



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

29
Caf

- XXI. Responsabilizar-se pela manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários para a execução dos serviços assistenciais de saúde previstos neste instrumento contratual;
- XXII. Garantir que a utilização de hemocomponentes e hemoderivados seja feita em consonância com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017;
- XXIII. Responsabilizar-se por dano causado ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados, assegurando-se, em qualquer caso, o direito de regresso contra o responsável, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- XXIV. Obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento documento comprobatório informando que a assistência foi prestada pelo SUS, sem custos adicionais para o paciente;
- XXV. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto.
- XXVI. Aplicar ferramentas gerenciais que induzam a horizontalização da gestão, qualificação gerencial e enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, gestão de risco, sistema de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação dos trabalhadores e usuários;
- XXVII. Atender prontamente às demandas da SES/SUS-MG com esclarecimentos pertinentes à assuntos que envolvem a FHEMIG.

V.C – EIXO ENSINO E PESQUISA, QUANDO COUBER

- I. Promover formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional;
- II. Ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor local;
- III. Constituir equipe de referência matricial para apoiar o trabalho da RAS, de acordo com seu perfil de especialização;
- IV. Disponibilizar ensino integrado à assistência;
- V. Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário;
- VI. Desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde;
- VII. Cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino.

V.D – EIXO AVALIAÇÃO

- I. Acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços;
- II. Avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes de forma periódica;
- III. Monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização.
- IV. Manter os programas de avaliação de qualidade hospitalar instituídos pelas normas do Ministério da Saúde;
- V. Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

29
Caf



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

VI. METAS QUANTITATIVAS

QUADRO 1 - MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL - MAC			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	QUANTIDADE MENSAL	VALOR MENSAL TOTAL -R\$
GRUPO 01 - AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE			
101	AÇÕES COLETIVAS/ INDIVIDUAIS EM SAÚDE		
Sub Total GRUPO 1		0	0,00
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
201	COLETA DE MATERIAL		
202	DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	1978	5.042,99
203	DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA		
204	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	64	506,22
205	DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA		
209	DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA		
211	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES	9	46,35
212	DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA		
214	DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO		
Sub Total GRUPO 2		2051	5.595,56
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
301	CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS	1603	14.339,27
302	FISIOTERAPIA	187	873,29
303	TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)		
306	HEMOTERAPIA		
307	TRATAMENTO ODONTOLÓGICOS		
309	TERAPIAS ESPECIALIZADAS		
Sub Total GRUPO 3		1790	15.212,56
GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
401	PEQUENA CIRURGIA E CIRURGIA DE PÊLE, CUTANEO E MUCOSA	5	65,99
404	CIRURGIA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES		
405	CIRURGIA DO APARELHO DE VISÃO		
406	CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO		
407	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO		
408	CIRURGIA DO SISTEMA OSTEO MUSCULAR		
409	CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO		
410	CIRURGIA DE MAMA		
411	CIRURGIA OBSTÉTRICA		
412	CIRURGIA TORÁCICA		
413	CIRURGIA REPARADORA		
414	CIRURGIA ORO-FACIAL		
415	OUTRAS CIRURGIAS		
417	ANESTESIOLOGIA		
Sub Total GRUPO 4		5	65,99
TOTAL DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		3.846	20.874,11

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

29
af

QUADRO 2 - ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL - MAC			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	QUANTIDADE MENSAL	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
GRUPO 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
201	COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍOPSIA		
202	DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		
204	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		
206	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA		
207	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
208	DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
210	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
04.06.07	DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA		
21107	DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA		
212	DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA		
Sub Total GRUPO 02		0	0,00
GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
30107	ATEND/ACOMP REAB. FÍSICA MENTAL VISUAL MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS		
30111	ATEND/ACOMP QUEIMADOS		
30112	ATEND/ACOMP DE DIAG. DE DOENÇAS ENDÓCRINAS/METABÓLICAS E NUTR.		
30113	ACOMPANHAMENTO EM OUTRAS ESPECIALIDADES		
30312	TRATAMENTOS POR MEDICINA NUCLEAR EM VIVO		
304	TRATAMENTO EM ONCOLOGIA		
306	HEMOTERAPIA		
307	TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS		
309	TERAPIAS DO APARELHO GENITURINÁRIO		
Sub Total GRUPO 03		0	0,00
GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
409	CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO		
413	TRATAMENTO DE QUEIMADOS		
414	CIRURGIA OROFACIAL		
Sub Total GRUPO 04		0	0,00
GRUPO 07 - ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - SUBGRUPO 01 - NÃO RELACIONADOS AO ATQ CIRÚRGICO			
70101	OPM AUXILIARES DA LOCOMOÇÃO		
70102	OPM ORTOPÉDICAS		
70103	OPM AUDITIVAS		
70104	OPM OFTALMOLÓGICAS		
70106	OPM EM UROLOGIA		
70108	OPM DE ANOMALIAS BUCO-MAXILO-FACIAL		
70109	SUBSTITUIÇÃO / TROCA EM ÓRTESE E PRÓTESE		
70110	OPM EM QUEIMADOS		
Sub Total GRUPO 07		0	0,00
TOTAL DA ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL		0	0,00



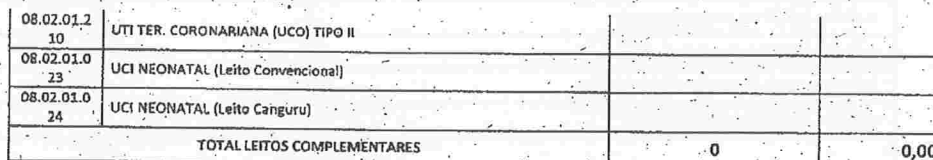
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

QUADRO 3 - MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR - MAC			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	Nº DE INTERNAÇÕES PREVISTAS	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
09.01.180	CIRÚRGICO		
09.01.195	CLÍNICO	34	12.740,88
09.01.191	OBSTÉTRICO		
09.01.198	PEDIÁTRICO		
OUTRAS ESPECIALIDADES			
03.03.13	Cuidados Prolongados		
03.03.17	Transtornos Mentais		
09.01.196	Psiquiatria Crônica		
TOTAL MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR		34	12.740,88

QUADRO 4 - ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR - MAC			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	Nº DE INTERNAÇÕES PREVISTAS	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
03.03.18	TRATAMENTO HIV/AIDS		
03.03.04	TRATAMENTO DOENÇAS SIST. NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO		
03.04	TRATAMENTO EM ONCOLOGIA		
04.03	CIRURGIA SISTEMA NERVOSES CENTRAL E PERIFÉRICO		
04.05	CIRURGIA APARELHO DA VISÃO		
04.06	CARDIOVASCULAR		
04.06.01	CIRURGIA CARDIOVASCULAR		
04.06.02	CIRURGIA VASCULAR		
04.06.03	CARDIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA		
04.06.04	CIRURGIA ENDOVASCULAR		
04.06.05	ELETROFISIOLOGIA		
04.06.06	CIR. CARDIOVASC. PEDIÁTRICA		
04.08	CIRURGIA SISTEMA OSTEO MUSCULAR		
04.16	CIRURGIA EM ONCOLOGIA		
TOTAL ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR		0	0,00

QUADRO 5 - LEITOS COMPLEMENTARES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	Nº DE INTERNAÇÕES PREVISTAS	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
08.02.01.083	UTI ADULTO - TIPO II (16 leitos)		
08.02.01.091	UTI ADULTO - TIPO III		
08.02.01.156	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II (04 leitos)		
08.02.01.075	UTI PEDIÁTRICA - TIPO III		
08.02.01.121	UTI NEONATAL - TIPO II (06 leitos)		
08.02.01.121	UTI NEONATAL - TIPO III		

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG



QUADRO 6 - FAEC AMBULATORIAL E HOSPITALAR			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
TOTAL DOS SERVIÇOS FAEC		0	0,00

QUADRO 7 - PORTARIAS MINISTERIAIS, INCENTIVOS E RECURSOS COMPLEMENTARES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR MENSAL TOTAL - R\$
09.90.182	Recurso Portaria nº 3.166/2013 - Média Complexidade Ambulatorial		
09.90.181	Recurso Portaria nº 3.166/2013 - Média Complexidade Hospitalar		
09.05.80	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar - IGH (IAC)		
09.05.80	Incentivo Integração ao SUS (Integrassus)		
09.05.30	Incentivo Leitos de Saúde Mental (SHR-RAPS)		
09.90.208	Incentivo Traumatologia		
09.05.70	Incentivo Reabilitação OPM (Deliberação CIB/SUS-MG nº 1.503/2013)		
09.05.80	Incentivo 100% SUS		
09.05.80	Incentivo de Atenção Especializada à Pop. Indígena		
	Recurso Portaria nº 15/2018 - Mamografia bilateral de rastreamento (MAC)		
09.05.25	Del. CIB SUS nº 2.468 de 22/03/2017	1	404.250,00
09.90.240	Recurso Portaria nº 3011/2017 (Ambulatorial)		
09.90.255	Recurso Portaria nº 3011/2017 (Hospitalar) DelCIBSUS nº 2668 20/02/2018		



**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

09.03.172	SADT de Terapia Renal Substitutiva		
03.04	SADT de Oncologia		
04.06.01	SADT de Cirurgia Cardiovascular		
04.06.02	SADT de Cirurgia Vascular		
04.06.03	SADT de Cardiologia Intervencionista		
04.06.04	SADT de Cirurgia Endovascular		
04.06.05	SADT de Eletrofisiologia		
TOTAL PORTARIAS MINISTERIAIS, INCENTIVOS E RECURSOS COMPLEMENTARES		1	404.250,00

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA				
	DESCRIÇÃO DO RECURSO	METAS QUANTITATIVAS	TOTAL MENSAL	TOTAL ANUAL
VALOR PRÉ-FIXADO	RECURSO MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)	R\$ 20.874,11	R\$ 437.864,99	R\$ 5.254.379,88
	RECURSO MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)	R\$ 12.740,88		

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

31
at

	RECURSO PORTARIA Nº 3.166/2013 - AMBULATORIAL (MCA)	R\$ 0,00		
	RECURSO PORTARIA Nº 3.166/2013 - HOSPITALAR (MCH)	R\$ 0,00		
	INCENTIVO IAC	R\$ 0,00		
	INCENTIVO INTEGRASUS	R\$ 0,00		
	INCENTIVO SAÚDE MENTAL	R\$ 0,00		
	SADT (MCA)	R\$ 0,00		
	OUTROS	R\$ 404.250,00		
VALOR PÓS- FIXADO	RECURSO ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	RECURSO ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR	R\$ 0,00		
	LEITOS COMPLEMENTARES	R\$ 0,00		
	FAEC	R\$ 0,00		
	OUTROS	R\$ 0,00		
	SADT ALTA COMPLEXIDADE	R\$ 0,00		
TOTAL		R\$ 437.864,99	R\$ 437.864,99	R\$ 5.254.379,88





