GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

CONCORRÊNCIA PÚBLICA INTERNACIONAL Nº 104/2026

CONCESSÃO ADMINISTRATIVA DOS SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES E DOS SERVIÇOS DE CONSTRUÇÃO, MANUTENÇÃO E OPERAÇÃO DO NOVO HOSPITAL ESTADUAL METROPOLITANO

ANEXO VII DO CONTRATO – SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO

GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SUMÁRIO

PARTE I – FUNCIONAMENTO GERAL 2

1. INTRODUÇÃO 2

2. MENSURAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO 3

PARTE II – DOS ÍNDICES E INDICADORES DO IDD 7

3. ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE OPERACIONAL (A) 7

4. ÍNDICE DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EFETIVA (B) 9

5. ÍNDICE DE QUALIDADE ASSISTENCIAL EFETIVA (C) 22

PARTE III – SISTEMA DE PONTUAÇÃO E NOTA FINAL 24

6. SISTEMA DE PONTUAÇÃO DOS ÍNDICES QUE COMPÕEM O IDD 24

PARTE IV – DESCRITIVO DE INDICADORES 25

7. DESCRITIVO DOS INDICADORES DO ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE OPERACIONAL (A) 25

8. DESCRITIVO DOS INDICADORES DO ÍNDICE DE QUALIDADE ASSISTENCIAL EFETIVA (C) 34

PARTE I – FUNCIONAMENTO GERAL

1. INTRODUÇÃO

1.1. O SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO (SMD) disciplinado neste ANEXO, tem por finalidade estabelecer os critérios de avaliação da CONCESSIONÁRIA quanto à disponibilidade da infraestrutura e dos serviços, à qualidade e segurança do paciente, e ao desempenho da produção assistencial, com foco na promoção da excelência operacional e na aderência aos padrões de eficiência definidos pelo PODER CONCEDENTE para o SERVIÇO DE MANUTENÇÃO E OPERAÇÃO e o SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR do HOSPITAL.

1.2. O SMD será utilizado como base para o cálculo da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA, de acordo com as diretrizes definidas neste ANEXO e no ANEXO V do CONTRATO – MECANISMO PARA CÁLCULO DO PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO E DO APORTE PÚBLICO.

1.3. A aplicação do SMD deverá assegurar que a remuneração da CONCESSIONÁRIA reflita, de forma objetiva e mensurável, a efetiva entrega dos SERVIÇOS contratados, condicionando a receita ao desempenho aferido e alinhado à atuação da CONCESSIONÁRIA ao interesse público e aos objetivos assistenciais do HOSPITAL.

1.4. As informações e documentações necessárias ao cômputo dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, em formato digital, original e por meio de sistema informatizado, conforme os requisitos definidos pelo PODER CONCEDENTE, assegurando rastreabilidade, integridade e acessibilidade contínua aos dados que impactam diretamente o pagamento da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA.

1.5. O ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) da CONCESSIONÁRIA será apurado com base nos índices e nos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, nos termos deste ANEXO e conforme as regras estabelecidas para o cálculo da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA.

1.6. O detalhamento das etapas de apuração e pagamento, bem como o procedimento para resolução de eventuais divergências, estão previstos no ANEXO V do CONTRATO – MECANISMO PARA CÁLCULO DO PAGAMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO E DO APORTE PÚBLICO.

1.7. Todos os cálculos necessários para aferição dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, Notas Finais, dos subíndices e do IDD previstos neste ANEXO, deverão ser realizados, no que couber, considerando-se quatro casas decimais e as regras de arredondamento da ABNT NBR 5891.

2. MENSURAÇÃO DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO

2.1. A mensuração de disponibilidade e desempenho compreende um conjunto de indicadores, metas e padrões de qualidade, formas de aferição e periodicidade, destinados à avaliação da qualidade dos serviços prestados pela CONCESSIONÁRIA, conforme estabelecido neste ANEXO.

2.2. O ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO é composto por 3 (três) subíndices, quais sejam:

(i) Índice de Disponibilidade Operacional (A);

(ii) Índice de Produção Assistencial Efetiva (B);

(iii) Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C).

2.3. O resultado da apuração dos subíndices, por meio dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, irá compor o ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), conforme fórmula a seguir:

$$IDD = [(0{,}139 \times NF_A) + (0{,}861 \times NF_B)] \times NF_C$$

Em que:

IDD: ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, apurado nos termos deste ANEXO;

NF_A: Nota Final do Índice de Disponibilidade Operacional (A);

NF_B: Nota Final do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B);

NF_C: Nota Final do Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C).

2.4. A medição dos subíndices que compõem o IDD, os quais são apurados por meio dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO, será realizada mensalmente, sendo a apuração consolidada a cada trimestre, conforme o fluxo a seguir:

2.4.1. Fluxo de Apuração Mensal:

(i) do mês 1 ao mês 3 – Produção: realização das atividades assistenciais e operacionais, com coleta e registro, pela CONCESSIONÁRIA, dos dados referentes aos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO do mês;

(ii) ao fim de cada mês – Consolidação e Validação: a CONCESSIONÁRIA consolida os dados e elabora o Relatório de Fechamento Mensal, contendo as evidências documentais exigidas. O Relatório de Fechamento Mensal é encaminhado ao VERIFICADOR INDEPENDENTE, que realiza a auditoria técnica e valida os resultados;

(iii) mês 4 – Consolidação e Validação: o VERIFICADOR INDEPENDENTE, consolida os dados do trimestre e emite o RELATÓRIO DE DESEMPENHO, que atesta oficialmente o desempenho alcançado; e

(iv) mês 5 – Faturamento e Liquidação: com base no RELATÓRIO DE DESEMPENHO emitido pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, a CONCESSIONÁRIA executa os procedimentos fiscais e administrativos, emitindo a Nota Fiscal da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA, observando os resultados aferidos e validados.

2.5. A partir da FASE 2, que terá duração de 6 (seis) meses, os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO serão apurados mensalmente e consolidados trimestralmente pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, nos termos do ANEXO I do CONTRATO – CRONOGRAMA E MARCOS DA CONCESSÃO, e perdurará ao longo de toda a CONCESSÃO.

2.5.1. Durante os meses 1, 2 e 3 da FASE 2, os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO serão devidamente apurados, com o objetivo de promover a adaptação das PARTES e do VERIFICADOR INDEPENDENTE ao SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO e constituir histórico inicial de desempenho, não sendo considerados, contudo, para fins de aplicação de descontos na remuneração da CONCESSIONÁRIA no trimestre subsequente.

2.5.2. Os resultados apurados nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2, consolidados pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, constituirão a base histórica inicial para fins de

aplicação de eventuais descontos na primeira CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida na FASE 3.

2.6. Durante a FASE 2, as deduções no valor da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL MÁXIMA decorrerão exclusivamente do escalonamento progressivo da produção assistencial e da efetiva disponibilização dos SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES, medidos por meio dos Indicadores B1 e B3 que compõem o Índice de Produção Assistencial Efetiva (B), nos termos do item 4 deste ANEXO.

2.7. Durante a FASE 2, para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), a Pontuação (P) dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO será considerada nos seus valores máximos, Pontuação Máxima (PM), observado o escalonamento aplicável aos Indicadores B1 e B3, que compõe o Índice de Produção Assistencial Efetiva (B), de modo que o IDD não produza efeitos financeiros até o início da FASE 3.

2.7.1. A Pontuação Máxima (PM) aplicável aos Indicadores B1 e B3 será escalonada ao longo da FASE 2, de modo que as respectivas pontuações máximas apontadas na Tabela 4 e Tabela 7 devem ser consideradas para cada um dos meses.

2.8. Caso algum dos subíndices do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) não seja apurado no prazo estipulado por qualquer motivo não imputável à CONCESSIONÁRIA, o VERIFICADOR INDEPENDENTE deverá considerar pontuação máxima para o referido subíndice.

2.9. Quando os valores correspondentes aos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO forem invalidados, classificados como não conformes ou não possam ser apurados por motivo imputável à CONCESSIONÁRIA, inclusive por inacessibilidade aos dados da CONCESSIONÁRIA pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, será atribuída pontuação 0 (zero) ao respectivo indicador para o período de medição e este será considerado como indisponível.

2.10. A CONCESSIONÁRIA poderá, a qualquer tempo, solicitar ao VERIFICADOR INDEPENDENTE, com cópia ao PODER CONCEDENTE, a desconsideração de itens da medição dos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO em virtude da superveniência de EVENTOS DE DESEQUILÍBRIO cujo risco não lhe seja atribuído no CONTRATO e ANEXOS.

2.10.1. O PODER CONCEDENTE poderá, no prazo de até 10 (dez) dias contados do recebimento da cópia da solicitação da CONCESSIONÁRIA, apresentar, ao VERIFICADOR INDEPENDENTE, manifestação fundamentada sobre a concordância ou não com as justificativas apresentadas pela CONCESSIONÁRIA.

2.10.2. As solicitações de desconsideração apresentadas pela CONCESSIONÁRIA e eventuais manifestações apresentadas pelo PODER CONCEDENTE serão analisadas e decididas pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, no prazo de até 10 (dez) dias.

2.11. Observado o disposto no CONTRATO, no ANEXO VII do CONTRATO – SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO e no ANEXO IV do CONTRATO – DIRETRIZES PARA CONTRATAÇÃO E ATUAÇÃO DOS TERCEIROS INDEPENDENTES, eventuais discordâncias do PODER CONCEDENTE e da CONCESSIONÁRIA em relação à aplicação das regras do SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO ou à interpretação técnica adotada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE a respeito dos temas submetidos à sua apreciação:

(i) não ensejarão a aplicação de penalidades ao VERIFICADOR INDEPENDENTE nem a retenção de seus pagamentos ou a imposição de descontos sobre a sua remuneração;

(ii) não poderão acarretar a suspensão ou a interrupção do processo de pagamento da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA, com fundamento nos relatórios e notas de desempenho atribuídas pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, ainda que sobre eles existam controvérsias; e

(iii) não poderão acarretar a suspensão ou a interrupção dos SERVIÇOS em curso;

(iv) deverão ser dirimidas conforme os mecanismos de solução de conflitos previstos no Capítulo XI do CONTRATO, sendo vedada decisão unilateral de qualquer das PARTES que impacte os resultados aferidos pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE.

2.12. É assegurado às PARTES o direito de acompanhar de forma autônoma o procedimento de aferição de desempenho e manifestar, sempre que entender cabível, divergência em relação ao posicionamento do VERIFICADOR INDEPENDENTE.

2.13. Após a solução das divergências descrita no subitem 2.11, eventuais diferenças apuradas no montante das CONTRAPRESTAÇÕES MENSAIS EFETIVAS já pagas serão compensadas nos pagamentos posteriores em favor da PARTE vencedora, atualizadas *pro rata die*, pela

variação do IPCA/IBGE, a contar da data em que o valor deveria ter sido pago ou abatido da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA.

2.13.1. Se, na data do pagamento, não houver divulgação do IPCA/IBGE para o mês anterior, deverá ser utilizado o último índice disponível.

