

(a partir do 3º trimestre de 2022 - mês de julho)

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

Fonte: pág. 46, item 6.3.1, 9º TA ao CG 03/2018.

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

O Quadro 03, a seguir, define o pagamento para todas as Modalidades de Atendimento relacionadas às Metas de Produção Assistencial, conforme o cumprimento percentual total ou global da Modalidade:

**QUADRO 03 - VALOR A PAGAR CONSIDERANDO O PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO TOTAL POR MODALIDADE ASSISTENCIAL.**

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

Fonte: pág. 45, 9º TA ao CG 03/2018

A aferição financeira dos Indicadores de Qualidade será realizada considerando o peso percentual de cada indicador e sua respectiva regra para pagamento, conforme os Quadros 04-10, a seguir (pág. 46, item 6.4, 9º TA ao CG 03/2018):

**QUADRO 04 - ATENÇÃO AO USUÁRIO**

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
<b>IQ I - ATENÇÃO AO USUÁRIO</b>	<b>A) PERCENTUAL DE PACIENTES/ACOMPANHANTES ENTREVISTADOS</b>	
	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>B) NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENTREVISTADOS</b>	
	Atendimento entre 90% e 100% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador

	Atendimento entre 80% e 89,99% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento entre 50% e 79,99% do total de satisfação dos pacientes / acompanhantes entrevistados	70% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento abaixo de 50% de satisfação do total dos pacientes / acompanhantes entrevistados	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador

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

#### QUADRO 05 - APRESENTAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

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

#### QUADRO 06 - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

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

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

#### QUADRO 07 - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA

INDICADOR DE QUALIDADE	PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR	VALOR A PAGAR
<b>IQ IV -</b>	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela	100% do valor destinado ao indicador

<b>INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA</b>	ANS (Nov/2012) em pelo menos 3 classificações ASA	
	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela ANS (Nov/2012) em pelo menos 2 classificações ASA	0% do valor destinado ao indicador

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

#### QUADRO 08 - BANCO DE LEITE HUMANO

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

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

#### QUADRO 09 - REDE CEGONHA

<b>INDICADOR DE QUALIDADE</b>	<b>PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR (Realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador)</b>	<b>VALOR A PAGAR</b>
<b>IQ VI - REDE CEGONHA</b>	<b>A) INDICADORES REDE CEGONHA</b>	
	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>B) TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)</b>	
	Tempo médio de permanência de até 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado

	risco em acompanhamento no PNAR	
	Tempo médio de permanência maior de 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
<b>C) TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA</b>		
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha entre 4 a 6 subindicadores	80% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em apenas 3 ou menos subindicadores	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador

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

## QUADRO 10 - BANCO DE OLHOS

<b>INDICADOR DE QUALIDADE</b>	<b>PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR (Realizar-se-á a média das aferições percentuais de cada subindicador)</b>	<b>VALOR A PAGAR</b>
<b>IQ VII - BANCO DE OLHOS</b>	<b>A) INDICADORES QUANTITATIVOS DO BANCO DE OLHOS</b>	
	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>B) AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO</b>	
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico em, pelo menos, 65% dos tecidos oculares doados e captados	100% do valor destinado ao subgrupo do indicado
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico entre 50% e 64,99% dos tecidos oculares doados e captados	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico abaixo de 50% dos tecidos oculares doados e captados	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
	<b>C) ENTREVISTAS COM FAMILIARES</b>	
	Apresentação de, pelo menos, 65% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador



Apresentação de, pelo menos, 50% e 64,99% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	90% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Apresentação abaixo de 50% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
<b>D) FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS</b>	
Envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Não envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador
<b>E) RELATÓRIOS - QUALIDADE DA INFORMAÇÃO</b>	
Envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Não envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes	0% do valor destinado ao subgrupo do indicador

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

## 7 AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DE QUALIDADE 2º TRIMESTRE 2022

Para o 2º trimestre de 2022 o valor total de custeio foi de R\$ 11.580.478,68 (onze milhões, quinhentos e oitenta mil, quatrocentos e setenta e oito reais e sessenta e oito centavos), sendo o custeio mensal de R\$ 3.860.159,56 (três milhões, oitocentos e sessenta mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos).

Segue abaixo, no Quadro 11, a distribuição do custeio mensal referente ao 2º trimestre de 2022.