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

VII. METAS QUALITATIVAS

VII.A Indicadores Gerais

N	TIPO	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE AFERIÇÃO	FONTE	PONTUAÇÃO
1	Geral	Taxa de ocupação geral dos leitos	$\frac{\text{Total de pacientes - dia, no período}}{\text{Total de leitos - dia, no mesmo período}} \times 100$	SIH/CNES	Hospitais com menos 50 leitos SUS para internação Hospitais com 50 ou mais leitos SUS para internação ≥ 60%; 15 pontos ≥ 80%; 15 pontos ≥ 45% a < 60%; 10 pontos ≥ 65% a < 80%; 10 pontos ≥ 30% a < 45%; 7 pontos ≥ 55% a < 85%; 7 pontos ≥ 30% 0 ponto ≥ 55% 0 ponto
2	Geral	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica	$\frac{\text{Total de pacientes - dia nos leitos de clínica médica, no período}}{\text{Total de saídas dos leitos de clínica médica, no mesmo período}}$	SIH	< 8 dias: 10 pontos ≥ 8 < 11 dias: 8 pontos ≥ 11 a < 14: 4 pontos ≥ 14 dias: 0 ponto
3	Geral	Tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica	$\frac{\text{Total de pacientes - dia nos leitos de clínica cirúrgica, no período}}{\text{Total de saídas dos leitos de clínica cirúrgica, no mesmo período}}$	SIH	< 5 dias: 10 pontos ≥ 5 < 7 dias: 7 pontos ≥ 7 a < 9: 3 pontos ≥ 9 dias: 0 ponto
4	Geral/UTI*	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Adulto	$\frac{\text{Total de diárias de UTI Adulto, no período}}{\text{Total de leitos - dia de UTI Adulto, no mesmo período}} \times 100$	SIH/CNES	≥ 85%; 10 pontos ≥ 70% a < 85%; 7 pontos ≥ 60% a < 70%; 5 pontos ≥ 60% 0 ponto
5	Geral/UTI*	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Pediátrico	$\frac{\text{Total de diárias de UTI Pediátrico, no período}}{\text{Total de leitos - dia de UTI Pediátrico, no mesmo período}} \times 100$	SIH/CNES	≥ 85%; 10 pontos ≥ 70% a < 85%; 7 pontos ≥ 60% a < 70%; 5 pontos ≥ 60% 0 ponto
6	Geral/UTI*	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Neonatal	$\frac{\text{Total de diárias de UTI Neonatal, no período}}{\text{Total de leitos - dia de UTI Neonatal, no mesmo período}} \times 100$	SIH/CNES	≥ 85%; 10 pontos ≥ 70% a < 85%; 7 pontos ≥ 60% a < 70%; 5 pontos ≥ 60% 0 ponto
7	Geral	Taxa de mortalidade institucional	$\frac{\text{Total de óbitos ocorridos após 24 horas da admissão, no período}}{\text{Total de saídas hospitalares, no mesmo período}} \times 100$	Comissão de Óbito	≤ 3%; 10 pontos > 3% ≤ 6%; 8 pontos > 6% a ≤ 8%; 4 pontos ≥ 8% 0 ponto

Procurador-Geral
OSTA
FHEMIG





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

8	Geral/UTI*	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto	$\frac{\text{Total de casos novos de IPCSL, no período}}{\text{Total de CVC's - dia, no mesmo período}} \times 1.000$	CCIH	$\leq 2,0/1000$: 5 pontos $> 2,0/1000$ a $\leq 3,0/1000$: 4 pontos $> 3,0/1000$ a $\leq 5,0/1000$: 3 pontos $> 5,0/1000$: 0 ponto
9	Geral	Número médio de reuniões das seguintes comissões: "Núcleo de Segurança do Paciente", "Controle de Infecção Hospitalar" e "Análise e Revisão dos Óbitos" no período	$\frac{\text{Total de reuniões do Núcleo de Segurança do Paciente, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$ $\frac{\text{Total de reuniões da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$ $\frac{\text{Total de reuniões da Comissão de Análise e Revisão de Óbitos, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$	Relatório mensal de cada uma das comissões	$\geq 0,5$: 5 pontos $< 0,5$: 0 ponto $\geq 0,5$: 5 pontos $< 0,5$: 0 ponto $\geq 0,5$: 5 pontos $< 0,5$: 0 ponto
10	Geral	Comprovação de atuação do serviço de Ouvidoria	$\frac{\text{Total de relatórios da Ouvidoria, no período}}{\text{Total de meses em avaliação compreendidos, no mesmo período}}$	Relatório mensal da Ouvidoria do hospital	$\geq 0,5$: 5 pontos $< 0,5$: 0 ponto
11	Geral	Visita Aberta	O Hospital comprova que esta beleceu o horário mínimo da Visita Aberta, nas Unidades de Internação (incluindo UTI e Maternidade, se for o caso), através de uma Ordem de Serviço que deve ser encaminhada à UR antes da avaliação de acompanhamento. A comprovação está sujeita à Inspeção da UR.	Ordem de serviço	≥ 4 h diárias: 5 pontos ≥ 2 a < 4 h diárias: 3 pontos < 2 h diárias: 0 ponto

João Viana da Costa





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

12	Geral/ Oncologia*	Taxa de cirurgias oncológicas	$\frac{\text{Total de cirurgias oncológicas, no período}}{\text{Total de procedimentos de quimioterapia, no mesmo período}} \times 100$	-SIH-	≥ 92: 5 pontos
					≥ 6,2 a < 9,2 dias: 4 pontos
					≥ 3 a < 6,2 dias: 3 pontos
					≥ 1 a < 3 dias: 1 ponto
					< 1 : 0 ponto
TOTAL					110 PONTOS

*Indicadores que serão aplicados conforme o perfil do hospital

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG

Up Jan





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

HOSPITALAR
CIE 17
33
af

VIII. ANÁLISE DE DESEMPENHO PARA REPASSE DOS RECURSOS

VIII.A – DESEMPENHO DAS METAS QUANTITATIVAS

Cem por cento (100%) do valor pré-fixado, conforme quadro síntese (VI.A), estabelecido neste instrumento, terá seu repasse condicionado ao percentual de cumprimento das metas quantitativas financeiras.

O acompanhamento quantitativo financeiro terá como fonte de dados as bases oficiais de produção do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIHD) a partir da apuração da produção APROVADA na média complexidade.

O percentual de desempenho apurado com base em cada sistema de informação (SIA e SIHD) corresponderá ao recebimento proporcional de recursos do valor pré-fixado, conforme definido nas faixas abaixo:

DESEMPENHO (MÉDIA DA PRODUÇÃO NO PERÍODO AVALIADO EM RELAÇÃO A META - %)	PERCENTUAL CORRESPONDENTE (FAIXAS)
Abaixo de 70%	% equivalente à pontuação obtida
70% a 80%	80%
81% a 90%	90%
91% a 100%	100%

Os percentuais supracitados serão aplicados separadamente para os valores financeiros correspondentes as metas classificadas como ambulatoriais de média complexidade e hospitalares de média complexidade. Para o valor dos incentivos, não será aplicado nenhum percentual.

A CAC deverá analisar as metas financeiras para fins de identificação da faixa de produção em relação ao teto financeiro contratado e, conseqüentemente, para o impacto no repasse dessa parcela dos recursos, sendo vedada a apresentação de justificativa para o não cumprimento.

Os dados serão apurados conforme exemplificado no quadro abaixo:

Apuração dos resultados:

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	META QUANTITATIVA	MÉDIA DE PRODUÇÃO DOS MESES DE APURAÇÃO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR A PAGAR
MCA	A	B	B/A(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 100% DO VALOR PRÉ- FIXADO (MCA)
MCH	C	D	D/C(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 100% DO VALOR PRÉ- FIXADO (MCH)

af



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

VIII.B – DESEMPENHO DAS METAS QUALITATIVAS – REFERENTE AO VALOR PRÉ-FIXADO

O desempenho qualitativo será monitorado sistematicamente, contudo sem ter impacto financeiro.

IX. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA ESTIMADA PARA O HOSPITAL	VALOR MENSAL R\$	VALOR ANUAL R\$
VALOR PRÉ-FIXADO	437.864,99	5.254.379,88
VALOR PÓS-FIXADO	0,00	00
TOTAL	437.864,99	5.254.379,88

O valor anual estimado para a execução do Contrato importa em **R\$ 5.254.379,88 (Cinco milhões, duzentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e setenta e nove reais e oitenta e oito centavos)**, conforme especificado a seguir.

IX.A – VALOR PRÉ-FIXADO

- O componente pré-fixado anual importa em **R\$ 5.254.379,88 (Cinco milhões, duzentos e cinquenta e quatro mil, trezentos e setenta e nove reais e oitenta e oito centavos)**, a ser transferido à FHEMIG em parcelas duodecimais de **R\$ 437.864,99 (Quatrocentos e trinta e sete mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e noventa e nove centavos)**, conforme discriminado abaixo, observadas as regras constantes no item VIII deste Documento Descritivo:

Cem por cento (100%) do valor pré-fixado, referente ao montante de **R\$ 437.864,99 (Quatrocentos e trinta e sete mil, oitocentos e sessenta e quatro reais e noventa e nove centavos)**, será repassado mensalmente à FHEMIG de acordo com o percentual de cumprimento das metas quantitativas financeiras referente ao valor pré-fixado, discriminados no "Quadro Síntese" neste Documento Descritivo.

- O cumprimento das metas quantitativas financeiras e qualitativas (vinculadas aos indicadores classificados como "Geral") estabelecidas neste Documento Descritivo deverá ser avaliado/atestado pela CAC e acompanhado/monitorado pelo Gestor do Contrato.

- A efetivação do pagamento do valor da parcela pré-fixada, com seus devidos descontos, será realizada até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde creditar os recursos financeiros na conta bancária do Fundo Estadual, conforme previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017.

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

34
QF

IX.B- VALOR PÓS-FIXADO

O componente **pós-fixado** importa em **R\$ 0,00 (xxxxxxxx)** e corresponde aos serviços de alta complexidade, Leitos Complementares e FAEC que serão repassados à FHEMIG pós-produção, aprovação e processamento, de acordo com a produção mensal aprovada.

A efetivação do pagamento referente aos serviços de alta complexidade, Leitos Complementares e FAEC será realizada até o 5º dia útil, após creditar na conta bancária do Fundo Estadual e disponibilização do processamento pelo Ministério da Saúde.

X. CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

Mês	Competências Monitoradas	Competências de Desconto
Julho	Janeiro a Abril	Julho a Setembro
Novembro	Maior a Agosto	Novembro a Fevereiro
Março	Setembro a Dezembro	Março a Junho



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

XI. DECLARAÇÃO SOBRE SITUAÇÃO FISCAL

Na qualidade de representante da FHEMIG, DECLARO, para fins de prova junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/FES, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito de mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional, Estadual e Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento da SES-MG/FES, na forma deste Documento Descritivo

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2018.

Vânia Maria Souza Melo Pinto da Cunha

Presidente da Fundação Hospitalar de Minas Gerais/FHEMIG

XII. ASSINATURA DO INTERVENIENTE

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2018.

Dulcinéia Thinassi Perini

Secretária Municipal de Saúde de Ubá

Dulcinéia Thinassi Perini
Secretaria Municipal de Saúde de Ubá
Mat.: 10675

XIII. APROVAÇÃO DO CONCEDENTE

APROVADO

Belo Horizonte, 05 de novembro de 2018.

Wandha Karine dos Santos
Subsecretária de Regulação
em Saúde/SES-MG.
MASP: 1392606-8

Wandha Karine dos Santos

Subsecretária de Regulação em Saúde – SES/MG

João Viana da Costa
Procurador Chefe/FHEMIG



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS E INSUMOS DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO
DIRETORIA DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS

MANUAL DE ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

VERSÃO 1.0

BELO HORIZONTE, MARÇO DE 2020.