2.14. A compensação de valores devidos pela CONCESSIONÁRIA deverá ser feita de forma parcelada, de modo que o desconto máximo em cada parcela não ultrapasse 20% (vinte por cento) da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL MÁXIMA.

PARTE II – DOS ÍNDICES E INDICADORES DO IDD

3. ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE OPERACIONAL (A)

3.1. O Índice de Disponibilidade Operacional (A) é composto por 7 (sete) INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO específicos que mensuram a disponibilidade operacional e funcional dos serviços críticos de atendimento do HOSPITAL.

3.2. Os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO que compõem o Índice de Disponibilidade Operacional (A) devem ser medidos mensalmente, com apuração consolidada trimestralmente.

3.3. A pontuação máxima atribuída a cada indicador do Índice de Disponibilidade Operacional (A) é definida conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Pontuação máxima por indicador do índice A

Código	Indicador	Pontuação Máxima (PM)
A1	Taxa de Disponibilização do Pronto Atendimento	8
A2	Taxa de Disponibilização Ambulatorial	8
A3	Taxa de Disponibilização de Leitos	50
A4	Taxa de Disponibilização dos Serviços de SADT	10
A5	Taxa de Disponibilização do Serviço de Hemodinâmica	8
A6	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica)	8
A7	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva da Infraestrutura Predial (Manutenção Predial	8

Código	Indicador	Pontuação Máxima (PM)
=	**Total da Pontuação Máxima**	**100**

3.4. A cada mês deverá se proceder com a soma das pontuações obtidas nos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO para o Índice de Disponibilidade Operacional (A).

3.5. A média das pontuações totais obtidas em três meses para o Índice de Disponibilidade Operacional (A) será considerada para apuração trimestral.

$$Pontuação\ Média\ do\ Índice\ (A) = \frac{(Pontuação\ Total\ Mês\ 1 + Pontuação\ Total\ Mês\ 2 + Pontuação\ Total\ Mês\ 3)}{3}$$

3.6. A Nota Final do Índice A (NF_A) será obtida a partir da conversão realizada pela pontuação média do trimestre, conforme os critérios definidos na Tabela 11: Pontuação Geral.

3.7. A Nota Final do Índice A (NF_A) será considerada diretamente no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), conforme fórmula definida neste ANEXO.

3.8. Os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO que compõem o Índice de Disponibilidade Operacional (A) serão apurados a partir da FASE 2. Todavia, durante a FASE 2, as pontuações (P) desses indicadores, para fins do cálculo da NF_A e do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), serão consideradas em seus valores máximos, de modo a não produzam efeitos financeiros sobre a CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga durante a FASE 2.

3.8.1. Durante toda a FASE 2, a Nota Final do Índice A (NF_A) será considerada igual a 1,00 para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA, independentemente do desempenho efetivamente apurado no período.

3.8.2. Sem prejuízo do disposto no subitem 3.8.1 acima, o desempenho efetivamente auferido nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 será mensurado e consolidado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, ao término do respectivo trimestre, e constituirá a base de referência para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável à CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida a partir do início da FASE 3 (meses 7, 8 e 9), nos termos do subitem 2.5 deste ANEXO.

4. ÍNDICE DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL EFETIVA (B)

4.1. O Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) é composto por 4 (quatro) INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO específicos que mensuram a produção hospitalar.

4.2. Os indicadores do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) devem ser medidos mensalmente, com apuração consolidada trimestralmente.

4.3. A pontuação máxima e pesos atribuídos a cada indicador do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) são definidos conforme tabela a seguir:

Tabela 2: Pontuação e pesos por indicador do índice B

Código	Indicador	Pontuação Máxima (PM)
B1	Internações Hospitalares	60
B2	Consultas Médicas Especializadas (ambulatório)	15
B3	SADT 1 – alta complexidade estratégica	10
B4	SADT 2 – outros SADT	15
=	**Total**	**100**

4.4. A pontuação (P) de cada indicador que compõe o Índice de Produção Assistencial Efetiva (B), identificado como B_n será calculada mensalmente de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Pontuação (P) de } B_n = \frac{Desempenho\ alcançado}{Meta\ Pactuada\ no\ Indicador_n} \times PM_{B_n}$$

Em que:

P de B_n: pontuação obtida no indicado B_n;

Desempenho alcançado: resultado efetivamente apurado no período

Meta Pactuada no Indicador (B_n): meta estabelecida contratualmente para o indicador; e

PM(B_n): Pontuação Máxima atribuída ao indicador B_n.

4.5. A pontuação mensal total do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) corresponderá à soma das pontuações obtidas em cada um dos indicadores que o compõem, apuradas nos termos do subitem 4.4 anterior.

4.6. A Pontuação Média Trimestral do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) será calculada com base na média aritmética simples das pontuações totais mensais obtidas no trimestre, conforme a seguinte fórmula:

$$Pontuação\ Média\ do\ Índice\ (B) = \frac{(Pontuação\ Total\ Mês\ 1 + Pontuação\ Total\ Mês\ 2 + Pontuação\ Total\ Mês\ 3)}{3}$$

4.7. A Nota Final do Índice de Produção Assistencial Efetiva B (NF_B) será determinada a partir da conversão da Pontuação Média Trimestral do Índice (B), de acordo com os critérios estabelecidos na Tabela 11 deste ANEXO, e será utilizada diretamente no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD).

INTERNAÇÕES HOSPITALARES (B1)

4.8. O desempenho da CONCESSIONÁRIA será avaliado com base no volume de saídas hospitalares realizadas mensalmente, refletindo a capacidade de absorção da demanda regulada pelo SUS e a efetividade do atendimento em serviços de média e alta complexidade.

4.9. O percentual de cumprimento será apurado com base na razão entre a produção efetiva e a meta mensal de saídas, conforme a tabela a seguir:

Tabela 3: Produção de saídas do Índice B, indicador B1

Característica	Meta Mensal de Produção de Saídas
Saídas Cirúrgicos	921
Saídas Cirúrgicos Pediátricos	190
Saídas Clínicos	352
Saídas Pediátricos	76
Consolidado	**1.539**

4.10. As saídas consideradas para efeito de validação deverão estar vinculadas a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) regularizada e compatível com as diretrizes e sistemas da SES e do MINISTÉRIO DA SAÚDE.

4.11. As internações que demandarem permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) serão consideradas parte integrante do total de saídas hospitalares apuradas para fins deste

indicador, desde que estejam devidamente vinculadas a uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) regular e encerrada.

4.12. Para fins de mensuração do desempenho, não será exigida a segregação específica das saídas oriundas de leitos de UTI, uma vez que a UTI constitui etapa assistencial do mesmo episódio de internação hospitalar, sendo caracterizada como leito de passagem no percurso do cuidado, sem geração de saída hospitalar autônoma.

4.13. O Indicador B1 deverá ser calculado a partir da FASE 2, mediante apuração mensal e consolidação trimestral pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, nos termos deste ANEXO.

4.14. Durante a FASE 2, a meta de produção e a pontuação a serem consideradas para mensuração desse Indicador, para fins do cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B) e do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), considerará o escalonamento progressivo, nos termos dos seguintes quantitativos previstos na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4: Escalonamento de Metas e Pontuação do Indicador B1

Período da FASE 2	Implementação e Metas	Metas de Produção Internações Hospitalares (B1)	Pontuação Máxima (PM) de B1 na FASE 2
1º mês de operação (FASE 2)	Internações	**0**	**0**
2º mês de operação (FASE 2)	Internações	**0**	**0**
3º mês de operação (FASE 2)	No mínimo 50% das Internações	**770**	**30**
4º mês de operação (FASE 2)	No mínimo 50% das Internações	**770**	**30**
5º mês de operação (FASE 2)	No mínimo 70% das Internações	**1.078**	**42**
6º mês de operação (FASE 2)	No mínimo 70% das Internações	**1.078**	**42**
7º mês de operação (FASE 3)	Operação Integral	**1.539**	**60**

4.15. As Pontuações Máximas (PM) progressivas estabelecidas na Tabela 4 deverão ser aplicadas mensalmente na fórmula do subitem 4.4 deste ANEXO, considerando-se a produção

apurada para o Indicador B1, exclusivamente, para fins de mensuração da Pontuação (P) durante a FASE 2.

4.16. Para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida durante a FASE 2, o Indicador B1 deverá ser considerado com Pontuação (P) igual à Pontuação Máxima (PM) aplicável ao respectivo mês, conforme os valores progressivos estabelecidos na Tabela 4, não produzindo efeitos financeiros imediatos decorrentes do desempenho efetivamente apurado.

4.17. Não obstante o disposto no subitem 4.16 acima, o desempenho efetivamente apurado para o Indicador B1 será mensurado mensalmente e consolidado trimestralmente pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, ao término de cada trimestre da FASE 2, para fins de constituição da base histórica de desempenho.

4.17.1. A produção efetivamente apurada para o Indicador B1 nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 integrará a Pontuação Média do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) e será considerada na composição da Nota Final do Índice B (NF_B), que será utilizada no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo ensejar a aplicação de descontos a partir da primeira CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida após o início da FASE 3.

4.17.2. Caso a produção efetivamente apurada para o B1, nos termos referidos no subitem anterior, seja inferior à Pontuação Máxima (PM) aplicável, a Pontuação (P) correspondente será utilizada no cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B), que por sua vez será considerada para o cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo resultar em desconto na CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga nos meses 7, 8 e 9, na FASE 3, nos termos deste ANEXO.

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS (AMBULATÓRIO) (B2)

4.18. O Indicador de consultas médicas especializadas corresponde a consultas que devem ocorrer de forma regulada e integrada à lógica de atenção em rede, bem como articuladas com os serviços de média e alta complexidade do HOSPITAL.

4.19. O percentual de produção será calculado com base na razão entre a produção efetiva e a meta total mensal pactuada, conforme tabela a seguir:

Tabela 5: Meta de produção de consultas médicas especializadas do Índice B, Indicador B2

Ambulatório Especialidades	Meta Produção de Consultas Médicas Especializadas Pactuadas Mensal incluso Retornos/Egressos
Ortopedia-Geral	6.336
Ortopedia-Joelho	
Ortopedia-Coluna/Quadril	
Ortopedia-Ombro e Cotovelo	
Ortopedia-Pé e Tornozelo	
Ortopedia-Pediátrica	
Doenças Osteometabólicas e Osteoporose	
Bucomaxilo	
Neurologia Adulto / Pediátrica	2.112
Neurocirurgia	1.408
Cirurgia Geral	704
Anestesiologia	704
Indiferenciado	2.816
Total	**14.080**

4.20. Serão validadas apenas as consultas compatíveis com os critérios de registro, validação e envio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), assegurada a rastreabilidade e a conformidade com os sistemas oficiais do SUS, da SES e do MINISTÉRIO DA SAÚDE.