### QUADRO 11 - DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO NO 2º TRIMESTRE DE 2022

<b>DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO</b>	<b>Abril</b>	<b>Mai</b>	<b>Junho</b>	<b>2º TRIMESTRE DE 2022</b>
VALOR ASSISTENCIAL MÊS (90%)	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 10.422.430,81
VALOR QUALIDADE (9%)	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 1.042.243,08
VALOR INVESTIMENTO (1%)	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 115.804,79

VALOR DO CUSTEIO MENSAL	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 11.580.478,68
<b>VALOR TOTAL DO CUSTEIO</b>				<b>R\$ 11.580.478,68</b>

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

#### QUADRO 12 - VALOR CORRESPONDENTE A CADA INDICADOR DE QUALIDADE

INDICADORES DE QUALIDADE	DISTRIBUIÇÃO %	2º trimestre DE 2022
I – ATENÇÃO AO USUÁRIO	10,00%	R\$ 104.224,31
II- APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	10,00%	R\$ 104.224,31
III - INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	10,00%	R\$ 104.224,31
IV - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	10,00%	R\$ 104.224,31
V – BANCO DE LEITE HUMANO	25,00%	R\$ 208.448,62
VI – REDE CEGONHA	25,00%	R\$ 208.448,62
VII – BANCO DE OLHOS	25,00%	R\$ 208.448,62
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>R\$ 1.042.243,08</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Valor correspondente aos Indicadores de Qualidade

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

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

AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 2º TRIMESTRE 2022					
AVALIAÇÃO	I – ATENÇÃO AO USUÁRIO	II - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	III - INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	IV - INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	V - BANCO DE LEITE
% de cumprimento de meta	O Indicador “Atenção ao Usuário” será	105,17%	META CUMPRIDA	META CUMPRIDA	Superou em 83,60% a meta pactuada
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	monitorado, para fins de aferição financeira da meta, a partir de julho de 2022, a fim de que a Unidade possa reorganizar seus	Entre 95% e 100% de proporcionalidade de entre a produção hospitalar informada e a produção	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

		apresentada para o DATASUS			
Pagamento previsto para o percentual de cumprimento de meta		100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador
Valor correspondente a cada indicador	fluxos internos e a metodologia da pesquisa de satisfação para adequação às novas metas pactuadas.	R\$ 104.224,31	R\$ 104.224,31	R\$ 104.224,31	R\$ 208.448,62
Percentual de desconto correspondente à regra contratual		0%	0%	0%	0%
<b>Desconto correspondente a cada Indicador</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Aferição Financeira Indicadores de Qualidade I a V

#### QUADRO 14 - AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DA REDE CEGONHA

<b>AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 2º TRIMESTRE 2022</b>			
<b>VI - REDE CEGONHA</b>			
<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>INDICADORES REDE CEGONHA</b>	<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA PARA TRATAMENTO CLÍNICO EM GESTANTES DE ALTO RISCO EM ACOMPANHAMENTO NO PNAR (DIAS)</b>	<b>TAXAS RELACIONADAS À REDE CEGONHA</b>
Análise do Indicador	A Unidade superou em 68,22% do percentual pactuado para o indicador, atendendo os quantitativos previstos	A Unidade apresentou uma média de permanência de 4 dias, atendendo o quantitativo previsto para o Indicador	A Unidade atendeu as Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores.
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	Entre 90% e 100% de cumprimento de meta	Tempo médio de permanência de até 5 dias para tratamento clínico em gestantes de alto risco em acompanhamento no PNAR	Atendimento das Taxas contratadas para Rede Cegonha em pelo menos 7 subindicadores
Pagamento previsto para o percentual de cumprimento de meta	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador	100% do valor destinado ao indicador
Valor correspondente ao indicador	R\$ 52.112,15	R\$ 52.112,15	R\$ 104.224,31
Percentual de desconto correspondente à regra contratual	0%	0%	0%

<b>Desconto correspondente a cada Indicador</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>
---	-----------------	-----------------	-----------------

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Aferição Financeira Indicadores Rede Cegonha