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

Secretário-Adjunto em Saúde

João Márcio Silva de Pinho

Chefia de Gabinete

Luiz Marcelo Cabral Tavares

Subsecretário de Regulação do Acesso a**Serviços e Insumos de Saúde**

Nicodemus de Arimathea e Silva Junior

Assessoria de Comunicação

Vanessa Tamietti

Superintendente de Contratualização e**Programação**

Victor Antônio Pereira

Diretora de Contratos Assistenciais

Regiane Magalhães Silva

Responsáveis pela Elaboração

Marina Senem de Araújo

Regiane Magalhães Silva

Valéria de Jesus Coelho Ferreira dos Santos

Colaboração

Marisa Madureira

Regina Célia Rodrigues Lapa

Sebastião Avelino Junior

Equipe da Diretoria de Contratos Assistenciais

Diego Ferreira Barbosa e Oliveira

Elaine Gomes da Silva

Geserlei Luiz de Jesus Nunes

Lucas Viana Soares Santana

Marco Aurélio Lourenço

Maria Auxiliadora Guerra Pedroso

Marina Senem de Araújo

Nágila Polianna Gomes Lacerda

Neuma Maria de Jesus

Regiane Magalhães Silva

Renata dos Santos de Jesus

Renata Miliane Vieira Gazzola

Renato Warley Martins Ferreira

Tatiane Ribeiro Leal

Valéria de Jesus Coelho Ferreira dos Santos

Vanessa Costa de Moura

Elaboração, distribuição e informações:**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS****Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde/Superintendência de Contratualização e Programação / Diretoria de Contratos Assistenciais**

Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves Rodovia Papa João Paulo II, 4143, Bairro Serra Verde Edifício Minas - 12º Andar - CEP 31.630-900

Sumário

1	Introdução.....	3
2	A Comissão de Acompanhamento de Contratos.....	4
2.1	Definição.....	4
2.2	Composição da CAC.....	4
2.2.1	Caracterização da CAC.....	4
2.3	Competências da Comissão de Acompanhamento de Contratos:.....	5
2.4	Prazo de vigência da Comissão de Acompanhamento de Contratos.....	5
2.5	Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato.....	5
2.5.1	Reuniões excepcionais.....	6
2.6	Acompanhamento e avaliação do contrato.....	7
2.6.1	Diretrizes gerais.....	7
2.6.2	Acompanhamento e avaliação dos indicadores.....	8
2.7	Acompanhamento permanente do Contrato.....	11
3	Metodologia de cálculo das metas quantitativas.....	11
3.1	Estabelecimentos hospitalares com IAC.....	11
3.1.1	Cálculo das metas quantitativas.....	11
3.2	Estabelecimentos hospitalares sem IAC.....	16
3.2.1	Cálculo das metas quantitativas.....	16
3.3	Metodologia de cálculo das metas quantitativas em casos excepcionais.....	18
4	Metodologia de cálculo das metas qualitativas.....	19
4.1	Estabelecimentos hospitalares com IAC.....	19
4.1.1	Cálculo das metas qualitativas.....	19
4.2	Estabelecimentos hospitalares sem IAC.....	22
4.2.1	Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte qualitativa.....	22
4.3	Metodologia de cálculo das metas qualitativas em casos excepcionais.....	22
	Referências.....	23
	Anexos.....	24
	Anexo 1 - Modelo de encaminhamento dos representantes da Comissão de Acompanhamento dos Contratos.....	24
	Anexo 2- Modelo de “Relatório da Comissão de Acompanhamento” para os estabelecimentos hospitalares com incentivo IAC e “Relatório da Comissão de Acompanhamento- Prestador hospitalar sem IAC.....	25
	Anexo 3 - Declaração de veracidade das informações e autenticidades dos documentos apresentados.....	29
	Anexo 4 - Guia de visita aos hospitais contratados.....	30
	Anexo 5 - Ficha de qualificação dos indicadores classificados como “geral”.....	31

1 Introdução

No âmbito do SUS, desde 2004 o Ministério da Saúde (MS) tem orientado o fortalecimento da contratualização com os hospitais, através das políticas de reestruturação dos hospitais de ensino e dos hospitais filantrópicos. O objetivo da contratualização é a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar segundo as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Entre os ganhos da Contratualização está o aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados.

Recentemente, a Portaria de Consolidação nº2/2017 (Origem: PRT MS/GM 3410/2013), Anexo 2 do Anexo XXIV “Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS”, na seção IV, artigo 32, propôs a formação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização, com o propósito de monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados.

Ao longo desse processo, a Secretaria de Estado da Saúde/SES-MG, por meio da Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde (SUBREG), Superintendência de Contratualização e Programação (SCP), Diretoria de Contratos Assistenciais (DCA), tem empreendido esforços na implementação das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde quanto à contratualização de seus prestadores.

A partir de 2018, o instrumento contratual de serviço hospitalar e hospitalar/ambulatorial dos estabelecimentos sob gestão da SUBREG/SCP/DCA foi adequado às diretrizes da Portaria de Consolidação nº2/2017 (Origem: PRT MS/GM 3410/2013), Anexo 2 do Anexo XXIV, com a instauração das Comissões de Acompanhamento dos Contratos.

Com o intuito de subsidiar e aprimorar a atuação da Comissão de Acompanhamento dos Contratos propõe-se um conjunto de orientações para sua formação e atuação corroborando e complementando as instruções constantes no instrumento contratual.

Entende-se que o fortalecimento dos instrumentos de acompanhamento e monitoramento da execução das ações e serviços de saúde pactuados é primordial para a qualificação da regulação e para a contribuição na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS/MG.

2 A Comissão de Acompanhamento de Contratos

2.1 Definição

A Comissão de Acompanhamento de Contratos (CAC) é responsável pelo processo de acompanhamento e avaliação dos resultados sistematicamente alcançados pelos prestadores de ações e serviços de saúde, pactuados por meio de Contrato. Não obstante, a existência e a atuação da CAC não conflitam ou substituem as atividades próprias do Sistema de Auditoria Assistencial do SUS e do controle e avaliação do Gestor, recaiando sua atuação sobre o monitoramento dos indicadores de acordo com as orientações deste manual.

2.2 Composição da CAC

Para cada contrato deve estar estruturada uma CAC, conforme composição abaixo, devendo ser indicados membros suplentes para cada um dos membros titulares:

- I. Dois representantes da CONTRATANTE, sendo estes 02 (dois) representantes da Unidade Regional de Saúde (URS) à qual o (a) Contratado (a) está adstrito, a ser designado pelo Superintendente/Gerente da Unidade Regional de Saúde (URS);
- II. Dois representantes do (a) CONTRATADO (A);
- III. Um representante do INTERVENIENTE (quando for o caso), a ser designado pelo Gestor Municipal de Saúde;

2.2.1 Caracterização da CAC

a) A escolha dos membros da CAC deve considerar o conhecimento do indicado sobre o perfil assistencial do município/região, demandas/necessidades de saúde, monitoramento de indicadores e regulação assistencial;

b) Os membros representantes do Interveniente e da Unidade Regional, titulares e suplentes, não poderão ter vínculo de qualquer natureza com o Contratado (a);

c) O Superintendente/Gerente da Unidade Regional de Saúde deve indicar qual representante da Unidade Regional será responsável pela coordenação administrativa das reuniões da CAC, sendo designado como Coordenador (a) Administrativo (a);

d) Os nomes e CPF dos representantes titulares, suplentes e do Coordenador Administrativo devem ser encaminhados pelo Núcleo de Regulação da Unidade Regional (Sugestão de modelo no anexo 1), a qual o (a) Contratado (a) está adstrito, à DCA, em até 30 dias corridos da assinatura do Contrato.

e) Os membros da CAC não serão remunerados por esta atividade.

f) A composição da Comissão será objeto de publicização no site da SES/MG.

2.3 Competências da Comissão de Acompanhamento de Contratos:

Em consonância com a Portaria GM/MS de Consolidação nº2/2017, a CAC tem por atribuições:

- I. Apuração do cumprimento das metas qualitativas e quantitativas financeiras;
- II. Acompanhamento e avaliação dos indicadores pactuados e suas respectivas metas qualitativas;
- III. Propor readequações das metas pactuadas, dos recursos financeiros e outras que se fizerem necessárias nas cláusulas contratuais, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Documento Descritivo;
- IV. Avaliar a qualidade da atenção à saúde dos usuários prestada pelo (a) CONTRATADO (A).

2.4 Prazo de vigência da Comissão de Acompanhamento de Contratos

O mandato dos membros integrantes da CAC será compatível com a vigência do Contrato, devendo qualquer alteração da sua composição ser comunicada à DCA.

2.5 Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato

a) Cabe ao (à) Coordenador (a) Administrativo (a) da CAC agendar e convocar as reuniões de monitoramento, informando local, data e horário, em conformidade com o cronograma (Quadro 1), garantindo que o resultado da apuração seja enviado até o dia 20 do mês de reunião para a DCA.

Quadro 1: Cronograma de reuniões da CAC

Mês de avaliação	Competências Monitoradas	Competências de Desconto/Restituição
Julho	Janeiro a Abril	Julho a Outubro
Novembro	Maió a Agosto	Novembro a Fevereiro
Março	Setembro a Dezembro	Março a Junho

Fonte: elaboração própria

b) Tendo em vista a confirmação do recebimento da convocação e disponibilidade de comparecimento pelos participantes, a reunião deverá ter início com a presença de, no mínimo, um representante de cada instituição que compõe a CAC. Deve ser observado um limite de tolerância de atraso especificado na convocação. No caso de insuficiência de quórum, os membros ausentes devem ser notificados, devendo a reunião ocorrer, enfim, com a quantidade de membros presentes, independente da representatividade.

c) Caso não seja possível a presença de algum membro da CAC, seu suplente imediato deve ser convocado pelo dirigente da instituição;

d) Caso o membro da CAC, representante do (a) Contratado (a), não comparecer à convocação, serão considerados os resultados apurados via bancos de dados oficiais, não cabendo a interposição de recurso.

e) O registro da reunião deve ser feito em Ata. Salienta-se que esse registro não substitui o relatório de avaliação.

2.5.1 Reuniões excepcionais

Em casos de rescisão do contrato ou fatos excepcionais, as reuniões da comissão de acompanhamento de contrato deverão ocorrer eventualmente em outros meses de forma a garantir a avaliação das competências ainda não monitoradas.

a) Nos casos de término de vigência, rescisão por solicitação do contratante ou o município INTERVENIENTE faça opção, por meio de Deliberação CIB-SUS, por gerir a média e alta

complexidade, incluindo os recursos financeiros, os estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares e a Contratualização em seu território; a reunião acontecerá no mês anterior a última competência de pagamento do contrato. Serão consideradas para avaliação as competências ainda não monitoradas e com dados nas bases oficiais de produção do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Caso seja apurado valor a restituir, este será debitado em única parcela no último mês de pagamento.

b) Nos casos de rescisão por outro motivo não citado acima, a reunião acontecerá no último mês de funcionamento do estabelecimento ou no mês subsequente. Serão consideradas para avaliação as competências ainda não monitoradas e com dados nas bases oficiais de produção do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Caso seja apurado valor a restituir, este será debitado em única parcela no último mês de pagamento.