4.21. No âmbito do atendimento ambulatorial, o cumprimento das metas observará a produção global de consultas médicas, admitindo-se a flutuação do volume de atendimentos entre as diferentes especialidades, desde que respeitado o quantitativo total mensal de consultas pactuado no planejamento assistencial.

4.22. Para fins de mensuração e verificação das metas do ambulatório, serão consideradas exclusivamente consultas médicas, estando incluídos no cômputo total: primeira consulta, consulta de retorno, atendimento a pacientes egressos de internações, consultas realizadas por meio de teleatendimento, quando autorizadas e devidamente registrada.

4.23. Não serão contabilizados no âmbito do SMD, para efeito deste indicador, atendimentos multiprofissionais não médicos (tais como enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social ou outros), ainda que realizados em ambiente ambulatorial.

4.24. A produção ambulatorial deverá ser devidamente registrada e validada nos sistemas oficiais do SUS, conforme normativas vigentes, assegurando rastreabilidade, fidedignidade das informações e aderência ao perfil assistencial do HOSPITAL, bem como coerência com os objetivos e diretrizes da rede estadual de saúde.

4.25. O Indicador B2 deverá ser calculado a partir da FASE 2, mediante apuração mensal e consolidação trimestral pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, nos termos deste ANEXO.

4.26. Para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida durante a FASE 2, o Indicador B2 será considerado com Pontuação (P) igual à Pontuação Máxima (PM), não produzindo efeitos financeiros imediatos decorrentes do desempenho efetivamente apurado no período.

4.27. Sem prejuízo do disposto no subitem anterior, o desempenho efetivamente apurado para o Indicador B2 será mensurado mensalmente e consolidado trimestralmente pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, ao término de cada trimestre da FASE 2, para fins de constituição da base histórica de desempenho.

4.27.1. A produção efetivamente apurada para o Indicador B2 nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 integrará a Pontuação Média do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) e será considerada na composição da Nota Final do Índice B (NF_B), que será utilizada no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável a partir da FASE 3, podendo ensejar a aplicação de descontos a partir da primeira CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida após o início da FASE 3.

4.27.2. Caso a produção efetivamente apurada para o Indicador B2, nos termos do subitem anterior, seja inferior à Pontuação Máxima (PM), a Pontuação (P) correspondente será utilizada no cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B), que por sua vez será considerada para o cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo resultar em desconto na CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga nos meses 7, 8 e 9, na FASE 3, nos termos deste ANEXO.

PRODUÇÃO DE SADT 1 (B3)

4.28. O componente SADT 1 inclui exames e procedimentos de alta complexidade estratégica de pacientes externos, cuja realização exige infraestrutura especializada, tecnologia avançada e equipes altamente qualificadas, englobando serviços de hemodinâmica e ressonância magnética e seus procedimentos que demandam suporte técnico e clínico diferenciado.

4.29. O desempenho será calculado com base na razão entre a produção efetiva e a meta mensal, conforme tabela a seguir:

Tabela 6: Metas de produção de SADT 1 do Índice B, Indicador B3

Exames	Especificação	Meta de Produção Mensal
Ressonância Magnética	Sem Sedação ou contraste	1.620
	Com contraste	
	Com Sedação sem contraste	
	Com Sedação e contraste	
Hemodinâmica	Diagnósticos Neurológicos	240
	Tratamentos Neurológicos	
Total	-	**1.860**

4.30. Não será admitida a compensação entre diferentes tipos de procedimentos deste ou de outro SADT, ainda que o total global da produção esteja próximo da meta.

4.31. Procedimentos de natureza terapêutica, que demandem internação hospitalar, deverão ser priorizados e registrados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

4.32. Cada grupo de exame ou procedimento deverá atender sua meta específica, respeitando os limites e a lógica assistencial estabelecida no planejamento, garantindo rastreabilidade, aderência ao perfil assistencial do hospital e coerência com os objetivos da rede estadual de saúde.

4.33. Todos os exames e procedimentos de SADT realizados deverão ser devidamente registrados por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), conforme os parâmetros estabelecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

4.33.1. A produção somente será validada como parte das metas do Indicador SADT2 (B4) se compatível com os critérios de registro, validação e envio do BPA e/ou AIH e/ou Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, assegurando rastreabilidade e

fidedignidade dos dados, bem como conformidade com os sistemas oficiais de informação do SUS.

4.34. O Indicador B3 deverá ser calculado a partir da FASE 2, mediante apuração mensal e consolidação trimestral pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, nos termos deste ANEXO.

4.35. Durante a FASE 2, a meta de produção e a pontuação a serem consideradas para mensuração desse Indicador, para fins de cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B) e do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), considerará o escalonamento progressivo, nos termos dos seguintes quantitativos previstos na Tabela 7 deste ANEXO, a seguir:

Tabela 7: Escalonamento de Metas e Pontuação do Indicador B3

Período da FASE 2	Implementação e Metas	Metas de Produção SADT 1 (B3)	Pontuação Máxima (PM) de B3 na FASE 2
1º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (exceto hemodinâmica)	**1.620**	**8,7**
2º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (exceto hemodinâmica)	**1.620**	**8,7**
3º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (exceto hemodinâmica)	**1.620**	**8,7**
4º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (exceto hemodinâmica)	**1.620**	**8,7**
5º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (com hemodinâmica)	**1.860**	**10,0**
6º mês de operação (FASE 2)	SADT1 (com hemodinâmica)	**1.860**	**10,0**
7º mês de operação (FASE 3)	Operação Integral	**1.860**	**10,0**

4.36. As Pontuações Máximas (PM) progressivas estabelecidas na Tabela 7, deverão ser aplicadas mensalmente na fórmula do subitem 4.4 deste ANEXO, considerando a produção efetivamente apurada para o Indicador B3, exclusivamente, para fins de mensuração da Pontuação (P) durante a FASE 2.

4.37. Para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida durante a FASE 2, o Indicador B3 deverá

ser considerado com Pontuação (P) igual à Pontuação Máxima (PM) aplicável ao respectivo mês, conforme estabelecido na Tabela 7, não produzindo efeitos financeiros imediatos decorrentes do desempenho efetivamente apurado.

4.38. Não obstante o disposto no subitem 4.37 acima, o desempenho efetivamente apurado para o Indicador B3 será mensurado mensalmente e consolidado trimestralmente pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, para fins de constituição da base histórica de desempenho.

4.39. A produção efetivamente apurada para o Indicador B3 nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 integrará a Pontuação Média do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) e será considerada na composição da Nota Final do Índice B (NF_B), que será utilizada no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável a partir da FASE 3, podendo ensejar aplicação de descontos a partir da primeira CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida após o início da FASE 3.

4.39.1. Caso a produção efetivamente apurada para o Indicador B3, nos termos do subitem anterior, seja inferior à Pontuação Máxima (PM) aplicável, a Pontuação (P) correspondente será utilizada no cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B), que por sua vez será considerada para o cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo resultar em desconto na CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga nos meses 7, 8 e 9, na FASE 3, nos termos deste ANEXO.

PRODUÇÃO DE SADT 2 (B4)

4.40. O SADT 2 corresponde a exames e procedimentos de média e alta complexidade de pacientes externos, cuja realização exige infraestrutura especializada, tecnologia avançada e equipes altamente qualificadas, englobando serviços de endoscopias, colonoscopias, tomografias, radiografias, ultrassonografias, eletroneuromiografia e outros procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

4.41. A apuração da produção de SADT 2 seguirá a razão entre a produção de SADT 2 efetiva e a meta mensal de SADT 2, conforme a tabela a seguir:

Tabela 8: Metas de produção de SADT 2 do Índice B, Indicador B4

Exames	Especificação	Meta de Produção Mensal
Tomografia Computadorizada	Sem Sedação ou contraste	2.160
	Com contraste	

Exames	Especificação	Meta de Produção Mensal
	Com Sedação sem contraste	
	Com Sedação e contraste	
Raio-X Digital	Sem Sedação ou contraste	2.840
	Com contraste	
	Com Sedação sem contraste	
	Com Sedação e contraste	
Raio-X telecomandado	Sem Sedação ou contraste	1.320
Ultrassonografia	Sem Doppler	2.640
	Com Doppler	
	Ecocardiograma	
Endoscópicos	Esofagogastroduodenoscopia (EDA)	1.120
	Colonoscopia	
	CPRE	
Densitometria Óssea	Densitometria Óssea	1.100
Eletroencefalograma	Eletroencefalograma	880
Eletroneuromiografia	Dois membros	330
	Quatro membros	
Total	-	**12.390**

4.42. Não será admitida a compensação entre diferentes tipos de procedimentos, exceto o raio-x digital e raio-x telecomandado, deste ou de outro SADT, ainda que o total global da produção esteja próximo à meta.

4.43. Procedimentos de natureza terapêutica, que demandam internação hospitalar, deverão ser priorizados e registrados por meio de AIH e/ou APAC.

4.44. Cada grupo de exame ou procedimento deverá cumprir sua meta específica, respeitando os limites e a lógica assistencial estabelecida no planejamento, garantindo rastreabilidade, aderência ao perfil assistencial do hospital e coerência com os objetivos da rede estadual de saúde.

4.45. Todos os exames e procedimentos de SADT realizados deverão ser devidamente registrados por meio do BPA ou APAC, conforme os parâmetros estabelecidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

4.46. A produção total de exames e procedimentos somente será validada como parte das metas do indicador SADT1 se compatível com os critérios de registro, validação e envio do BPA

e/ou AIH e/ou APAC, assegurando a rastreabilidade, a fidedignidade dos dados e a conformidade com os sistemas oficiais de informação do SUS.

4.47. O Indicador B4 deverá ser calculado a partir da FASE 2, mediante apuração mensal e consolidação trimestral pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, nos termos deste ANEXO.

4.48. Para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida durante a FASE 2, o Indicador B4 será considerado com Pontuação (P) igual à Pontuação Máxima (PM), não produzindo efeitos financeiros imediatos decorrentes do desempenho efetivamente apurado no período.

4.49. Sem prejuízo do disposto no subitem anterior, o desempenho efetivamente apurado para o Indicador B4 será consolidado será consolidado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE ao término de cada trimestre da FASE 2, para fins de constituição da base histórica de desempenho.

4.49.1. A produção efetivamente apurada para o Indicador B4 nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 integrará a Pontuação Média do Índice de Produção Assistencial Efetiva (B) e será considerada na composição da Nota Final do Índice B (NF_B), que será utilizada no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo ensejar a aplicação de descontos a partir da primeira CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida após o início da FASE 3.

4.49.2. Caso a produção efetivamente apurada para o B4, nos termos referidos no subitem anterior, seja inferior à Pontuação Máxima (PM) aplicável, a Pontuação (P) correspondente será utilizada no cálculo da Nota Final do Índice B (NF_B), que por sua vez será considerada para o cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) aplicável na FASE 3, podendo resultar em desconto na CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga nos meses 7, 8 e 9, na FASE 3, nos termos deste ANEXO.