#### QUADRO 15 - AFERIÇÃO FINANCEIRA INDICADORES DO BANCO DE OLHOS

<b>AFERIÇÃO FINANCEIRA - INDICADORES DE QUALIDADE - 2º TRIMESTRE 2022</b>					
<b>VII – BANCO DE OLHOS</b>					
<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>INDICADORES BANCO DE OLHOS</b>	<b>AVALIAÇÃO POSITIVA PARA TRANSPLANTE ÓPTICO</b>	<b>ENTREVISTAS COM FAMILIARES</b>	<b>FATURAMENTO DA PRODUÇÃO DO BANCO DE OLHOS</b>	<b>RELATÓRIOS - QUALIDADE DA INFORMAÇÃO</b>
Análise do Indicador	7,36% de cumprimento de meta	0,00% de cumprimento de meta.	0,00% de cumprimento de meta	A Unidade enviou a relação dos procedimentos lançados	A Unidade enviou o comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes
Regra contratual prevista para o percentual de cumprimento de meta	Atendimento abaixo de 50% de cumprimento de meta	Resultado de avaliação positiva para transplante Óptico abaixo de 50,00% dos tecidos oculares doados e captados	Apresentação abaixo de 50,00% de autorizações resultantes das entrevistas realizadas com familiares para Doação de Tecido Ocular	Envio da relação dos procedimentos lançados, conforme atendimento do Banco de Olhos	Envio de comprovante de encaminhamento das informações para a Gerência de Transplantes, contendo relatório de tramitação do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos
Regra de pagamento prevista para o percentual de cumprimento de meta	50% do valor destinado ao subgrupo do indicador	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador	0,00% do valor destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador	100% do valor destinado ao subgrupo do indicador
Valor correspondente a cada indicador	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72	R\$ 41.689,72
Percentual de desconto correspondente à regra contratual	50%	100%	100%	0%	0%
<b>Desconto correspondente a cada Indicador</b>	<b>R\$ 20.844,86</b>	<b>R\$ 41.689,72</b>	<b>R\$ 41.689,72</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>Desconto correspondente ao trimestre</b>	<b>R\$ 104.224,31</b>				

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Aferição Financeira Indicadores Banco de Olhos

## 8 AFERIÇÃO FINANCEIRA METAS DE PRODUÇÃO 1º SEMESTRE 2022

Para o 1º semestre de 2022 o valor total de custeio foi de R\$ 23.160.957,36 (vinte e três milhões, cento e sessenta mil, novecentos e cinquenta e sete reais e trinta e seis centavos), sendo o custeio mensal de R\$ 3.860.159,56 (três milhões, oitocentos e sessenta mil, cento e cinquenta e nove reais e cinquenta e seis centavos).

No Quadro 16, abaixo, segue a distribuição do custeio mensal das Metas de Produção Assistencial, referente ao 1º semestre de 2022, conforme a avaliação realizada pela GAEMC\_PSES nº 2111089/2022.

QUADRO 16 - CUSTEIO MENSAL METAS DE PRODUÇÃO - 1º SEMESTRE DE 2022

<b>DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO MENSAL - 1º SEMESTRE DE 2022</b>							
<b>DISTRIBUIÇÃO %</b>	<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>	<b>Março</b>	<b>Abril</b>	<b>Maió</b>	<b>Junho</b>	<b>TOTAL</b>
VALOR ASSISTENCIAL MÊS (90%)	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 3.474.143,60	R\$ 20.844.861,62
VALOR QUALIDADE (9-10%)	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 347.414,36	R\$ 2.084.486,16
VALOR INVESTIMENTO (1%)	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 38.601,60	R\$ 231.609,60
VALOR DO CUSTEIO MENSAL	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 3.860.159,56	R\$ 23.160.957,36
<b>VALOR TOTAL DO CUSTEIO REFERENTE AO 1º SEMESTRE 2022 = R\$ 23.160.957,36</b>							

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Custeio mensal Metas de Produção

No Quadro 17, abaixo, segue a distribuição percentual do valor do custeio fixo mensal, conforme a valoração de cada modalidade das Metas de Produção Assistencial.

QUADRO 17 - DISTRIBUIÇÃO DO CUSTEIO MENSAL METAS DE PRODUÇÃO

<b>SERVIÇOS CONTRATADOS</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO %</b>	<b>VALOR DO 1º SEMESTRE 2022</b>
ATENDIMENTOS URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS	10%	R\$ 2.084.486,16
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	70%	R\$ 14.591.403,14
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	15%	R\$ 3.126.729,24
SADT EXTERNO	5%	R\$ 1.042.243,08
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>R\$ 20.844.861,62</b>

Fonte: Relatório GAEMC PSES nº 211089/2022 - Distribuição do custeio mensal Metas de Produção

QUADRO 18 - AFERIÇÃO FINANCEIRA DAS METAS DE PRODUÇÃO NO 1º SEMESTRE DE 2022.