2.6 Acompanhamento e avaliação do contrato

2.6.1 Diretrizes gerais

a) O acompanhamento do contrato deverá ser mensal a fim de subsidiar a avaliação nos meses de referência.

b) A avaliação quadrimestral do contrato ocorrerá mediante a análise dos indicadores e das metas qualitativas e quantitativas pactuados no instrumento contratual, registradas nos formulários “Relatório da Comissão de Acompanhamento” para os estabelecimentos hospitalares com incentivo IAC ou “Relatório da Comissão de Acompanhamento- Prestador hospitalar sem IAC” (Modelo anexo 2) para os estabelecimentos hospitalares sem o incentivo IAC.

c) Considerando a data de assinatura do contrato, há a possibilidade de que, no primeiro período, sejam contemplados apenas dois ou três meses entre os que serão monitorados. Neste caso, orienta-se que seja mantido o período de apuração dos resultados e o monitoramento recairá sobre os dois ou três meses iniciais;

D) Tendo em vista a data de assinatura do contrato, há a possibilidade de que, no primeiro período, seja contemplado apenas um mês entre os que serão monitorados, este mês será monitorado em conjunto com os quatro meses do quadrimestre seguinte;

e) O desempenho alcançado pelo (a) Contratado(a) em cada uma das apurações quadrimestrais impactará nos valores dos recursos financeiros a serem repassados, nos meses de ressarcimento/desconto, conforme cronograma estabelecido no Quadro 1. Assim, a dedução relativa ao valor financeiro a restituir, apurado mensalmente, impactará nos quatro meses seguintes de repasse do recurso.

f) Em casos de rescisão do contrato (término de vigência, solicitação do prestador ou o município INTERVENIENTE faça opção por gerir os prestadores de média e alta complexidade), as competências de desconto referentes aos valores a restituir serão antecipadas para o(s) último(s) mês(es) de pagamento de forma a garantir a restituição devida decorrente da avaliação. O número de meses de antecipação das parcelas será de acordo com a data de ciência da rescisão e cronograma de pagamento dos recursos da parcela pré-fixada.

2.6.2 Acompanhamento e avaliação dos indicadores

a) Cabe ao (à) Coordenador(a) Administrativo(a) da CAC solicitar ao(à) Contratado(a) o envio dos documentos comprobatórios referente aos indicadores autodeclarados para apuração do resultado na data de reunião da CAC.

b) Documentos comprobatórios para os indicadores autodeclarados devem ser acompanhados de “Declaração de Veracidade das Informações Prestadas” (Modelo anexo 3);

c) Os cálculos dos indicadores quantitativos e qualitativos (referente aos valores pré-fixado) são de responsabilidade da Unidade Regional¹(membros da CAC).

d) As fichas de qualificação dos indicadores qualitativos classificados como “Geral” constam neste manual;

e) Após a apuração dos indicadores quantitativos e observado o não cumprimento de pelo menos 50% das metas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados

¹ Em caso de dúvida, a Unidade Regional deve solicitar apoio do Nível Central

ou o cumprimento superior a 100% por doze meses consecutivos, a CAC deve informar ao Gestor do Contrato a necessidade de revisão do Documento Descritivo do(a) Contratado(a), nos termos do Contrato;

f) No Relatório da Comissão de Acompanhamento, no campo III – “Análise Quantitativa – Valor Pré-fixado”, apura-se o desempenho mensal alcançado, sinalizando, automaticamente, valores abaixo de 50% e acima de 100%. Como se devem observar o sequenciamento de meses consecutivos e/ou alternados, faz-se necessário resgatar sempre os formulários dos relatórios anteriores da CAC referente ao(à) Contratado(a) em questão para apuração;

g) O (a) Coordenador(a) Administrativo(a) deverá assegurar que os cálculos dos indicadores estejam disponíveis em até 5 (cinco) dias antes da data da reunião, sendo encaminhados a todos os membros da CAC, observado o prazo anteriormente citado.

h) Caso o (a) Contratado(a) não concorde com a avaliação dos resultados dos indicadores qualitativos, os seus representantes deverão apresentar documentação contendo a justificativa por não cumprimento da meta na própria reunião, uma vez que todos os membros terão acesso prévio aos resultados apurados. Esses registros devem constar no “Campo V – Comentários/Justificativas acerca dos Resultados Qualitativos Obtidos”.

i) A justificativa eventualmente oferecida pode ser aceita ou não. Para avaliação do recurso apresentado deve-se observar: documentação apresentada; diretrizes técnicas de cada indicador; realidade local; série histórica do(a) Contratado(a), avaliando se a evolução está sendo positiva ou negativa; eventual ocorrência de situação excepcional;

j) Para a avaliação das metas quantitativas financeiras para fins de identificação da faixa de produção em relação ao teto financeiro contratado e, conseqüentemente, para o repasse dessa parcela dos recursos é vedada a apresentação de justificativa para o não cumprimento;

k) Sempre que necessário a CAC poderá convidar técnico da Unidade Regional para contribuir com esclarecimentos técnicos em relação à pauta da reunião, em caráter consultivo;

l) Ressalta-se que a CAC é a única responsável pelo acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados pelos prestadores de ações e serviços de saúde, pactuados por meio de

contrato. Não cabe, portanto, a SCP/DCA ou a outro setor o julgamento de recurso. A atuação da DCA é exclusivamente de caráter orientativo.

m) As decisões da CAC sobre os comentários e justificativas apresentados pelo(a) Contratado(a) serão sempre registradas no “Campo VI – Análise da Comissão acerca das Justificativas Apresentadas”;

n) Cabe também à CAC, diante do desempenho do(a) Contratado(a), traçar recomendações para melhoria contínua dos serviços prestados, que deverão constar no “Campo VII – Recomendações da Comissão”.

o) Com a apuração das metas quantitativas e qualitativas (campos III, IV e V do Formulário), no “Campo VIII – Parecer Final” é informado o valor mensal da dedução (valor a restituir), decorrente do desempenho apresentado.

p) A CAC irá compilar todas as informações relativas ao acompanhamento dos resultados no formulário, assiná-lo (assinatura com identificação (MASP/CPF) e encaminhar, por meio digital (SEI- Sistema Eletrônico de Informações) para o gestor de contrato (SUBREG/SCP/DCA).

q) Também deverá ser disponibilizada uma cópia do relatório para o município interveniente e para o contratado avaliado. A via original e demais documentos apresentados devem ser arquivados pelo (a) Coordenador (a) Administrativo (a) da CAC em pasta nominal referente ao (à) Contratado (a) na Unidade Regional de Saúde.

r) Caso seja necessário, a revisão dos atos referentes à avaliação, por parte dos membros da CAC, essa só poderá ser executada durante o quadrimestre de referência da avaliação, ou seja, nos quatro meses de pagamento seguintes à avaliação. Os membros da CAC representantes da contratante (membros da URS) poderão corrigir o relatório e encaminhá-lo para a DCA acompanhado de termo de ciência dos demais membros.

s) É de responsabilidade do coordenador da CAC o envio do relatório nos prazos determinados.

2.7 Acompanhamento permanente do Contrato

Conforme pactuado no instrumento contratual, a CAC tem por competência avaliar a qualidade da atenção à saúde dos usuários prestada pelo (a) Contratado (a). Neste sentido, desencadear ações de apoio à melhoria da qualidade dos serviços e estimular o desenvolvimento de uma cultura avaliativa, co-responsabilizando os envolvidos, é sumário para garantia da qualidade assistencial.

Para tal, além da apuração quadrimestral dos resultados, é importante o acompanhamento contínuo do (a) Contratado(a) e, quando possível e/ou necessário, realizar visitas *in loco*. Na perspectiva de “quando possível”, recomenda-se pelo menos uma visita anual. Na prerrogativa do “necessário”, seguem alguns critérios que podem contribuir com a priorização para realização das visitas técnicas *in loco* – que não se confundem com ação de auditoria: Desempenhos insatisfatórios no cumprimento das metas quantitativas e qualitativas; Registro de insatisfação dos usuários; Conhecimento de alguma situação irregular e Demanda dos membros da CAC.

3 Metodologia de cálculo das metas quantitativas

3.1 Estabelecimentos hospitalares com IAC

Sessenta por cento (60%) do valor pré-fixado terá seu repasse, mensalmente, condicionado ao percentual de cumprimento das metas quantitativas relativas à produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e determinados incentivos financeiros.

O objetivo da “Análise das Metas Quantitativas” é comparar a produção do Contratado(a), com o valor do contrato, apurando-se, assim, os percentuais de cumprimento das metas de produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar no período avaliado. A análise tem como base os dados oficiais do sistema de informação SIA/SUS e SIH/SUS.

3.1.1 Cálculo das metas quantitativas

a) Para o cálculo das metas quantitativas, utiliza-se a média da produção do quadrimestre para a média complexidade ambulatorial e hospitalar, separadamente.

b) A produção média do quadrimestre avaliado, em cada um dos blocos (ambulatorial e hospitalar), é comparada ao valor médio do contrato, definindo-se assim o desempenho do (a) Contratado(a).

c) No que tange ao valor a ser repassado referente aos “Incentivos”, quando houver, é utilizada a média do desempenho alcançado nos dois blocos (ambulatorial e hospitalar), conforme a regra:

$$\frac{\sum \text{média de produção ambulatorial e hospitalar (valores financeiros dos meses avaliados)}}{\sum \text{meta contratual (valores financeiros ambulatorial e hospitalar)}}$$

d) O resultado será apurado conforme exemplificado nos Quadro 2 e 3.

Quadro2: Apuração dos resultados

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	META QUANTITATIVA	MÉDIA DE PRODUÇÃO DOS MESES DE APURAÇÃO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS A APURAÇÃO
MCA	A	B	B/A(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 60% DO VALOR PRÉ-FIXADO (MCA)
MCH	C	D	D/C(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 60% DO VALOR PRÉ-FIXADO (MCH)
INCENTIVOS	E (A + C)	F (B+D)	F/E(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 60% DO VALOR PRÉ-FIXADO (INCENTIVO)

Fonte: elaboração própria

Quadro 3: Desempenho nas metas quantitativas e faixa percentual correspondente

DESEMPENHO (MÉDIA DA PRODUÇÃO NO PERÍODO AVALIADO EM RELAÇÃO A META - %)	PERCENTUAL CORRESPONDENTE (FAIXAS)
Abaixo de 70%	% equivalente à pontuação obtida
70% a 80%	80%
81% a 90%	90%
91% a 100%	100%

Fonte: elaboração própria

3.1.2 Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte quantitativa

O formulário – “Relatório da Comissão de Acompanhamento” contém fórmulas automáticas de cálculo, demandando apenas a inserção dos valores referente ao contrato firmado entre a SES/MG e o(a) Contratado(a), bem como a produção do(a) Contratado(a) apurada durante os meses avaliados. A seguir, serão apresentadas as fórmulas utilizadas:

a) Campo “III.A) Dados Gerais do Contrato”

a.1) Extrai-se do contrato o valor da Meta Contratual referente à Média Complexidade Ambulatorial (MCA); Média Complexidade Hospitalar (MCH); e Incentivos (quando houver), e automaticamente calcula-se o valor referente a 60%.

a.2) O valor da Meta Contratual de Média Complexidade Ambulatorial (MCA) será o somatório dos serviços descritos e classificados no Quadro Síntese, item VI.A do Documento Descritivo, como MCA. Assim, quando couber:

Meta Contratual MCA	METAS QUANTITATIVAS
	FINANCEIRAS
RECURSO MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)	R\$ 0,00
RECURSO PORTARIA Nº 3.166/2013 - AMBULATORIAL (MCA)	R\$ 0,00
SADT (MCA)	R\$ 0,00
TOTAL (SOMATÓRIO)	R\$ 0,00

a.3) O valor da Meta Contratual de Média Complexidade Hospitalar (MCH) será o somatório dos serviços descritos e classificados no Quadro Síntese, item VI.A do Documento Descritivo, como MCH. Assim, quando competir:

Meta Contratual MCH	METAS QUANTITATIVAS
	FINANCEIRAS
RECURSO MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)	R\$ 0,00
RECURSO PORTARIA Nº 3.166/2013 - HOSPITALAR (MCH)	R\$ 0,00
TOTAL (SOMATÓRIO)	R\$ 0,00

a.4) O valor da Meta Contratual Incentivos será o somatório de todos os serviços descritos e classificados, no Quadro Síntese, item VI.A do Documento Descritivo, como Incentivos.