CONSOLIDAÇÃO DA NOTA FINAL DO ÍNDICE B (NF_B) NA FASE 2

4.50. Considerando as Pontuações Máximas (PM) escalonadas para os Indicadores B1 e B3 e a ausência de apuração da pontuação média ao logo dos primeiros 3 (três) meses de operação para todos os indicadores, o comportamento da Pontuação Média do Índice (B) e da Nota Final do Índice B (NF_B) se dará conforme tabela a seguir.

Tabela 9: Consolidação da Nota Final do Índice B na FASE 2

	Pontuação Máxima (PM)				Pontuação (P) auferida e considerada para o cálculo da média trimestral						
Período da FASE 2	**B1**	**B2**	**B3**	**B4**	**B1**	**B2**	**B3**	**B4**	**Pontuação Total Mês**	**Pontuação Média do Índice (B)**	**Nota Final do Índice B (NF_B) a ser considerada no IDD**
1º mês de operação (FASE 2)	0	15	8,7	15	0	15	8,7	15	38,7	**38,7 (*)**	**0,40**
2º mês de operação (FASE 2)	0	15	8,7	15	0	15	8,7	15	38,7	**38,7 (*)**	**0,40**
3º mês de operação (FASE 2)	30	15	8,7	15	30	15	8,7	15	68,7	**68,7 (*)**	**0,70**
4º mês de operação (FASE 2)	30	15	8,7	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**48,7**	**0,50** Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na **Tabela 11**
5º mês de operação (FASE 2)	42	15	10	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**48,7**	**0,50** Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na **Tabela 11**
6º mês de operação (FASE 2)	42	15	10	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**48,7**	**0,50** Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na Tabela 11

	Pontuação Máxima (PM)				Pontuação (P) auferida e considerada para o cálculo da média trimestral						
Período da FASE 2	**B1**	**B2**	**B3**	**B4**	**B1**	**B2**	**B3**	**B4**	**Pontuação Total Mês**	**Pontuação Média do Índice (B)**	**Nota Final do Índice B (NF_B) a ser considerada no IDD**
7º mês de operação (FASE 3)	60	15	10	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**A ser apurada conforme fórmulas dos itens 4.4 e 4.6:** *Cálculo da Pontuação (P) de cada Indicador; Somatório das Pontuações dos Indicadores em cada mês; e média dos somatórios mensais*	**Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na Tabela 11**
8º mês de operação (FASE 3)	60	15	10	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**A ser apurada conforme fórmulas dos itens 4.4 e 4.6:** *Cálculo da Pontuação (P) de cada Indicador; Somatório das Pontuações dos Indicadores em cada mês; e média dos somatórios mensais*	**Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na Tabela 11**
9º mês de operação (FASE 3)	60	15	10	15	(**)	(**)	(**)	(**)	A ser apurada tendo em vista o desempenho realizado: Pontuação (P)	**A ser apurada conforme fórmulas dos itens 4.4 e 4.6:** *Cálculo da Pontuação (P) de cada Indicador; Somatório das Pontuações dos Indicadores em cada mês; e média dos somatórios mensais*	**Conforme Pontuação Média do Índice (B) apurada e conversão na Tabela 11**

(*) Considera as Pontuações Máximas dos indicadores, tendo em vista que ainda não há consolidação da média trimestral.

(**) A ser apurado conforme desempenho real observado, nos termos da fórmula do item 4.4.

5. ÍNDICE DE QUALIDADE ASSISTENCIAL EFETIVA (C)

5.1. O Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C) é composto por 19 (dezenove) INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO específicos que mensuram a qualidade e efetividade assistencial dos serviços prestados no HOSPITAL.

5.2. Os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO do Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C) devem ser medidos mensalmente, com apuração consolidada trimestralmente.

5.3. A pontuação máxima atribuída a cada Indicador do Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C) é definida conforme tabela a seguir:

Tabela 10: Pontuação máxima por Indicador do Índice C

Código	Indicador	Pontuação Máxima (PM)
C1	Média de Permanência	6
C2	Índice de Renovação de Leitos	10
C3	Tempo Ambulatório/Cirurgia	10
C4	Taxa de Regulação Geral	6
C5	Taxa de Glosa Global	6
C6	Taxa de Intervenções em Hemodinâmica	4
C7	Tempo de Resposta de Tomografia para Suspeita de AVC	2
C8	Tempo para Realização de Cirurgias de Emergência	4
C9	Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas	6
C10	Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	6
C11	Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	6
C12	Taxa de Mortalidade Institucional	2
C13	Taxa de Infecção Hospitalar Geral	3
C14	Densidade de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)	3
C15	Taxa de Infecção em Cirurgias Limpas (ISC)	2
C16	Incidência de Queda do Paciente	3
C17	Incidência de Lesão por Pressão	3
C18	Índice de Satisfação do Cliente Externo	8
C19	Taxa de Cumprimento de Cirurgia Eletivas	10

Código	Indicador	Pontuação Máxima (PM)
=	**Total da Pontuação Máxima**	**100**

5.4. A cada mês deverá se proceder com a soma das pontuações obtidas nos INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO para o Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C).

5.5. A média das pontuações totais obtidas em três meses para o Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C) será considerada para apuração trimestral.

$$Pontuação\ Média\ do\ Índice\ (C) = \frac{(Pontuação\ Total\ Mês\ 1 + Pontuação\ Total\ Mês\ 2 + Pontuação\ Total\ Mês\ 3)}{3}$$

5.6. A Nota Final do Índice C (NF_C) será obtida a partir da conversão realizada pela pontuação média do trimestre, conforme os critérios definidos na Tabela 11: Pontuação Geral.

5.7. A Nota Final do Índice C (NF_C) será considerada diretamente no cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), conforme fórmula definida neste ANEXO.

5.8. Os INDICADORES DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO que compõem o Índice de Qualidade Assistencial Efetiva (C) deverão ser calculados a partir do início da FASE 2, nos termos deste ANEXO.

5.9. Para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA devida durante a FASE 2, as pontuações (P) dos indicadores que compõem o Índice C serão consideradas em seus respectivos valores máximos, de modo a não produzir efeitos financeiros decorrentes do desempenho efetivamente apurado no período.

5.10. Em decorrência do disposto no subitem anterior, durante a FASE 2, a Nota Final do Índice C [NF_C] será considerada igual a 1,00 para fins de cálculo do ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD) e da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA.

5.10.1. Sem prejuízo do disposto no subitem 5.10 acima, o desempenho efetivamente apurado para os indicadores que compõem o Índice C será regularmente medido e consolidado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE ao término de cada trimestre da FASE 2, para fins de constituição da base histórica de desempenho.

5.10.2. O desempenho efetivamente apurado nos meses 4, 5 e 6 da FASE 2 será consolidado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, ao término do trimestre, podendo resultar em descontos por desempenho no valor da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA a ser paga nos meses 7, 8 e 9, nos termos do subitem 2.5 deste ANEXO.

PARTE III – SISTEMA DE PONTUAÇÃO E NOTA FINAL

6. SISTEMA DE PONTUAÇÃO DOS ÍNDICES QUE COMPÕEM O IDD

6.1. Cada um dos subíndices, que compõem o ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE E DESEMPENHO (IDD), terá uma pontuação trimestral, apurada a partir do resultado da média das pontuações mensais obtidas no respectivo do período de apuração.

6.2. A pontuação média do trimestre resultará em uma Pontuação Total (PT) entre 0 (zero) e 100 (cem) pontos para ser convertida em uma Nota Final (NF) conforme Tabela 11: Pontuação Geral a seguir:

Tabela 11: Pontuação Geral

Pontuação (PT) a partir da média alcançada pelos índices A, B e C	Nota Final (NF) correspondente
95,0001 a 100 pontos	1,00
90,0001 a 95,0000 pontos	0,95
85,0001 a 90,0000 pontos	0,90
80,0001 a 85,0000 pontos	0,85
75,0001 a 80,0000 pontos	0,80
70,0001 a 75,0000 pontos	0,75
60,0001 a 70,0000 pontos	0,70
50,0001 a 60,0000 pontos	0,60
40,0001 a 50,0000 pontos	0,50
30,0001 a 40,0000 pontos	0,40
0,0000 a 30,0000 pontos	0,30

PARTE IV – DESCRITIVO DE INDICADORES

7. DESCRITIVO DOS INDICADORES DO ÍNDICE DE DISPONIBILIDADE OPERACIONAL (A)

7.1. A1: Taxa de Disponibilização do Pronto Atendimento

Indicador:	Taxa de Disponibilização do Pronto Atendimento

Descrição do Indicador:

Este indicador mede a proporção do tempo em que o serviço de Pronto Atendimento esteve plenamente disponível ao atendimento de urgência e emergência, conforme os requisitos estabelecidos para os Centros de Trauma Tipo II pela Portaria GM/MS nº 1.366/2013 e suas atualizações. Para ser considerado disponível, o serviço deve operar de forma ininterrupta, com equipe multiprofissional completa, estrutura física adequada, e capacidade de resposta imediata aos casos de trauma de média e alta complexidade. O indicador é essencial para avaliar a aderência do hospital aos critérios de habilitação como Centro de Trauma Tipo II e para garantir a continuidade e a efetividade da atenção ao paciente politraumatizado.

A1:	Taxa de Disponibilização do Pronto Atendimento	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade:	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS), Escala Médica das Especialidades de Neurocirurgia, Ortopedia e Cirurgia Geral do Pronto Atendimento e dos profissionais da Assistência, contrato ou comprovação dos serviços sobre aviso.

Fórmula:	Performance	Pontos
Habilitação do Centro de Trauma Tipo 2 (vigente) ou Documentação Comprobatória	100%	8
	< 100%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) considera-se o Pronto Atendimento devidamente disponibilizado quando o serviço estiver em funcionamento contínuo (24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana), conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.366/2013 e suas atualizações, com equipe multiprofissional presente, estrutura física adequada, insumos disponíveis e equipamentos operacionais em pleno funcionamento;

(ii) a conformidade com os critérios estabelecidos para Centros de Trauma Tipo II será verificada por meio da oferta ininterrupta de atendimentos de urgência e emergência, com a presença de serviços em traumato-ortopedia, neurocirurgia e cirurgia geral; e

(iii) qualquer interrupção, suspensão ou indisponibilidade do serviço deverá ser devidamente registrada, formalmente justificada e acompanhada de plano de contingência ou de reposição, excetuando-se as paralisações previamente acordadas e programadas no Plano de Manutenção Preventiva, as quais serão consideradas como período regular de funcionamento da unidade. Para fins deste instrumento, caracterizam-se como interrupções apenas as ocorrências

abruptas ou não autorizadas previamente pelo Poder Concedente ou pelo Verificador Independente.
Para fins de verificação, o VERIFICADOR INDEPENDENTE poderá requisitar: (i) escalas de plantão e registros de ponto da equipe médica, de enfermagem e demais profissionais do Pronto Atendimento; (ii) relatórios de falhas operacionais, indisponibilidades de serviço, ausências de profissionais ou falta de insumos; (iii) registros administrativos de atendimentos realizados no período de apuração; (iv) declarações oficiais de funcionamento contínuo emitidas pela direção hospitalar; e (v) documentação que comprove a habilitação vigente do HOSPITAL como Centro de Trauma Tipo II, conforme regulamentação vigente.
Este indicador é fundamental para garantir a continuidade e efetividade da assistência ao trauma, assegurando resposta rápida, resolutiva e em conformidade com os parâmetros do SUS.