AVALIAÇÃO	ATENDIMENTOS URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	SADT EXTERNO
Δ % de cumprimento de meta	188,12%	146,97%	98,44%	95,45%
Regra contratual para a Δ %	Acima do volume contratado	Acima do volume contratado	Entre 85% e 100% do volume contratado	Entre 85% e 100% do volume contratado
Percentual a pagar conforme regra contratual para a Δ %	100% do peso percentual destinado para o serviço	100% do peso percentual destinado para o serviço	100% do peso percentual destinado para o serviço	100% do peso percentual destinado para o serviço
Valor correspondente ao serviço no período	R\$ 2.084.486,16	R\$ 14.591.403,14	R\$ 3.126.729,24	R\$ 1.042.243,08
Desconto correspondentes à regra contratual	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>VALOR DO DESCONTO CORRESPONDENTE A CADA SERVIÇO NO PERÍODO</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>	<b>R\$ 0,00</b>

Fonte: relatório GAEMC\_PSES nº 211089/2022

Considerando as regras definidas no Contrato de Gestão nº 03/2018 e atualizadas pelo 9º Termo Aditivo para o Acompanhamento das Metas Contratuais, podemos identificar que no 1º semestre de 2022, houve o cumprimento de todas as Metas de Produção Assistencial contratadas não havendo impacto financeiro para o 1º semestre do exercício financeiro de 2022.

## 9 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 (Sistematização de Pagamento), podemos fazer as seguintes considerações:

De acordo com as informações enviadas pelo Hospital e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais - GAEMC, consideramos que houve o cumprimento das metas para os Indicadores de Qualidade no 2º trimestre de 2022, exceto para o Indicador "Banco de Olhos", sendo apurado um desconto no valor de **R\$ 104.224,31 (cento e quatro mil, duzentos e vinte e quatro reais e trinta e um centavos)**, que não foi repassado à Executora, em virtude da Lei Federal nº 14.400, de 8 de julho de 2022 que altera a Lei nº 13.992, prorrogando "até 30 de junho de 2022, a suspensão da obrigatoriedade da manutenção

das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde, de qualquer natureza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes, na sua integralidade, os repasses dos valores financeiros contratualizados”.

Em relação ao resultado das Metas de Produção Assistencial podemos identificar que no 1º semestre de 2022 os serviços de “Atendimento de Urgência e Emergência” (188,12%) e “Assistência Hospitalar” (146,97%) cumpriram a meta acima de 100%. Para o “Atendimento Ambulatorial” (98,44%) e de “SADT Externo” (95,45%) o cumprimento de meta ficou entre 85 e 100%, não havendo impacto financeiro para o período.

No Atendimento Ambulatorial, as especialidades médicas que tiveram o cumprimento de meta abaixo de 50% foram: “Genética por teleconsulta” (0%), “Infectologia Pediátrica” (40,42%) e “Infertilidade” (11,67%). Conforme as regras contratuais atualizadas pelo 9º Termo Aditivo ao CG nº 03/2018, a aferição financeira foi realizada, considerando o total dos atendimentos Ambulatoriais contratados em relação ao total realizado. A unidade atingiu 98,44% da meta e alcançou 100% do peso percentual para a atividade.

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

*(Assinado Digitalmente)*

Marta Regina Bauer Barbosa \_Enfermeira  
Maria Aparecida Scottini \_Médica Auditora  
Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais \_SUH  
Comissão de Avaliação e Fiscalização \_CAF  
Secretaria Executiva

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

*(Assinado Digitalmente)*

I – Representante da Secretaria de Estado da Saúde:

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

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

- a) Gilberto Antônio Scussiato, como Titular.

III – Representante da Diretoria Executiva do IDEAS:

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

IV – Representante da Regional de Saúde:

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

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

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

VI - Representante da Câmara Municipal dos Vereadores de Criciúma:

- a) José Paulo Ferrarezi, como Titular;

VII – Representante Associação Empresarial de Criciúma- ACIC:

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

VIII – Representante Prefeitura Municipal de Criciúma:

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

IX - Representante Conselho Municipal de Saúde de Criciúma:

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

X - Representante Comissão Intergestores Regional de Saúde:

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





# Assinaturas do documento



Código para verificação: **03ZDJY90**

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

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



## Assinaturas do documento



Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNzEyMTRfNzE5OTRfMjAyM18wM1pESik5MA==> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00071214/2023** e o código **03ZDJY90** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.