a.5) Outros serviços, além dos mencionados nos quadros “Meta Contratual MCA” e “Meta Contratual MCH” acima, também poderão estar caracterizados como MCA ou MCH no contrato e deverão compor a Meta Contratual para fins de acompanhamento e avaliação;

a.6) Caso algum recurso da parcela pré-fixada não esteja caracterizado, a DCA deverá ser consultada para evitar erros de categorização;

a.7) O valor da “Meta Contratual MCA” e “Meta Contratual MCH” poderão ser diferentes nos meses de avaliação caso haja alterações contratuais.

b) Campo “III.B) Dados de Produção”

b.1) Extraem-se das bases oficiais do DATASUS os valores de produção correspondentes à MCA e MCH referentes a cada uma das competências do período avaliado. Ao inserir os valores de produção no relatório supracitado, é calculada a média dos meses ($\bar{x}$):

$$\bar{x} = \frac{\sum \text{produção, por complexidade e tipo de serviço, no período}}{\text{Número de meses do período}}$$

b.2) Filtros para a produção de MCA: Utilizar arquivo de definição Produção_2008.def

- ✓ Arquivos: selecionar as competências desejadas (mês a mês)
- ✓ Linha: Estabelecimento – CNES – MG
- ✓ Coluna: Mês de processamento
- ✓ Incremento: Valor Aprovado.
- ✓ Suprimir Linhas e colunas zeradas
- ✓ Seleções Ativas:
 - Complexidade procedimento [2008+: 2-Média Complexidade
 - Financiamento [2008+: 06 Média e Alta Complexidade (MAC)
 - Estabelecimento – CNES – MG: buscar pelo CNES do hospital

b.3) Filtros para a produção de MCH: Utilizar arquivo de definição RD2008.def

Para o cálculo da produção de MCH faz-se necessário deduzir o valor de produção referente à UTI. Desta forma:

$$\text{Produção MCH sem UTI} = \text{Valor Produção MCH} - \text{Valor UTI Aprovado}$$

- ✓ Arquivos: selecionar as competências desejadas (mês a mês)
- ✓ Linha: Hospital MG (CNES)
- ✓ Coluna: Ano/Mês processamento
- ✓ Incremento: Valor Aprovado.
- ✓ Suprimir linhas e colunas zeradas
- ✓ Seleções Ativas:
 - Complexidade procedimento [2008+: 2-Média Complexidade
 - Financiamento [2008+: 06 Média e Alta Complexidade (MAC
 - Hospital MG (CNES): buscar pelo CNES do hospital

b.4) Filtros para produção de UTI: Utilizar arquivo de definição RD2008.def

- ✓ Arquivos: selecionar as competências desejadas (mês a mês)
- ✓ Linha: Hospital
- ✓ Coluna: Competência de processamento
- ✓ Incremento: Valor de UTI Aprovado.
- ✓ Suprimir linhas e colunas zeradas
- ✓ Seleções Ativas:
 - Complexidade procedimento [2008+: 2-Média Complexidade
 - Financiamento [2008+: 06 Média e Alta Complexidade (MAC
 - Hospital MG (CNES): buscar pelo CNES do hospital

c) Campo “III.C) Apuração dos Resultados”

c.1) A partir dos dados de produção e da meta contratual, calcula-se o desempenho, ou seja, o percentual de cumprimento do teto do contrato.

$$\text{Desempenho} = \frac{\text{Média da produção no período}}{\text{Valor médio de contrato}} \times 100$$

c.2) Para o cálculo do percentual do incentivo a ser repassado, utiliza-se a média do desempenho de MCA e MCH; O desempenho do(a) Contratado(a) incide sobre o pagamento a ser efetuado, considerando que o cumprimento da meta quantitativa corresponde a 60% do valor do contrato.

d) Campo “III.D) Valor relativo à dedução (Valor a restituir)”

O valor a ser restituído, referente ao cumprimento das metas quantitativas, será informado nesse campo, considerando o desempenho alcançado.

3.2 Estabelecimentos hospitalares sem IAC

Cem por cento (100%) do valor pré-fixado terá seu repasse, mensalmente, condicionado ao percentual de cumprimento das metas quantitativas relativas à produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e determinados incentivos financeiros.

O objetivo da “Análise das Metas Quantitativas” é comparar a produção do Contratado(a), com o valor do contrato, apurando-se, assim, os percentuais de cumprimento das metas de produção de média complexidade ambulatorial e hospitalar no período avaliado. A análise tem como base os dados oficiais do sistema de informação SIA/SUS e SIH/SUS.

3.2.1 Cálculo das metas quantitativas

a) Para o cálculo das metas quantitativas, utiliza-se a média da produção do quadrimestre para a média complexidade ambulatorial e hospitalar, separadamente.

b) A produção média do quadrimestre avaliado, em cada um dos blocos (ambulatorial e hospitalar), é comparada ao valor médio do contrato, definindo-se assim o desempenho do(a) Contratado(a).

c) O valor referente aos “Incentivos”, quando houver, será repassado integralmente.

d) O resultado será apurado conforme exemplificado nos Quadros 4 e 5:

Quadro 4: Apuração dos resultados_Prestadores sem IAC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	META QUANTITATIVA	MÉDIA DE PRODUÇÃO DOS MESES DE APURAÇÃO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS A APURAÇÃO
MCA	A	B	B/A(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 100% DO VALOR PRÉ-FIXADO (MCA)
MCH	C	D	D/C(%)	FAIXA(%)	FAIXA(%) x 100% DO VALOR PRÉ-FIXADO (MCH)

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5: Desempenho nas metas quantitativas e faixa percentual correspondente

DESEMPENHO (MÉDIA DA PRODUÇÃO NO PERÍODO AVALIADO EM RELAÇÃO A META - %)	PERCENTUAL CORRESPONDENTE (FAIXAS)
Abaixo de 70%	% equivalente à pontuação obtida
70% a 80%	80%
81% a 90%	90%
91% a 100%	100%

Fonte: Elaboração própria

3.2.2 Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte quantitativa

O “Formulário – Relatório da Comissão de Acompanhamento- Prestador hospitalar sem IAC” contém fórmulas automáticas de cálculo, demandando apenas a inserção dos valores referente ao contrato firmado entre a SES/MG e o(a) Contratado(a), bem como a produção do(a) Contratado(a) apurada durante os meses avaliados. A seguir, serão apresentadas as fórmulas utilizadas:

a) Campo “III.A) Dados Gerais do Contrato”

a.1) Extraí-se do contrato o valor da Meta Contratual referente à Média Complexidade Ambulatorial (MCA); Média Complexidade Hospitalar (MCH); e automaticamente calcula-se o valor referente a 100%.

a.2) Também se aplicam aos hospitais sem IAC as observações listadas, no item 3.1.2, de a.2 a a.7.

b) Campo “III.B) Dados de Produção”

b.1) Também se aplicam aos hospitais sem IAC as observações listadas, no item 3.1.2, de b.1 a b.4.

c) Campo “III.C) Apuração dos Resultados”

C.1) A partir do cálculo de desempenho do(a) Contratado(a), dado a seguir, calcula-se o desempenho, ou seja, o percentual de cumprimento do teto do contrato

$$\text{Desempenho} = \frac{\text{Média da produção apresentada no período}}{\text{Valor médio de contrato}} \times 100,$$

c.2) Não há impacto do desempenho sobre o repasse dos incentivos.

d) Valor relativo à dedução (Valor a restituir)”

O valor de dedução (a ser restituído), referente ao cumprimento das metas quantitativas, será informado nesse campo, considerando o desempenho alcançado.

3.3 Metodologia de cálculo das metas quantitativas em casos excepcionais

Nos casos de suspensão/interdição parcial dos serviços prestados (ambulatorial ou hospitalar) pelo estabelecimento no quadrimestre avaliado, a CAC, para a avaliação das metas relativas à Média Complexidade Ambulatorial, Média Complexidade Hospitalar e Incentivos, deverá observar a ocorrência do pagamento em cada mês do período e orientações da DCA para o caso específico.

Nos casos de suspensão pontual dos serviços (algum subgrupo na média complexidade ambulatorial ou alguma clínica específica na média complexidade hospitalar), a avaliação ocorrerá sem especificidades, dado que as metas quantitativas são definidas para os blocos, ambulatorial e hospitalar. Nesse cenário, a questão assistencial deverá ser objeto de análise pela CAC, e se necessário for, far-se-á proposição de revisão do contrato.

4 Metodologia de cálculo das metas qualitativas

4.1 Estabelecimentos hospitalares com IAC

Quarenta por cento (40%) do valor pré-fixado terá seu repasse, mensalmente, condicionado ao percentual de cumprimento das metas qualitativas classificadas como “Geral”, discriminadas no Documento Descritivo do instrumento contratual.

Os indicadores pactuados terão uma pontuação variável conforme o perfil do(a) Contratado(a). Deverão ser selecionados todos os indicadores aplicáveis ao hospital avaliado.

4.1.1 Cálculo das metas qualitativas

a) Para cada caso, deverão ser somados a pontuação máxima de cada indicador pertinente, a fim de se verificar a pontuação total máxima possível de ser alcançada pela apuração das metas qualitativas.

b) De acordo com a pontuação obtida, no momento da apuração de cada indicador, ela deverá ser somada e, esse total, dividido pelo total de pontos máximo possível de ser alcançado pelo(a) Contratado(a), obtendo-se o desempenho.

$$\text{Desempenho} = \frac{\text{Total de pontos obtidos nos indicadores aplicáveis}}{\text{Total máximo de pontos possíveis de serem alcançados nos indicadores aplicáveis}} \times 100$$

c) O resultado encontrado impactará no percentual do recurso pré-fixado referente às metas qualitativas do(a) Contratado(a), conforme o Quadro 6.

Quadro 6: Desempenho nas metas qualitativas e percentual correspondente

DESEMPENHO (%)	PERCENTUAL CORRESPONDENTE (faixa %)
Abaixo de 70%	% equivalente à pontuação obtida
70% a 80%	80%
81% a 90%	90%
91% a 100%	100%

Fonte: Elaboração própria

4.1.2 Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte qualitativa

a) Campo “IV.A) Dados Gerais do Contrato”

Será preenchido automaticamente com base nos valores informados no “Campo III.A”.

b) Campo “IV.B) Consolidado dos resultados qualitativos classificados como Geral”

Será preenchido automaticamente com base nos valores informados na planilha “Análise dos indicadores classificados como” geral”.

c) Campo “IV.C) Apuração dos Resultados”

c.1) A partir do cálculo de desempenho do(a) Contratado(a), calcula-se automaticamente qual o percentual do teto do contrato a ser destinado ao(à) Contratado(a), conforme Quadro 6.

c.2) O desempenho do(a) Contratado(a) incide sobre o pagamento a ser efetuado, considerando que o cumprimento da meta qualitativa corresponde a 40% do valor do contrato, de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7: Desempenho nas metas qualitativas e percentual correspondente

	DESEMPENHO (%)	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO
INDICADORES	Pontuação obtida/Pontuação máxima	Faixa %	FAIXA(%) x 40% DO VALOR PRÉ-FIXADO TOTAL

d) “IV.D) Valor relativo à dedução”

O valor a ser deduzido, referente ao cumprimento das metas qualitativas, será informado automaticamente nesse campo, considerando o desempenho alcançado.

e) ***“Campo V - Comentários / justificativas acerca dos resultados qualitativos obtidos”***

Preencher justificativas apresentadas pelo contratado em relação a avaliação

f) ***“Campo VI – Análise da Comissão acerca das justificativas apresentadas”***

Preencher o parecer da CAC acerca das justificativas apresentadas pelo contratado em relação a avaliação

g) ***“Campo VII - Recomendações da comissão”***

A partir da avaliação feita, preencher as recomendações da comissão para melhoria da prestação dos serviços.

h) ***“Campo VIII - Parecer final”***

A partir do cálculo de desempenho do(a) Contratado(a), calcula-se automaticamente qual o valor a ser pago ao contratado, assim como o valor de desconto.