7.2. A2: Taxa de Disponibilização Ambulatorial

Indicador:	Taxa de Disponibilização Ambulatorial

Descrição do Indicador:

Este indicador mede a proporção de serviços de Serviços Ambulatoriais (Consultas Especializadas) que foram efetivamente disponibilizados, comparados com o número total de serviços que estavam planejados ou previstos para disponibilização.

A2:	Taxa de Disponibilização Ambulatorial	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	HIS/Sistema Informatizado de Gestão de Manutenção de Equipamentos; sistema de gestão ambulatorial, plano de funcionamento físico da unidade e registros de indisponibilidades (manutenções, interdições técnicas, etc.).

Fórmula:

(Total de Consultório Dia Disponível para o período / Total de Consultórios Ambulatorial dia pactuados para o período) x 100

Performance	Pontos
≥ 98%	8
de 85% a ≤ 97%	4
≤ 84%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) serão considerados consultórios ambulatoriais-dia as salas físicas disponíveis para atendimento em turnos previamente pactuados.

(ii) a disponibilidade mínima para a realização de atendimentos ambulatoriais deverá ser garantida de segunda a sexta-feira, das 07 (sete) horas às 19 (dezenove) horas; e

(iii) a apuração deve excluir períodos previamente aprovados para suspensão justificada dos atendimentos;

O VERIFICADOR INDEPENDENTE poderá solicitar:

(i) a planta e cadastro dos consultórios ambulatoriais;

(ii) o registro de agendamentos e produção ambulatorial por turno; e

(iii) os relatórios de manutenção corretiva ou obras realizadas no período.

Este indicador é fundamental para garantir o acesso regular aos serviços ambulatoriais e contribuir para a efetividade do modelo assistencial.

7.3. A3: Taxa de Disponibilização de Leitos

Indicador:	Taxa de Disponibilização de Leitos

Descrição do Indicador:

A Taxa de Disponibilização de Leitos é um indicador que mede a proporção de leitos efetivamente disponibilizados em relação ao total de leitos previstos para um determinado período. Ele reflete a capacidade operacional do hospital em garantir a oferta contínua de leitos para atendimento aos pacientes.

A3:	Taxa de Disponibilização de Leitos	Pontuação máxima:	50
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS), controle de internações, registros de interdição de leitos e relatórios de manutenção.

Fórmula:

(Total de leitos dia disponíveis para o período/Total de leito dia pactuados para o período) × 100

Performance	Pontos
≥ 98%	50
de 85% a ≤ 97%	35
≤ 84%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) serão considerados leitos-dia os leitos efetivamente disponíveis para ocupação durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, conforme previsão contratual;

(ii) leitos interditados por motivos técnicos, reformas ou outros fatores, devem estar devidamente documentados e justificados; e

(iii) a contagem de leitos-dia indisponíveis deve ser subtraída da previsão total apenas nos casos de interrupção previamente comunicada e justificada.

O VERIFICADOR INDEPENDENTE poderá solicitar:

(i) a planilha com a previsão diária de leitos operacionais;

(ii) as justificativas para as interdições parciais ou totais;

(iii) os registros de manutenção corretiva e preventiva; e

(iv) os relatórios de ocupação e indisponibilidade.

Esse indicador é crucial para a garantia de acesso ao cuidado hospitalar e tem reflexos diretos sobre o desempenho da unidade, tempo de espera e eficiência assistencial.

7.4. A4: Taxa de Disponibilização dos Serviços de SADT

Indicador:	Taxa de Disponibilização dos Serviços de SADT

Descrição do Indicador:

Este indicador mede a proporção de serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) efetivamente disponibilizados em relação ao total de serviços previstos para um determinado período. Esse indicador é essencial para avaliar a capacidade do hospital em garantir a oferta contínua de exames, diagnósticos e procedimentos terapêuticos.

A4:	Taxa de Disponibilização dos Serviços de SADT	Pontuação máxima:	10
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS), agenda de exames e terapias, sistema de controle de produção de SADT, relatórios de operação e registros administrativos.

Fórmula:

(Total dos Serviços Disponibilizados para período/Total dos Serviços Pactuados para o período) x 100

Performance	Pontos
≥ 99,1%	10
de 94,1% a ≤ 99%	6
≤ 94%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) consideram-se serviços disponibilizados aqueles efetivamente ofertados à população conforme cronograma, com estrutura física, equipamentos e recursos humanos disponíveis;

(ii) os serviços de SADT abrangem exames/procedimentos Hemodinâmica, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Endoscopia e Colonoscopia, Análises Clínicas, Raio X, Fisioterapia, entre outros previstos no contrato; e

(iii) a indisponibilidade de qualquer serviço deverá ser formalmente justificada e acompanhada de plano de contingência ou reposição.

O VERIFICADOR INDEPENDENTE poderá solicitar:

(i) o cronograma mensal de oferta de serviços de SADT;

(ii) os relatórios de indisponibilidades, faltas de insumo, ou ausência de profissionais; e

(iii) os documentos comprobatórios de funcionamento dos setores.

Esse indicador é essencial para garantir resolutividade, celeridade nos diagnósticos e efetividade terapêutica no atendimento ao usuário.

7.5. A5: Taxa de Disponibilização do Serviço de Hemodinâmica

Indicador:	Taxa de Disponibilização do Serviço de Hemodinâmica

Descrição do Indicador:

Este indicador mede a proporção de tempo em que o serviço de Hemodinâmica esteve efetivamente disponível para atendimento, em relação ao total de tempo previsto para funcionamento em determinado período. O objetivo é avaliar a capacidade do hospital em garantir a oferta contínua e regular de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica, essenciais para o manejo de condições cardiovasculares e neurovasculares críticas. Trata-se de um parâmetro fundamental para assegurar a resolutividade da atenção especializada e a aderência às diretrizes de cuidado de alta complexidade

A5:	Taxa de Disponibilização do Serviço de Hemodinâmica	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS), agenda de exames e terapias, sistema de controle de produção de SADT, relatórios de operação e registros administrativos.

Fórmula:	Performance	Pontos
(Total de Horas Disponibilizados para período / Total de Horas Pactuados para o período) x 100	> 96%	8
	≤ 96%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) considera-se o serviço de Hemodinâmica devidamente disponibilizado quando ofertado de forma contínua, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, médico neuroendovascular de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas, com equipe assistencial e equipamentos em pleno funcionamento e estrutura física apropriada para a realização dos procedimentos;

(ii) a meta de produção é de 240 (duzentos e quarenta) atendimentos mensais, abrangendo tanto exames e procedimentos eletivos (ADT externo) quanto de urgência e emergência (SADT interno), conforme pactuado contratualmente; e

(iii) qualquer interrupção, suspensão ou indisponibilidade do serviço deverá ser devidamente registrada, formalmente justificada e acompanhada de plano de contingência ou de reposição, excetuando-se as paralisações previamente acordadas e programadas no Plano de Manutenção Preventiva, as quais serão consideradas como período regular de funcionamento da unidade. Para fins deste instrumento, caracterizam-se como interrupções apenas as ocorrências abruptas ou não autorizadas previamente pelo Poder Concedente ou pelo Verificador Independente..

O VERIFICADOR INDEPENDENTE poderá solicitar:

(i) escalas de plantão e sobreaviso da equipe médica e técnica de Hemodinâmica;

(ii) relatórios mensais de atendimentos realizados e de eventuais interrupções do serviço;

(iii) cronograma operacional e demonstrativos de uso da sala de Hemodinâmica; (iv) documentação que comprove a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; e (v) registros administrativos e de faturamento compatíveis com a meta pactuada.
Este indicador é essencial para garantir a continuidade do cuidado a pacientes com condições cardiovasculares e neurovasculares críticas, assegurando acesso oportuno a procedimentos de alta complexidade e impacto clínico.

7.6. A6: Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica);

Indicador:	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica)

Descrição do Indicador:

O Indicador de Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos Médico-Hospitalares vai mensurar o percentual de manutenções preditivas e preventivas realizadas em relação ao total planejado para um determinado período, garantindo a operacionalidade e segurança dos equipamentos médico-hospitalares.

A6:	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva dos Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica)	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema Informatizado de Gestão de Manutenção de Equipamentos e documentos validados pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE.

Fórmula:

Total de Manutenções Preditiva e Preventiva realizadas do Período / Total de Manutenção Preventivas e Preditivas Agendadas para Período

Performance	Pontos
≥ 95%	8
de 80,1% a < 95%	4
≤ 80%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) o plano de manutenção deverá ser previamente aprovado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE e atualizado conforme a criticidade dos equipamentos, as recomendações do fabricante e a legislação vigente. Todos os equipamentos depreciáveis deverão conter QR Code afixado de forma visível, possibilitando o acompanhamento por sistema informatizado de manutenção, bem como o controle e rastreabilidade pela gestão patrimonial do bem; e

(ii) serão consideradas válidas apenas manutenções registradas em sistema, com evidências de execução. Manutenções em atraso, não realizadas ou com justificativa não aceita poderão implicar em penalizações.

O VERIFICADOR INDEPENDENTE analisará os dados e validará os percentuais com base nos registros sistematizados e planos oficiais aprovados.

Este indicador é fundamental para assegurar a continuidade da operação assistencial com qualidade e segurança, além de evitar riscos operacionais decorrentes da indisponibilidade ou falhas em equipamentos médicos essenciais.

7.7. A7: Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva da Infraestrutura Predial (Manutenção Predial)

Indicador:	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva da Infraestrutura Predial (Manutenção Predial)

Descrição do Indicador:

Este indicador mede a eficácia na execução das manutenções preditivas e preventivas da infraestrutura predial do HOSPITAL, conforme o plano estabelecido. Ele avalia se as atividades programadas para garantir a conservação e o bom funcionamento das instalações hospitalares foram devidamente realizadas dentro do período previsto.

A7:	Taxa de Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva da Infraestrutura Predial (Manutenção Predial)	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema Informatizado de Manutenção Predial, relatórios técnicos das manutenções realizadas e plano aprovado previamente pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE.

Fórmula:

Total de Manutenções Preditiva e Preventiva realizadas do Período / Total de Manutenção Preventivas e Preditivas Agendadas para Período

Performance	Pontos
≥ 95%	8
de 80,1% a < 95%	4
≤ 80%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) o plano de manutenção predial deve estar aprovado pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE e contemplar todos os sistemas críticos da edificação (estrutural, hidráulico, elétrico, climatização, elevadores, plano de prevenção contra incêndio (PPCI), entre outros);

(ii) todos os equipamentos depreciáveis deverão conter QR Code afixado de forma visível, possibilitando o acompanhamento por sistema informatizado de manutenção, bem como o controle e rastreabilidade pela gestão patrimonial do bem; e

(iii) os registros das manutenções, todas em sistema informatizado, devem indicar datas, responsáveis técnicos, descrição do serviço e conformidade com o plano previsto. O PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle) deverá, por força da Lei nº 7.256/2021 e suas alterações, contemplar a realização obrigatória de duas certificações anuais da qualidade do ar interior, com emissão de laudos técnicos que comprovem a conformidade com os parâmetros sanitários e de segurança estabelecidos.