4.1.3 Preenchimento da planilha “Análise dos indicadores classificados como “geral”.

a) Como a pontuação máxima que poderá ser obtida depende do perfil do (a) Contratado(a), faz-se necessário, na planilha “Análise dos indicadores classificados como “Geral”, identificar os indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a). Na coluna “Aplicação”- selecionar “sim” ou “não”; e para cada indicador selecionado preencher as demais colunas;

b) Indicar o período avaliado – na coluna “Período de referência” – escrever o período analisado;

c) Calcular o desempenho alcançado em cada indicador de acordo com as orientações do anexo 5 – “Ficha de qualificação dos indicadores classificados como “geral”” e preencher a coluna “Desempenho alcançado”;

d) A coluna “pontuação obtida” será preenchida automaticamente;

e) Indicar a situação quanto ao recurso, na coluna “recurso” selecionar uma das seguintes opções: “não apresentou”, “deferido”, “indeferido”;

f) Caso, na coluna “recurso”, tenha sido selecionado as opções: “não apresentou”, “deferido”, “indeferido”, preencher a coluna “pontuação final”.

4.2 Estabelecimentos hospitalares sem IAC

Os estabelecimentos hospitalares que não fazem jus ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) terão seu desempenho qualitativo monitorado sistematicamente, contudo sem ter impacto financeiro.

4.2.1 Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte qualitativa

a) Campo “IV) Consolidado dos resultados qualitativos classificados como Geral”

Será preenchido automaticamente com base nos valores informados na planilha “Análise dos indicadores classificados como “geral” (o preenchimento será de acordo com o exposto no item 4.1.3) .

b) Campos V a VIII seguem o preenchimento conforme 4.1. 2

4.3 Metodologia de cálculo das metas qualitativas em casos excepcionais

Nos casos de suspensão/interdição parcial dos serviços prestados pelo estabelecimento no quadrimestre avaliado, a CAC deverá observar a ocorrência do (s) pagamento (s) em cada mês do período e orientações específicas, caso couber, para definição da forma de avaliação das

metas relativas à Média Complexidade Ambulatorial, Média Complexidade Hospitalar e Incentivos.

Os indicadores qualitativos serão monitorados conforme orientações dos itens 4.1 ou 4.2, a depender do caso. Para os prestadores com IAC será observado as orientações do parágrafo acima para avaliação das metas relativas à Média Complexidade Ambulatorial, Média Complexidade Hospitalar e Incentivos.

Referências

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). Manuais de Indicadores Hospitalares. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=98>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). GABINETE DO MINISTRO. Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. ANEXO 2 DO ANEXO XXIV Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013).

Anexos

Anexo 1 - Modelo de encaminhamento dos representantes da Comissão de Acompanhamento dos Contratos

Comissão de Acompanhamento (CAC) do Contrato nº _____, celebrado entre o EMG/SES-MG e o prestador _____ do município de _____:

Representantes da Unidade Regional _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		
Titular		
Suplente		

Representantes do prestador (contratado) _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		
Titular		
Suplente		

Representante do interveniente – Secretaria Municipal de Saúde de _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Anexo 2- Modelo de “Relatório da Comissão de Acompanhamento” para os estabelecimentos hospitalares com incentivo IAC e “Relatório da Comissão de Acompanhamento- Prestador hospitalar sem IAC

 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/SES-MG SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - PRESTADOR HOSPITALAR COM IAC - CONTRATO AMBULATORIAL E HOSPITALAR							
I - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO							
MUNICÍPIO				URS			
PRESTADOR				CNES			
Nº CONTRATO				DATA DE AVALIAÇÃO			
PERÍODO AVALIADO				Nº DE MESES AVALIADOS			
II - IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO							
NOME DO MEMBRO				VINCULAÇÃO			
				Representante do(a) contratante-URS			
				Representante do(a) contratante-URS			
				Representante do(a) Contratado(a)			
				Representante do(a) Contratado(a)			
				Representante do Interviente			
III - ANÁLISE QUANTITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO							
III.A) DADOS GERAIS DO CONTRATO							
TETO	META CONTRATUAL					MÉDIA DOS MESES	60% DO VALOR PRÉ-FIXADO
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês		
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)						#DIV/0!	#DIV/0!
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)						#DIV/0!	#DIV/0!
INCENTIVOS						#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
III.B) DADOS DE PRODUÇÃO							
TETO	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	MÉDIA DOS MESES	
MCA						#DIV/0!	
MCH						#DIV/0!	
Total	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!	
DESEMPENHO MENSAL ALCANÇADO							
III.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS							
TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO				
MCA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
MCH	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
INCENTIVOS	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
TOTAL			#DIV/0!				
III.D) VALOR A RESTITUIR = (60% DO VALOR PRÉ-FIXADO) - (VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO)							
TETO	VALOR A RESTITUIR						
MCA	#DIV/0!						
MCH	#DIV/0!						
INCENTIVOS	#DIV/0!						
TOTAL	#DIV/0!						

IV - ANÁLISE QUALITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO			
IV.A) DADOS GERAIS DO CONTRATO			
TETO	META CONTRATUAL	40% DO VALOR PRÉ-FIXADO	
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)	#DIV/0!	#DIV/0!	
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)	#DIV/0!	#DIV/0!	
INCENTIVOS	#DIV/0!	#DIV/0!	
TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	
IV.B) CONSOLIDADO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS CLASSIFICADOS COMO GERAL (anexar planilha de análise dos indicadores e suas comprovações, quando houver)			
PONTUAÇÃO MÁXIMA*		PONTUAÇÃO OBTIDA**	
0		0	
*Refere-se ao total de pontos que poderá ser obtido, ou seja, o somatório de todas as pontuações máximas dos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)			
** Somatório de todas as pontuações obtidas nos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)			
IV.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS - VALOR PRÉ-FIXADO			
TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO
INDICADORES	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL			#DIV/0!
IV.D) VALOR A RESTITUIR			
(40% DO VALOR PRÉ-FIXADO) - (VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO)		#DIV/0!	
V - COMENTÁRIOS / JUSTIFICATIVAS ACERCA DOS RESULTADOS QUALITATIVOS OBTIDOS			
QUALITATIVO (40% DO VALOR PRÉ-FIXADO)			
VI - ANÁLISE DA COMISSÃO ACERCA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS (preencher em caso de perda de metas e o prestador apresentar recurso)			

VII - RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO			
VIII - PARECER FINAL			
ANÁLISE	VALOR TOTAL	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO	VALOR A RESTITUIR*
QUANTITATIVO (60% do valor pré-fixado)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
QUALITATIVO (40% do valor pré-fixado)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
(*)valor por mês de competência avaliada			
PRÉ-FIXADO			
Valor mensal a restituir no próximo quadrimestre de pagamento	#DIV/0!		
DE ACORDO,			
ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE/URS		ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATADO(A)	
ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE/URS		ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATADO(A)	
ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - INTERVENIENTE			

 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/SES-MG SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - PRESTADOR HOSPITALAR SEM IAC - CONTRATO AMBULATORIAL E HOSPITALAR							
I - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO							
MUNICÍPIO	URS						
PRESTADOR	CNES						
Nº CONTRATO	DATA DE AVALIAÇÃO						
PERÍODO AVALIADO	Nº DE MESES AVALIADOS						
II - IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO							
NOME DO MEMBRO			VINCULAÇÃO				
			Representante do(a) contratante-URS				
			Representante do(a) contratante-URS				
			Representante do(a) Contratado(a)				
			Representante do(a) Contratado(a)				
			Representante do Interveniante				
III - ANÁLISE QUANTITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO							
III.A) DADOS GERAIS DO CONTRATO							
TETO	META CONTRATUAL					MÉDIA DOS MESES	100% DO VALOR PRÉ-FIXADO
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês		
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)						#DIV/0!	#DIV/0!
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)						#DIV/0!	#DIV/0!
INCENTIVOS						#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!	#DIV/0!
III.B) DADOS DE PRODUÇÃO							
TETO	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	MÉDIA DOS MESES	
MCA						#DIV/0!	
MCH						#DIV/0!	
Total	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!	
Desempenho mensal alcançado							
III.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS							
TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO				
MCA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
MCH	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!				
INCENTIVOS			#DIV/0!				
TOTAL			#DIV/0!				
III.D) VALOR A RESTITUIR (100% DO VALOR PRÉ-FIXADO) - (VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO)							
MCA			#DIV/0!				
MCH			#DIV/0!				
TOTAL			#DIV/0!				
IV - ANÁLISE QUALITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO							
IV.A) CONSOLIDADO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS CLASSIFICADOS COMO GERAL (anexar planilha de análise dos indicadores e suas comprovações, quando houver)							
PONTUAÇÃO MÁXIMA*		PONTUAÇÃO OBTIDA**					
0		0					
*Refere-se ao total de pontos que poderá ser obtido, ou seja, o somatório de todas as pontuações máximas dos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)							
** Somatório de todas as pontuações obtidas nos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)							
IV.B) APURAÇÃO DOS RESULTADOS - VALOR PRÉ-FIXADO							
TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE					
INDICADORES	#DIV/0!	#DIV/0!					
V - COMENTÁRIOS / JUSTIFICATIVAS ACERCA DOS RESULTADOS QUALITATIVOS OBTIDOS							
VI - ANÁLISE DA COMISSÃO ACERCA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS (preencher em caso de perda de metas e o prestador apresentar recurso)							
VII - RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO							
VIII - PARECER FINAL							

ANÁLISE	VALOR TOTAL	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO	VALOR A RESTITUIR*
QUANTITATIVO (100% do valor pré-fixado)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
(*)valor por mês de competência avaliada			
VALOR PRÉ-FIXADO			
Valor mensal a restituir no próximo quadrimestre de pagamento	#DIV/0!		

DE ACORDO,

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE/URS

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATADO(A)

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE/URS

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATADO(A)

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - INTERVENIENTE

Anexo 3 - Declaração de veracidade das informações e autenticidades dos documentos apresentados

HOSPITAL/FUNDAÇÃO XXXX

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, (especificar nome completo), RG (especificar número), CPF (especificar número), residente no endereço (especificar rua, nº, bairro, cidade/estado, CEP), assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos entregues junto a Comissão de Acompanhamento de Contratos

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará na apuração de responsabilidade e aplicação das penalidades cabíveis nas esferas administrativa, penal e civil.

(CIDADE), (DIA) de (MÊS) de 20XX.

(Assinatura)

Anexo 4 - Guia de visita aos hospitais contratados

Preparação prévia da visita

- Definir quais serão os profissionais designados para a visita *in loco* (caso necessário, é indicado convidar outros profissionais ligados às instituições participantes da CAC, para realização da visita);
- Pactuar a visita com o(a) Contratado(a) (dia, horário, fluxo, entre outros aspectos);
- Realizar o levantamento de informações e série histórica do(a) Contratado(a) – Exemplo: ficha cadastral CNES, resultado obtido nas apurações quadrimestrais anteriores;
- Caso seja necessário acessar informações prévias, o(a) Coordenador(a) Administrativo(a) da CAC poderá solicitá-la ao(a) Contratado(a).

Providências após a visita – Coordenador(a) Administrativo(a)

- Arquivar o relatório da visita;
- Encaminhar via Ofício, cópia dos relatórios preenchidos para Diretoria de Gestão de Contratos em Serviços de Saúde;
- Articular internamente, com outros setores da Unidade Regional ações específicas para monitorar ou solucionar situações encontradas, se for o caso;
- Estabelecer diálogo constante com o(a) Contratado(a) *in loco* ou por meio de ferramentas online para avaliação das ações pactuadas entre as visitas.

Orientações para o Contratado após a visita

- Repassar e discutir o relatório encaminhado pela CAC aos profissionais/setores envolvidos;
- Elaborar um Plano de Ação para enfrentamento das pendências levantadas e apresentá-lo aos membros da CAC.

Anexo 5 - Ficha de qualificação dos indicadores classificados como “geral”

INDICADOR Nº 01

1. **INDICADOR:** Taxa de ocupação geral dos leitos.
2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a ocupação dos leitos gerais em relação ao total de leitos disponíveis. Avalia o grau de utilização dos leitos no hospital como um todo. Mede o perfil de utilização e a implementação do gerenciamento de leitos no hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de pacientes – dia, no período}}{\text{Total de leitos – dia, no mesmo período}} \times 100$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Total de pacientes-dia: somatório de pacientes-dia do hospital no período analisado, também denominado como permanência.

Pacientes-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia no hospital. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernando no hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no período analisado será o somatório de pacientes-dia de cada dia desse mesmo período.

4.2 Total de leitos-dia: somatório de leitos-dia do hospital no período analisado.

Leitos-dia: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia. O total de leitos-dia pode ser calculado pela média de leitos hospitalares no período multiplicado pelo número de dias do período.

4.3 Não incluir no total de leitos:

- ✓ Leitos de observação (exceto os que constam no CNES, gerando faturamento de AIH, os quais devem ser incluídos);
- ✓ Leitos complementares;
- ✓ Leitos de recuperação pós-anestésicos e/ou pós-operatórios;
- ✓ Leitos de recém-nascido sadios;

- ✓ Leitos de pré-parto;
- ✓ Leito bloqueado por motivo transitório e excluído do CNES

5. **FONTE:** SIH e CNES – Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador: SIH (via TabWin) – Permanência total nos leitos gerais. Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros:

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Permanência**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** - Selecionar o hospital de interesse.

5.2 Denominador: CNES (via TabWin) - Utilizar o arquivo de definição Leitos_Especialidade.def.

Filtros:

- ✓ Linha: **ES Nome Fantasia- MG**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Qtde Leitos SUS**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **ES Nome Fantasia-MG** - Selecionar o hospital de interesse.

Obs.: O resultado obtido apresenta a soma dos leitos SUS no período avaliado. Para o cálculo dos leitos-dia é necessário calcular a média dos leitos SUS. Dessa forma, para o resultado obtido deve-se dividi-lo pelo número de meses avaliados, e o resultado será a média de leitos SUS do período avaliado.

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

7.1 METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO: Hospitais com 50 ou mais leitos SUS para internação

≥ 80% – 15 pontos

≥ 65% < 80% – 10 pontos

≥ 55% < 65% – 7 pontos

< 55% – 0 ponto

7.2 METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO: Hospitais com menos de 50 leitos SUS para internação

≥ 60% – 15 pontos

≥ 45% < 60% – 10 pontos

≥ 30% < 45% – 7 pontos

< 30% – 0 ponto

8. **REFERÊNCIA:**

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). Manuais de Indicadores Hospitalares. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/area.php?p_narea=98>.

INDICADOR N° 02

1. **INDICADOR:** Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica.

2. **DESCRIÇÃO:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital em leitos de clínica médica.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de pacientes – dia nos leitos de clínica médica, no período}}{\text{Total de saídas dos leitos de clínica médica, no mesmo período}}$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Pacientes-dia em leitos de clínica médica: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia no hospital, em leitos de clínica médica. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernando no hospital, em leitos de clínica médica, em cada dia. O número de pacientes-dia no período analisado será o somatório de pacientes-dia de cada dia desse mesmo período.

4.2 Saídas totais dos leitos de clínica médica: somatório do número de transferências internas e externas, encerramentos, alta e óbito, excluindo as permanências.

5. **FONTE:** SIH: Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador: SIH (via TabWin) – Permanência total nos leitos de clínica médica - Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros:

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: **Leito\Especialidades [2008+**
- ✓ Incremento: **Permanência**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** - Selecionar o hospital de interesse. **Leito\Especialidades [2008+** - Selecionar a especialidade do leito de interesse (clínico).

5.2 Denominador: Total de saídas nos leitos de clínica médica – Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: **Leito\Especialidades [2008+**
- ✓ Incremento: **Frequência**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções Disponíveis: Selecionar o filtro **Motivo Saída\Permanência** (Selecionar apenas as opções relacionadas às saídas – devem ser excluídas da seleção as opções

denominadas “permanências”); **Hospital MG (CNES)** –
 Selecionar o hospital de interesse; Selecionar a especialidade
 do leito de interesse (clínico).

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Dias

7. **POLARIDADE:** Menor melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

< 8 dias – 10 pontos

≥ 8 < 11 dias – 8 pontos

≥ 11 < 14 dias – 4 pontos

≥ 14 dias – 0 ponto

INDICADOR N° 03

1. **INDICADOR:** Tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica.

2. **DESCRIÇÃO:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital em leitos de clínica cirúrgica.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de pacientes – dia nos leitos de clínica cirúrgica, no período}}{\text{Total de saídas dos leitos de clínica cirúrgica, no mesmo período}}$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Pacientes-dia em leitos de clínica cirúrgica: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia no hospital, em leitos de clínica cirúrgica. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernitando no hospital, em leitos de clínica cirúrgica, em cada dia. O número de pacientes-dia no período analisado será o somatório de pacientes-dia de cada dia desse mesmo período.

4.2 Saídas totais por leito de clínica cirúrgica: somatório do número de transferências internas e externas, encerramentos, alta e óbito, excluindo as permanências.

5. **FONTE:** SIH: Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador SIH (via TabWin): Permanência total nos leitos cirúrgicos - Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: **Leito\Especialidades [2008+**
- ✓ Incremento: **Permanência**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** – Selecionar o hospital de interesse; **Leito\Especialidades [2008+** Selecionar a especialidade do leito de interesse (cirúrgico).

5.2 Denominador: **SIH (via TabWin)** - Total de saídas dos leitos de clínica cirúrgica Utilizar o arquivo de definição RD2008.def.

Filtros

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: **Leito\Especialidades [2008+**
- ✓ Incremento: **Frequência**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções Disponíveis: Selecionar o filtro **Motivo Saída\Permanência** (Selecionar apenas as opções relacionadas às saídas – devem ser excluídas da seleção as opções denominadas “permanências”); **Hospital MG (CNES)** - Selecionar o hospital de interesse; **Leito\Especialidades [2008+** - Selecionar a especialidade do leito de interesse (cirúrgico).

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Dias

7. **POLARIDADE:** Menor melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

< 5 dias – 10 pontos

≥ 5 < 7 dias – 7 pontos

≥ 7 < 9 dias – 3 pontos

≥ 9 dias – 0 ponto

INDICADOR Nº 04

1. **INDICADOR:** Taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto.

2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a ocupação dos leitos de UTI Adulto do hospital no período considerado. Está relacionado com o intervalo de substituição e à média de permanência na UTI Adulto.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de diárias de UTI Adulto, no período}}{\text{Total de leitos – dia de UTI Adulto, no mesmo período}} \times 100$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Diárias de UTI: Número de pacientes internados por dia em UTI Adulto ou paciente-dia.

4.2 Leitos-dia de UTI: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação de UTI Adulto por um dia hospitalar, no período analisado.

5. **FONTE:** SIH e CNES – Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador: **SIH (via TabWin):** Diárias de UTI adulto - Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros:

✓ Linha: Hospital MG (CNES)

- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Diárias de UTI**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** – (selecionar o hospital de interesse); Selecionar **Tipo de UTI** – (selecionar UTI adulto Tipo II e Tipo III).

5.2 Denominador: **CNES (via TabWin)** - Utilizar o arquivo de definição Leitos_Especialidade.def.

Filtros:

- ✓ Linha: **ES Nome Fantasia- MG**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Qtde Leitos SUS**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **ES Nome Fantasia- MG** – Selecionar o hospital de interesse; **Especialidade** – Selecionar Tipo de UTI (selecionar UTI adulto Tipo II e Tipo III).

Obs: O resultado obtido apresenta a soma dos leitos de UTI adulto SUS no período avaliado. Para o cálculo dos leitos-dia é necessário calcular a média dos leitos de UTI adulto SUS. Dessa forma, para o resultado obtido deve-se dividi-lo pelo número de meses avaliados, e o resultado será a média de leitos de UTI adulto SUS do período avaliado.

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

≥ 85% – 10 pontos

≥ 70% < 85% – 7 pontos

≥ 60% < 70% – 5 pontos

< 60% – 0 ponto

9. **OBSERVAÇÃO:** Indicador utilizado apenas para hospitais que disponham UTI Adulto.

INDICADOR N° 05

1. **INDICADOR:** Taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrico.

2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a ocupação dos leitos de UTI Pediátrico do hospital no período considerado. Está relacionado com o intervalo de substituição e à média de permanência na UTI Pediátrico.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de diárias de UTI Pediátrico, no período}}{\text{Total de leitos – dia de UTI Pediátrico, no mesmo período}} \times 100$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Diárias de UTI: Número de pacientes internados por dia em UTI Pediátrico.

4.2 Leitos-dia de UTI: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação de UTI Pediátrico por um dia hospitalar, no período analisado.

5. **FONTE:** SIH e CNES: Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador: **SIH (via TabWin)** - Diárias de UTI infantil - Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros:

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Diárias de UTI**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise

- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** – Selecionar o hospital desejado; Selecionar **Tipo de UTI** (selecionar UTI infantil Tipo II e Tipo III).

5.2 Denominador: **CNES (via TabWin)** - Utilizar o arquivo de definição Leitos_Especialidade.def.

Filtros:

- ✓ Linha: **ES Nome Fantasia- MG**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Qtde Leitos SUS**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **ES Nome Fantasia-MG** – Selecionar o hospital de interesse; Selecionar Tipo de UTI (selecionar UTI infantil Tipo II e Tipo III).

Obs: O resultado obtido apresenta a soma dos leitos de UTI infantil SUS no período avaliado. Para o cálculo dos leitos-dia é necessário calcular a média dos leitos de UTI infantil SUS. Dessa forma, para o resultado obtido deve-se dividi-lo pelo número de meses avaliados, e o resultado será a média de leitos de UTI infantil SUS do período avaliado.

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

≥ 85% – 10 pontos

≥ 70% < 85% – 7 pontos

≥ 60% < 70% – 5 pontos

< 60% – 0 ponto

9. **OBSERVAÇÃO:** Indicador utilizado apenas para hospitais que disponham de UTI Pediátrico.

INDICADOR N° 06

1. **INDICADOR:** Taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal.

2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a ocupação dos leitos de UTI Neonatal do hospital no período considerado. Está relacionado com o intervalo de substituição e à média de permanência na UTI Neonatal.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de diárias de UTI Neonatal, no período}}{\text{Total de leitos – dia de UTI Neonatal, no mesmo período}} \times 100$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Diárias de UTI: Número de pacientes internados por dia em UTI Neonatal.

4.2 Leitos-dia de UTI: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito de internação de UTI Neonatal por um dia hospitalar, no período analisado. Para esse cálculo não poderão ser considerados leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru.

5. **FONTE:** SIH e CNES: Para o cálculo são utilizados os arquivos dissemináveis para tabulação do Sistema de informações Hospitalares do SUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde disponibilizados no DATASUS.