O VERIFICADOR INDEPENDENTE analisará a aderência dos serviços executados ao cronograma aprovado, a documentação comprobatória e eventuais justificativas de desvios.

Esse indicador garante a sustentabilidade da operação hospitalar ao manter a infraestrutura em condições ideais de segurança, conforto e funcionalidade, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada e na experiência dos usuários.

8. DESCRITIVO DOS INDICADORES DO ÍNDICE DE QUALIDADE ASSISTENCIAL EFETIVA (C)

8.1. C1: Média de Permanência

Indicador:	Média de Permanência		
Descrição do Indicador:			
A Média de Permanência é um indicador que mede a duração média das internações hospitalares, ajudando a avaliar a eficiência no uso dos leitos e a qualidade do atendimento.			
C1	Média de Permanência	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	
Periodicidade:	Mensal		
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros oficiais de saídas		

Fórmula:	Performance	Pontos
Pacientes-dia / Saídas hospitalares	Leitos cirúrgicos: ≤ 4,7 dias	2
	Leitos clínicos gerais: ≤ 7,7 dias	2
	Leitos UTI: ≤ 10 dias	2

Observações:

Critérios de Verificação:

Cada critério de performance atingido (leitos cirúrgicos, leitos clínicos gerais, leitos UTI adulto e infantil) soma dos pontos, sendo a pontuação do indicador acumulativa até o máximo de 6 (seis) pontos.
Apuração realizada pelo verificador independente com base nos dados do HIS. Devem ser considerados somente os períodos completos de internação e excluídas as internações atípicas (ex: óbitos precoces) que possam distorcer a média. A verificação pode incluir auditoria amostral para validar consistência entre prontuário, sistema e relatórios de produção.

8.2. C2: Índice de Renovação de Leitos

Indicador:	Índice de Renovação de Leitos

Descrição do Indicador:

Este indicador avalia a rotatividade dos leitos hospitalares. Ele reflete a eficiência na utilização da estrutura assistencial disponível, permitindo analisar o volume de internações em relação à capacidade instalada e orientar ações de gestão para otimização do uso dos leitos.

C2	Índice de Renovação de Leitos	Pontuação máxima:	10
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros oficiais de saídas

Fórmula:

Total de Saídas / Número de Leitos Operacionais

Performance	Pontos
> 4,4	10
> 3,9 a ≤ 4,4	6
≤ 3,9	0

Observações

Critérios de Verificação:

A apuração será realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros extraídos do sistema de gestão hospitalar (HIS), considerando o número total de saídas hospitalares no período (altas, óbitos e transferências) e o número de leitos operacionais oficialmente informados e em uso contínuo no mesmo intervalo de apuração. Devem ser incluídas no cômputo todas as saídas de pacientes internados em leitos assistenciais regulares (clínicos, cirúrgicos, obstétricos, UTI, hospital-dia, etc.), desde que não sejam leitos de isolamento estrutural fora de operação ou leitos desativados temporariamente por motivos técnicos, reforma ou restrição regulatória.

A contagem dos leitos operacionais deve considerar aqueles efetivamente disponíveis para uso assistencial contínuo, com equipes alocadas, infraestrutura funcional e inseridos na rotina de atendimento hospitalar.

A consistência das informações será verificada por meio de:

(i) cruzamento com dados de ocupação e produção hospitalar;

(ii) declarações oficiais de leitos operacionais ativos; e

(iii) relatórios de entrada e saída de pacientes

8.3. C3: Tempo Ambulatório/Cirurgia

Indicador:	Tempo Ambulatório/Cirurgia

Descrição do Indicador:

Analisa o tempo de espera entre consulta ambulatorial e cirurgia eletiva, contribuindo para a eficiência do atendimento.

C3	Tempo Ambulatório/Cirurgia	Pontuação máxima:	10
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros da agenda cirúrgica

Fórmula:

Total de dias decorridos entre o atendimento na consulta e a realização do procedimento eletivo / N.º de pacientes internados para cirurgias eletivas

Performance	Pontos
Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a internação para cirurgia eletiva ≤ 40 dias	10
Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a internação para cirurgia eletiva ≤ 60 dias	6
Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a internação para cirurgia eletiva > 61 dias a ≤ 80 dias	4
Tempo médio de espera entre a consulta de avaliação cirúrgica e a internação para cirurgia eletiva ≥ 81 dias	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A pontuação deste indicador não é acumulativa, sendo atribuída conforme a faixa de desempenho atingida, com nota máxima de 10 (dez) pontos. Apuração realizada pelo verificador independente com base na data da consulta ambulatorial de avaliação cirúrgica e na data da internação para o procedimento eletivo. Serão considerados apenas os casos com atendimento ambulatorial do HOSPITAL, com datas registradas no sistema hospitalar.

O objetivo é incentivar a fluidez do fluxo cirúrgico e reduzir a fila de espera regulada, em consonância com a priorização das especialidades definidas para o hospital.

8.4. C4: Taxa de Regulação Geral

Indicador:	Taxa de Regulação Geral		
Descrição do Indicador:			
Mede a porcentagem de internações, consultas especializadas e SADT externos regulados pela Central de Internação em relação ao total de produção do período com o objetivo de garantir que a alocação de leitos seja eficaz e organizada.			
C4	Taxa de Regulação Geral	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	
Periodicidade	Mensal		
Fonte de Dados:	Sistema de Regulação Estadual e ou Nacional (GERCON, Gerint, SISREG ou similar), prontuários eletrônicos, sistema de gestão hospitalar (HIS)		

Fórmula:	Performance	Pontos
Quantidade de Produção realizada reguladas / Quantidade de Meta de Produção	Disponibilizar 100% dos leitos pactuados para a Central de Regulação de Internações	6

Observações:

Critérios de Verificação:

(i) verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos relatórios da Central de Regulação e no cruzamento com a base de dados de produção do HOSPITAL.

(ii) o HOSPITAL deverá disponibilizar 100% (cem por cento) de sua capacidade de internação, consultas especializadas e SADT à Central de Regulação de Internações, inclusive para leitos de UTI, cirúrgicos e clínicos, sem reservas diretas ou paralelas fora do sistema.

(iii) o indicador reforça o compromisso com o modelo referenciado e regulado, garante o controle da fila única, e previne distorções no acesso aos serviços, sendo essencial para a justiça distributiva e para o cumprimento das diretrizes do SUS.

Internações diretas sem prévia regulação não serão permitidas, em situações excepcionais de urgência imediata, como:

(i) Pacientes que apresentem mal súbito nas imediações ou entrada do HOSPITAL;

(ii) acompanhantes em atendimento ambulatorial que necessitem de internação de emergência;

(iii) colaboradores da unidade que requeiram estabilização clínica urgente;

(iv) a internação poderá ser realizada diretamente, desde que a solicitação seja imediatamente cadastrada na Central de Regulação, garantindo o cumprimento de todos os trâmites de autorização institucional.

Caso a autorização não seja obtida de forma imediata por motivos operacionais, como indisponibilidade temporária do sistema ou incompatibilidade no tempo de resposta da regulação, a solicitação deverá conter todas as informações clínicas e administrativas

necessárias, de forma completa e documentada, para que a Central de Regulação possa validar a autorização em tempo hábil.

Esses casos excepcionais não devem comprometer o cumprimento do indicador, desde que sejam devidamente justificados, auditáveis e autorizados retroativamente conforme as prerrogativas da regulação estadual.

8.5. C5: Taxa de Glosa Global

Indicador:	Taxa de Glosa Global

Descrição do Indicador:

Avalia a frequência de suspensão de cirurgias programadas, auxiliando na identificação de problemas operacionais.

C5	Taxa de Glosa Global	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e agenda cirúrgica do SISREG

Fórmula:

Taxa de Glosa Global = Número de contas assistenciais glosadas no período / Número total de contas assistenciais faturadas no período

Performance	Pontos
≤ 5%	6
> 5%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A apuração será realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros do sistema de gestão hospitalar (HIS), nos relatórios de faturamento, nos demonstrativos de glosas emitidos pelo ente contratante e na documentação de justificativas apresentadas pela concessionária.

Serão consideradas para o cálculo todas as glosas assistenciais efetivamente aplicadas sobre os atendimentos realizados, abrangendo os serviços de pronto atendimento, internações, consultas especializadas e procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

As glosas podem ser originadas por erros ou falhas nas etapas de produção, registro, codificação, prescrição, execução, auditoria ou faturamento de serviços, especialmente quando decorrentes de:

(i) ausência ou inconsistência de dados clínicos ou administrativos;

(ii) falta de documentos comprobatórios ou registros obrigatórios em prontuário;

(iii) descumprimento de diretrizes contratuais, protocolos clínicos ou critérios de elegibilidade;

(iv) duplicidade ou cobrança indevida de serviços; e

(v) inexecução total ou parcial do procedimento faturado.

Glosas originadas por fatores externos ou excludentes de responsabilidade da concessionária, desde que formalmente justificadas e documentadas, poderão ser excluídas do cálculo mediante validação pelo Verificador Independente.

8.6. C6: Taxa de Intervenções em Hemodinâmica

Indicador:	Taxa de Intervenções em Hemodinâmica

Descrição do Indicador:

Avalia a proporção de procedimentos terapêuticos realizados no setor de Hemodinâmica em relação ao total de procedimentos realizados (diagnósticos e terapêuticos). O objetivo é garantir que, ao menos, 62% (sessenta e dois por cento) das atividades realizadas na Hemodinâmica sejam de caráter terapêutico, refletindo o uso qualificado e resolutivo da tecnologia para intervenções efetivas nos pacientes atendidos

C6	Taxa de Intervenções em Hemodinâmica	Pontuação máxima:	4
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e agenda cirúrgica do SISREG

Fórmula:	Performance	Pontos
Taxa de Intervenções em Hemodinâmica	≥ 62%	4
	≥ 40% a < 62%	2
	< 40%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A apuração será realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros do sistema de gestão hospitalar (HIS), nos relatórios do setor de Hemodinâmica e nos demonstrativos de produção assistencial.

Serão consideradas, para o cálculo, todas as intervenções realizadas no setor de Hemodinâmica no período de referência, sendo classificadas em diagnósticas e terapêuticas de acordo com a natureza do procedimento executado.

O indicador será aferido com base na proporção de procedimentos terapêuticos em relação ao total de procedimentos realizados, com o objetivo de monitorar o perfil assistencial da unidade, incentivar a resolutividade clínica e a utilização qualificada da estrutura tecnológica disponível.