5.1 Numerador: **SIH (via TabWin)** – Diárias de UTI – Utilizar o arquivo de definição RD2008.def

Filtros:

- ✓ Linha: **Hospital MG (CNES)**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Diárias de UTI**

- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **Hospital MG (CNES)** – Selecionar o hospital de interesse; Selecionar **Tipo de UTI** (selecionar UTI neonatal Tipo II e Tipo III).

5.2 Denominador: **CNES (via TabWin)** - Utilizar o arquivo de definição Leitos_Especialidade.def.

Filtros:

- ✓ Linha: **ES Nome Fantasia- MG**
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: **Qtde Leitos SUS**
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **ES Nome Fantasia-MG** – Selecionar o hospital de interesse; Selecionar **Tipo de UTI** (selecionar UTI neonatal Tipo II e Tipo III).

Obs: O resultado obtido apresenta a soma dos leitos de UTI neonatal SUS no período avaliado. Para o cálculo dos leitos-dia é necessário calcular a média dos leitos de UTI neonatal SUS. Dessa forma, para o resultado obtido deve-se dividi-lo pelo número de meses avaliados, e o resultado será a média de leitos de UTI neonatal SUS do período avaliado.

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

≥ 85% – 10 pontos

≥ 70% < 85% – 7 pontos

≥ 60% < 70% – 5 pontos

< 60% – 0 ponto

9. **OBSERVAÇÃO:** Indicador utilizado apenas para hospitais que disponham de UTI Neonatal. Para o cálculo da taxa de ocupação da UTI Neonatal, serão considerados apenas os leitos de UTI Neonatal tipo II e tipo III, excluindo-se os leitos de Cuidado

Intermediário Neonatal Convencional e os leitos de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru.

INDICADOR N° 07

1. **INDICADOR:** Taxa de mortalidade institucional.
2. **DESCRIÇÃO:** Relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem depois de decorridas 24 horas da admissão hospitalar do paciente, no período analisado, e o número total de pacientes que tiveram saídas do hospital, no mesmo período.
3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de óbitos ocorridos após 24h da admissão, no período}}{\text{Total de saídas hospitalares, no mesmo período}} \times 100$$
4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**
 - 4.1 Saídas Hospitalares: corresponde ao total de altas, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas no cálculo deste indicador. Os óbitos fetais ou natimorto não deverão ser contabilizados como saídas.
 - 4.2 Óbitos institucionais: corresponde ao número de óbitos que ocorreram após 24 horas de internação, em um determinado período.
5. **FONTE:** Comissão de Óbito da instituição.
6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)
7. **POLARIDADE:** Menor melhor
8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
 - ≤ 3% – 10 pontos
 - > 3% ≤ 6% dias – 8 pontos
 - > 6% ≤ 8% – 4 pontos

> 8% – 0 ponto

INDICADOR N° 08

1. **INDICADOR:** Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto.
2. **DESCRIÇÃO:** Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea com confirmação laboratorial (IPCSL) associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Adulto, por mil cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para infecção.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de casos novos de IPCSL, no período}}{\text{Total de CVC's - dia, no mesmo período}} \times 1.000$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 IPCSL: É aquela que preenche um dos seguintes critérios: a) paciente com uma ou mais hemoculturas positivas para microrganismo patogênico (não contaminantes comuns de pele), e o patógeno não está relacionado com infecção em outros sítio; b) pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre (> 38°C), tremores, oligúria, hipotensão, e esses sintomas não estão relacionados com infecção em outros sítio; e duas ou mais hemoculturas (em diferentes punções com intervalo máximo de 48h) com contaminante comum de pele.

4.2 Total de casos novos de IPCSL: Número de casos novos de infecção da corrente sanguínea com confirmação laboratorial, associada ao uso de CVC, em pacientes internados na UTI Adulto, no período.

4.3 Cateter Venoso Central-dia: Somatório do tempo de exposição de cada paciente, em particular, ao CVC, num determinado período.

5. **FONTE:** Relatório repassado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição.
6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Número de IPCSL/1000 CVS's-dia
7. **POLARIDADE:** Menor melhor
8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
 - $\leq 2,0/1000$ – 5 pontos
 - $> 2,0/1000 \leq 3,0/1000$ – 4 pontos
 - $> 3,0/1000 \leq 5,0/1000$ – 3 pontos
 - $> 5,0/1000$ – 0 ponto
9. **OBSERVAÇÃO:** Indicador utilizado apenas para hospitais que disponham de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto).

INDICADOR N° 9

1. **INDICADOR:** Número médio de reuniões das seguintes comissões: Núcleo de Segurança do Paciente, Controle de Infecção Hospitalar, Análise e Revisão de Óbitos.
2. **DESCRIÇÃO:** Mensura o número médio de reuniões realizadas para cada uma das comissões supracitadas, no período em análise.
3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de reuniões realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$$

$$\frac{\text{Total de reuniões realizadas pela CCIH, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$$

$$\frac{\text{Total de reuniões realizadas pela Comissão de Análise e Revisão de Óbitos, no período}}{\text{Total de meses em análise compreendidos, no mesmo período}}$$

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

4.1 Comissão de Segurança do Paciente: comissão formada com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde, contribuindo com para a qualificação do cuidado.

4.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): comissão formada com a finalidade de redução máxima da incidência e da gravidade das infecções nos hospitais.

4.3 Comissão de Análise e Revisão de Óbitos: comissão formada com o objetivo de analisar os registros de óbitos, os procedimentos e condutas profissionais adotadas, e a qualidade das informações nas declarações de óbito.

5. FONTE: Relatório/Ata mensal de cada uma das comissões supracitadas. O Relatório/Ata deve conter minimamente: data, local e horário de início e de fim das reuniões; b) participantes e seus respectivos cargos e o setor representado; c) pauta da reunião; d) discussões; e) decisões/encaminhamentos e f) lista de presença com assinaturas.

6. UNIDADE DE MEDIDA: Número médio

7. POLARIDADE: Maior melhor

8. METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:

≥ 0,5 – 5 pontos

< 0,5 – 0 ponto

9. OBSERVAÇÃO: Cada comissão terá uma análise específica do cumprimento do indicador. Desta forma, as análises devem ser realizadas separadamente, podendo computar no máximo 15 pontos.

INDICADOR N° 10

1. **INDICADOR:** Comprovação de atuação do serviço de Ouvidoria.
2. **DESCRIÇÃO:** Verifica a existência e atuação do serviço de Ouvidoria.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de relatórios da ouvidoria, no período}}{\text{Total de meses em avaliação compreendidos, no mesmo período}}$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Ouvidoria: serviço com a finalidade de atender o usuário que queira fazer alguma sugestão, reclamação, elogio, denúncia ou outra solicitação quanto aos serviços prestados pelo hospital, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços.

5. **FONTE:** Relatório mensal da ouvidoria do hospital. O Relatório deve conter minimamente: a) perfil das demandas recebidas (exemplo: elogios, reclamações, consultas, denúncia e etc); b) encaminhamentos frente à manifestação; c) distribuição das demandas por perfil e por área; d) distribuição das demandas por meio de contato (e-mail, ofício, telefonema, etc.); e) perfil do demandante (usuários, colaboradores/funcionários, fornecedores e etc.). O Relatório deve informar: data, local, responsável pela elaboração com seu respectivo cargo e assinatura do responsável.
6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Número médio
7. **POLARIDADE:** Maior melhor
8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
 - ≥ 0,5 – 5 pontos
 - < 0,5 – 0 pontos

INDICADOR N° 11**1. INDICADOR:** Visita Aberta

2. DESCRIÇÃO: Mensura o número médio de horas diárias destinadas à visita aberta no período analisado, como uma das bases para o funcionamento da clínica ampliada, em consonância com a Política Nacional de Humanização.

3. MÉTODO DE CÁLCULO: O hospital comprova que estabeleceu o horário mínimo de visita aberta, nas Unidades de Internação (incluindo UTI e Maternidade, se for o caso), através de uma Ordem de Serviço.

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

4.1 Visita Aberta: acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio;

4.2 Clínica Ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença.

4.3 Política Nacional de Humanização: Política vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

5. FONTE: Ordem de Serviço contendo o número de horas destinado às visitas em cada unidade de internação. O referido documento deve indicar: data, local, responsável pela elaboração com seu respectivo cargo e assinatura.

6. UNIDADE DE MEDIDA: Hora/dia

7. **POLARIDADE:** Maior melhor
8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
- ≥ 4h diárias – 5 pontos
 - ≥ 2h < 4h diárias – 3 pontos
 - < 2h diárias – 0 ponto
9. **OBSERVAÇÃO:** A análise será realizada por unidade de internação, de modo que a pontuação máxima deve considerar pelo menos 4h diárias por cada unidade.

INDICADOR Nº 12

1. **INDICADOR:** Taxa de cirurgias oncológicas.
2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a relação entre o número de cirurgias oncológicas realizadas e o número de procedimentos quimioterápicos. Na Portaria GM/MS nº 140/2014, cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON observará o parâmetro mínimo de produção anual de 650 (seiscentos e cinquenta) procedimentos de cirurgia de câncer e 5.300 (cinco mil e trezentos) procedimentos de quimioterapia. Considerando a relação 650 cirurgias/5300 procedimentos de quimioterapia, obtemos a relação 12,3 cirurgias/100 procedimentos de quimioterapia (QT).

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de cirurgias oncológicas, no período}}{\text{Total de procedimentos de quimioterapia, no mesmo período}} \times 100$$

4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

4.1 Total de cirurgias oncológicas em determinado período: somatório do número de cirurgias realizados pelo hospital cuja classificação na Tabela SUS seja:

- a) Subgrupo 04.16 (cirurgias oncológicas);
- b) Subgrupo 04.05 (Cirurgias do aparelho da visão);

c) Formas de Organização: 04.03.03 (Tumores do Sistema Nervoso).

Para serem contabilizados como cirurgia oncológica, os procedimentos do subgrupo 04.05 e a forma de organização 04.03.03 os procedimentos devem ter como Lista do CID 10: C00 a C97, D00 a D09 e D37 a D48.

4.2 Total de procedimentos de quimioterapia: somatório dos procedimentos realizados pelo hospital classificados na Tabela SUS como: Forma de Organização 03.04.02 a 03.04.09, correspondentes aos códigos de procedimentos de quimioterapia.

5. FONTE:

5.1 Numerador: SIH (via TabWin)

Filtros:

- ✓ Linha: Hospital (CNES)
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: Frequência
- ✓ Seleção disponível: "Subgrupo" selecionar os subgrupos 04.16 (cirurgias oncológicas) e subgrupo 04.05 (cirurgias do aparelho de visão); "Forma de organização" selecionar 04.03.03 (Tumores do Sistema Nervoso) e "Diag. CID 10 (categ)" selecionar os códigos C00 a C97, D00 a D09 e D37 a D48; "Hospital CNES" selecionar o hospital
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise.

5.2 Denominador: SIA-SUS (via TabWin)

Filtros:

- ✓ Linha: Hospital (CNES)
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: Frequência
- ✓ Seleções Disponíveis: "Forma de Organização" 03.04.02 a 03.04.09; "Hospital CNES" (selecionar o hospital)
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise

6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Número de cirurgias/100 QT

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

$\geq 9,2 - 5$ pontos

$\geq 6,2 < 9,2 - 4$ pontos

$\geq 3 < 6,2 - 3$ pontos

$\geq 1 < 3 - 1$ ponto

$< 1 - 0$ ponto

Ubá

Município de atendimento: Ubá PPI X Produção (Eletivas: período Janeiro – Abril 2022)