Exames diagnósticos realizados na Hemodinâmica que, no mesmo episódio assistencial ou em continuidade clínica direta, evoluírem para procedimento terapêutico, poderão ser computados de forma cumulativa, desde que devidamente indicados, registrados e autorizados

Nesses casos: (i) o exame diagnóstico poderá ser computado como procedimento ambulatorial (APAC específica ou instrumento equivalente vigente); e (ii) o procedimento terapêutico subsequente poderá ser computado de forma independente, como produção assistencial distinta.

Procedimentos lançados de forma indevida ou inconsistentes com o protocolo clínico deverão ser desconsiderados da base de cálculo, mediante validação técnica e auditoria pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE.

8.7. C7: Tempo de Resposta de Tomografia para Suspeita de AVC

Indicador:	Tempo de Resposta de Tomografia para Suspeita de AVC

Descrição do Indicador:

Avalia o tempo decorrido entre o registro da suspeita clínica de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a realização da tomografia craniana, parâmetro essencial para diagnóstico rápido e definição da conduta terapêutica. O indicador busca mensurar a efetividade da resposta hospitalar frente a emergências neurológicas, promovendo maior agilidade no fluxo assistencial e contribuindo para a redução de sequelas e mortalidade associadas ao AVC.

C7	Tempo de Resposta de Tomografia para Suspeita de AVC	Pontuação máxima:	2
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e agenda cirúrgica do SISREG

Fórmula:

$$Tempo\ Médio\ = \frac{\sum(Tempo\ de\ Resposta\ de\ Tomogradia\ para\ suspeita\ de\ AVC)}{Total\ de\ Tomofrafias\ para\ suspeita\ de\ AVC\ no\ período}$$

Performance	Nota
≤ 120 minutos	2
> 120 minutos	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A apuração será realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros do sistema de gestão hospitalar (HIS), prontuário eletrônico do paciente, protocolo de atendimento a AVC e nos relatórios de produção do serviço de diagnóstico por imagem. Serão considerados para o cálculo os casos de pacientes com suspeita clínica documentada de AVC, regulados para atendimento no hospital, em que tenha sido solicitada tomografia de crânio como parte do protocolo diagnóstico. O tempo será contabilizado a partir do registro de entrada do paciente na unidade hospitalar até a disponibilização da imagem da tomografia de crânio.

Casos excluídos:

Situações em que o atraso seja decorrente de fatores externos justificados e documentados (ex: instabilidade clínica do paciente, necessidade de exames laboratoriais prévios, falhas sistêmicas não atribuíveis à concessionária).

Solicitações indevidas ou reclassificadas clinicamente como não sugestivas de AVC.

O objetivo é garantir resposta diagnóstica em tempo hábil, assegurando agilidade na condução dos casos de AVC e ampliando as chances de sucesso terapêutico, mesmo dentro do modelo de acesso regulado.

8.8. C8: Tempo de Realização de Cirurgias na Emergência

Indicador:	Tempo para Realização de Cirurgias de Emergência

Descrição do Indicador:

Avalia a agilidade na resposta cirúrgica a pacientes em emergência, contribuindo para a efetividade do cuidado em casos críticos e a redução de riscos decorrentes de atrasos operacionais.

C8	Tempo para Realização de Cirurgias de Emergência	Pontuação máxima:	4
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade:	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e agenda cirúrgica do SISREG

Fórmula:

$$Tempo\ para\ Cirurgia\ de\ Emergência_n = \sum_{i}^{n} \frac{Tempo\ entre\ a\ indicação\ cirugica\ e\ o\ início\ da\ cirurgia\ de\ emergência}{Tempo\ estabelecido\ no\ protocolo\ clínicos\ assistencial\ aplicável}$$

Depois

$$Tempo\ Médio\ para\ Realização\ de\ Cirurgias\ de\ Emergência = \sum \frac{(Tempo\ para\ Cirurgia\ de\ Emergência_n)}{Número\ total\ de\ cirurgias\ de\ emergência\ realizadas\ no\ período}$$

Performance	Pontos
Média de tempo para realização de cirurgias de emergência dentro do tempo estabelecido nos protocolos clínicos assistenciais aplicáveis ao tipo de urgência: Tempo Médio para Realização de Cirurgias de Emergência ≤ 1,00	4
Acima do tempo previsto nos protocolos clínicos: Tempo Médio para Realização de Cirurgias de Emergência > 1,00	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A apuração será realizada pelo Verificador Independente com base nos registros do HIS, prontuário eletrônico, solicitações cirúrgicas e relatórios do centro cirúrgico.

Serão incluídos apenas casos cuja indicação cirúrgica formal esteja registrada por protocolo, prescrição médica ou parecer cirúrgico.

O tempo será contabilizado do registro oficial da indicação cirúrgica até o registro de início do ato cirúrgico.

Situações cujo atraso seja exclusivamente decorrente de condições clínicas do paciente, instabilidade hemodinâmica que impeça o ato cirúrgico imediato, necessidade de exames emergenciais ou decisões médicas justificadas não serão contabilizadas como não conformidade.

A avaliação considerará exclusivamente o cumprimento dos tempos definidos pelos protocolos de emergência vigentes, refletindo a prática clínica recomendada para cada cenário.

Serão excluídas do cômputo as situações em que o atraso for justificado por fatores clínicos não atribuíveis à CONCESSIONÁRIA (como instabilidade hemodinâmica do paciente que impeça o ato

cirúrgico imediato), bem como casos com impedimentos documentados por decisão médica devidamente registrada.

8.9. C9: Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas

Indicador:	Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas

Descrição do Indicador:

Avalia a frequência de suspensão de cirurgias programadas, auxiliando na identificação de problemas operacionais.

C9	Taxa de Suspensão de Cirurgias Eletivas	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e agenda cirúrgica do SISREG

Fórmula:

Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas suspensas/Total de cirurgias eletivas autorizadas e agendadas

Performance	Pontos
≤ 2,5%	6
>2,5%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Apuração realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base na agenda cirúrgica oficial e nos registros do HIS. Serão consideradas para o cálculo as suspensões de cirurgias eletivas efetivamente autorizadas e agendadas, com ênfase naquelas cujas causas esteja associada à responsabilidade da concessionária, como falhas de planejamento, ausência de equipe, indisponibilidade de materiais, infraestrutura ou leitos. Suspensões por motivos atribuíveis ao paciente (ex: ausência, desistência, fora do jejum) ou por intercorrência clínica justificada deverão ser registradas e excluídas do cômputo. O objetivo é monitorar e reduzir a incidência de cancelamentos evitáveis, incentivando uma gestão cirúrgica eficiente, previsível e comprometida com o cumprimento das agendas pactuadas.

8.10. C10: Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)

Indicador:	Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)

Descrição do Indicador:

Mede a qualidade da alta hospitalar e continuidade do cuidado ao avaliar a reincidência de internações dentro de um mês.

C10	Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Mede a qualidade da alta hospitalar e continuidade do cuidado ao avaliar a reincidência de internações dentro de um mês.

Fórmula:

Total de pacientes readmitidos em até 29 (vinte e nove) dias após a alta hospitalar / Total de pacientes que receberam alta hospitalar no período

Performance	Pontos
≤ 15%	6
>15%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base em dados do HIS e relatórios de internação. Serão consideradas para o indicador as readmissões com o mesmo CID ou relacionadas ao episódio anterior, excetuando-se casos de evolução natural da doença ou intercorrências não controláveis. O objetivo é identificar falhas assistenciais, como alta precoce, cuidados inadequados ou ausência de seguimento ambulatorial. Readmissões justificadas por nova indicação clínica, situações de urgência ou novo diagnóstico não relacionado deverão ser excluídas da análise. A redução desse índice está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada e à continuidade do cuidado.

8.11. C11: Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)

Indicador:	Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)

Descrição do Indicador:

Avalia a efetividade da alta da UTI ao medir o percentual de pacientes que necessitam de reinternamento rápido.

C11	Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	Pontuação máxima:	6
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros clínicos da UTI

Fórmula:

Total de pacientes readmitidos na UTI em até 48 horas após a alta da UTI / Total de pacientes que receberam alta da UTI no período

Performance	Pontos
≤ 7%	6
>7%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Análise realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos dados de alta e reinternação na UTI. O indicador contempla pacientes que retornam à UTI em até 48 (quarenta e oito) horas após a alta, sendo considerado um possível marcador de falha na avaliação da estabilidade clínica no momento da alta. A taxa busca incentivar uma gestão clínica criteriosa e segura nas decisões de transferência da UTI para unidades de menor complexidade. Caso o hospital conquiste e mantenha ativa uma certificação de excelência específica para Unidades de Terapia Intensiva, como:

(i) UTI Top Performer, concedida pela AMIB e Epimed no âmbito do projeto UTIs Brasileiras, ou Certificação UTI Eficiente, vinculada a indicadores clínicos e de gestão padronizados nacionalmente.

O indicador será considerado integralmente cumprido enquanto a certificação estiver vigente, desde que:

(i) a certificação esteja expressamente vinculada à UTI do HOSPITAL;

(ii) a unidade certificada seja a mesma submetida à avaliação do contrato de concessão; e

(iii) o HOSPITAL mantenha disponíveis para o VERIFICADOR INDEPENDENTE os relatórios que comprovem a obtenção, vigência e os critérios técnicos atendidos pela certificação.

Essa substituição temporária do indicador quantitativo está condicionada à manutenção válida e documentada da certificação, reconhecendo que os parâmetros exigidos para obtenção desses selos incluem a avaliação da taxa de readmissão em UTI e outros desfechos críticos assistenciais, dentro de uma lógica de qualidade contínua e benchmarking nacional.

8.12. C12: Taxa de Mortalidade Institucional

Indicador:	Taxa de Mortalidade Institucional

Descrição do Indicador:

Monitora as taxas de mortalidade institucional para aprimorar protocolos clínicos e reduzir riscos.

C12	Taxa de Mortalidade Institucional	Pontuação máxima:	2
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros de altas e reinternações

Fórmula:

Número de óbitos após 24 horas de internação / Total de saídas das unidades de internação

Performance	Pontos
≤ 2,5%	2
>2,5%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

A verificação será realizada por meio de avaliação documental conduzida pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, com base nas atas da Comissão de Análise de Mortalidade do HOSPITAL.

Deverão ser atendidos obrigatoriamente os seguintes critérios:

(i) análise de 100% (cem por cento) dos óbitos institucionais ocorridos após 24 (vinte e quatro) horas de internação, no período de apuração do indicador;

(ii) apresentação das atas da Comissão de Mortalidade, contendo a descrição das causas dos óbitos e a avaliação técnica do corpo clínico; e

(iii) elaboração e disponibilização de plano de ação, sempre que forem identificadas falhas assistenciais, visando à mitigação de riscos e à melhoria contínua da qualidade do cuidado.

A ausência das atas, a análise incompleta ou a inexistência de plano de ação quando aplicável será considerada inadimplência do indicador, impactando negativamente na apuração do desempenho.

8.13. C13: Taxa de Infecção Hospitalar Geral

Indicador:	Taxa de Infecção Hospitalar Geral

Descrição do Indicador:

Mede a proporção de pacientes que desenvolvem infecções adquiridas durante a internação hospitalar, em relação ao total de pacientes internados. O indicador visa monitorar a qualidade da assistência prestada e a eficácia das práticas de prevenção e controle de infecções, contribuindo para a segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos assistenciais.

C13	Taxa de Infecção Hospitalar Geral	Pontuação máxima:	3
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sistema de notificação interna e registros do HIS

Fórmula:

Número de infecções hospitalares / total saídas

Performance	Pontos
≤ 5%	3
>5%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Apuração realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos relatórios da CCIH, considerando os critérios diagnósticos padronizados pela ANVISA. Incluem-se infecções adquiridas após a admissão do paciente e não presentes ou incubadas no momento da internação. O número total de saídas corresponde à soma de altas, óbitos e transferências no período. A meta visa garantir práticas seguras de assistência, higiene das mãos, controle de antimicrobianos e barreiras técnicas adequadas em todos os setores da unidade hospitalar. Os dados devem ser auditáveis e estar respaldados por ficha de notificação e investigação clínica.

8.14. C14: Densidade de Pneumonia associada a Ventilação Mecânica (PAVM)

Indicador:	Densidade de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)

Descrição do Indicador:

Mede a incidência de casos de pneumonia em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, em relação ao total de pacientes ventilados. O indicador tem como objetivo avaliar a eficácia das práticas de prevenção de infecções respiratórias associadas à ventilação, contribuindo para a segurança do paciente e o aprimoramento dos protocolos de cuidado intensivo.

C14	Densidade de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)	Pontuação máxima:	3
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sistema de notificação interna e registros do HIS

Fórmula:	Performance	Pontos
Número de casos de PAVM / Total de dias em VM	Densidade de pneumonia associada à ventilação mecânica VM ≤ 10	3

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos dados da CCIH e registros clínicos da UTI. Devem ser utilizados os critérios diagnósticos padronizados pela ANVISA e MINISTÉRIO DA SAÚDE para caracterização da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). O número de dias de VM deve ser rigorosamente registrado. Este indicador é sensível à qualidade da assistência prestada ao paciente crítico e à adesão aos protocolos de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), como aspiração fechada, posicionamento do paciente, higiene oral com clorexidina e interrupção diária da sedação. Valores acima da meta exigem plano de ação e revisão de condutas assistenciais. A apuração desse indicador é realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, com base nos relatórios da CCIH, considerando os critérios diagnósticos padronizados pela ANVISA. São incluídas infecções adquiridas após a admissão do paciente e não presentes ou incubadas no momento da internação, conforme definição técnica.

Além das saídas hospitalares, também são contabilizados procedimentos ambulatoriais invasivos com risco de infecção associada à assistência, como:

(i) endoscopia digestiva alta; e

(ii) colonoscopia.

Nesses casos, o controle será feito por meio de notificações padronizadas, ficha de investigação clínica e registros auditáveis, mesmo quando o paciente não permanece internado. A inclusão desses procedimentos visa reforçar a responsabilidade técnica da instituição sobre o controle de infecção em todos os pontos de cuidado, promovendo segurança assistencial e rastreabilidade epidemiológica.

Essa abordagem amplia a efetividade do indicador ao abranger eventos adversos em ambientes ambulatoriais complexos, alinhando-se às melhores práticas de vigilância e controle de infecção.

8.15. C15: Taxa de Infecção em Cirurgia Limpa (ISC)

Indicador:	Taxa de Infecção em Cirurgias Limpas (ISC)

Descrição do Indicador:

Mede a ocorrência de infecções em procedimentos cirúrgicos classificados como limpos, ou seja, aqueles sem contaminação aparente e sem abertura de tratos colonizados (cirurgias eletivas). O indicador tem como objetivo avaliar a qualidade da assepsia, da técnica cirúrgica e das condições do ambiente cirúrgico, contribuindo para a segurança do paciente e a eficácia do controle de infecções.

C15	Taxa de Infecção em Cirurgias Limpas (ISC)	Pontuação máxima:	2
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sistema de notificação interna e registros do HIS

Fórmula:

Número de ISC em cirurgias limpas / Número de cirurgias limpas realizadas

Performance	Pontos
≤ 2%	2
> 2%	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base em registros da CCIH e relatórios de produção cirúrgica. São consideradas cirurgias limpas aquelas em que não há inflamação, contaminação ou abertura de tratos (digestivo, urinário ou respiratório), conforme classificação do procedimento cirúrgico. As ISC devem ser registradas conforme critérios diagnósticos da ANVISA e MINISTÉRIO DA SAÚDE, incluindo manifestações locais ou sistêmicas até 30 (trinta) dias após o procedimento. O controle efetivo desse indicador demonstra a qualidade da assepsia cirúrgica, preparo pré-operatório, técnica cirúrgica e cuidado no pós-operatório imediato. Além das cirurgias classificadas como “limpas”, são também considerados procedimentos invasivos ambulatoriais com potencial de infecção no sítio de punção ou incisão, como:

(i) procedimentos diagnósticos realizados em salas de Hemodinâmica; e

(ii) outros procedimentos definidos pela CCIH como de risco compatível com cirurgias limpas.

Nesses casos, mesmo sem internação formal, o evento infeccioso é relacionado à assistência e de responsabilidade institucional, devendo ser registrado, monitorado e incluído na análise do indicador. Isso garante uma avaliação mais abrangente da segurança do paciente em procedimentos invasivos realizados tanto em ambiente cirúrgico quanto ambulatorial.

8.16. C16: Incidência de Queda do Paciente

Indicador:	Incidência de Queda do Paciente

Descrição do Indicador:

Mede a frequência de quedas de pacientes durante o período de internação hospitalar, com ou sem danos associados. O indicador busca avaliar a efetividade das medidas de prevenção de quedas adotadas pela instituição, promovendo a segurança do paciente e a melhoria contínua das práticas assistenciais.

C16	Incidência de Queda do Paciente	Pontuação máxima:	3
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Registros de notificação de eventos adversos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sistema de notificação interna e registros do HIS

Fórmula:

(Número de quedas / Número de pacientes-dia) x 1.000

Performance	Pontos
≤ 1,00 ‰	3
> 1,00 ‰	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros de ocorrências, notificações internas e relatórios da equipe assistencial. Serão consideradas as quedas de pacientes ocorridas durante a permanência hospitalar, com ou sem lesão, independentemente do turno ou local. O indicador está diretamente relacionado à gestão de riscos e à aplicação de protocolos de prevenção de quedas (avaliação de risco na admissão, sinalização de leitos, uso de grades laterais, calçados adequados, vigilância ativa). A reincidência ou subnotificação será considerada falha grave de segurança. A apuração deve ser auditável e orientada por boas práticas de prevenção de eventos adversos. A verificação é realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base nos registros de ocorrências, notificações internas e relatórios da equipe assistencial. São consideradas todas as quedas de pacientes ocorridas durante a permanência hospitalar, com ou sem lesão, independentemente do turno ou local, incluindo:

(i) leito hospitalar, durante movimentações não assistidas;

(ii) banheiros e áreas de higiene pessoal;

(iii) transferências entre setores ou equipamentos (maca, cadeira de rodas, mesa de exames);

(iv) procedimentos ambulatoriais ou de imagem com necessidade de posicionamento; e

(v) outras situações identificadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, conforme análise de risco e contexto assistencial.

O indicador está diretamente relacionado à gestão de riscos e à aplicação de protocolos preventivos, como a avaliação de risco na admissão, uso de grades laterais, sinalização de leitos, calçados adequados e vigilância ativa.

A reincidência ou subnotificação será considerada falha grave de segurança. A apuração deve ser auditável e orientada por boas práticas de prevenção de eventos adversos, com participação ativa do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente na avaliação e resposta aos eventos.

8.17. C17: Incidência de Lesão por Pressão

Indicador:	Incidência de Lesão por Pressão

Descrição do Indicador:

Mede a ocorrência de lesão por pressão desenvolvidas durante o período de internação hospitalar, em pacientes previamente sem lesões. O indicador tem como objetivo avaliar a qualidade do cuidado com a pele e o manejo de pacientes com mobilidade reduzida, promovendo ações preventivas, segurança do paciente e boas práticas assistenciais.

C17	Incidência de Lesão por Pressão	Pontuação máxima:	3
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Registros de enfermagem, sistema de notificação de eventos adversos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sistema de notificação interna e registros do HIS, evolução clínica e protocolos de avaliação de risco (ex: Escala de Braden)

Fórmula:	Performance	Pontos
(Número de casos novos de pacientes com lesão por pressão no mês / Número de pessoas expostas ao risco de adquirir lesão por pressão no mês) x 1000	≤ 5 ‰	3
	> 5 ‰	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base em relatórios da equipe de enfermagem e notificações de Lesão por Pressão documentadas. Devem ser considerados apenas os casos adquiridos durante a internação (Lesão por pressão hospitalares), excluindo lesões pré-existentes. O número de pacientes expostos ao risco deve ser estimado com base na aplicação de escalas padronizadas de avaliação de risco. A meta incentiva a aplicação de medidas preventivas (reposição postural, hidratação, colchões especiais, cuidados com a pele e vigilância contínua). Incidência superior ao parâmetro requer plano de ação corretiva e revisão dos protocolos assistenciais. A apuração é realizada com base nos registros de enfermagem, notificações internas e relatórios clínicos auditáveis, considerando apenas os casos novos adquiridos durante a internação. São incluídos pacientes com mobilidade reduzida, uso prolongado de ventilação mecânica, sedação contínua, restrições físicas ou outros fatores de risco identificados pela equipe multiprofissional.

O indicador está diretamente associado à qualidade do cuidado, vigilância ativa e aplicação de medidas preventivas, como:

(i) reposicionamento frequente do paciente;

(ii) uso de colchões e dispositivos de alívio de pressão;

(iii) avaliação diária da integridade da pele;

(iv) higiene adequada e controle de umidade; e

(v) protocolos padronizados de prevenção e plano de cuidados individualizado.

A reincidência, a evolução para estágios avançados ou a subnotificação dos casos de Lesão por Pressão são consideradas falhas graves assistenciais. A análise do indicador deve envolver o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, assegurando o cumprimento das boas práticas de prevenção de eventos adversos relacionados à integridade da pele.

8.18. C18: Índice de Satisfação do Cliente Externo

Indicador:	Índice de Satisfação do Cliente Externo

Descrição do Indicador:

Avalia a percepção dos pacientes/acompanhantes sobre a qualidade do serviço hospitalar, influenciando melhorias no atendimento.

C18	Índice de Satisfação do Cliente Externo	Pontuação máxima:	8
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Relatório de Satisfação do Cliente

Fórmula:	Performance	Pontos
Total de respostas classificadas como "Satisfeito" e/ou "Muito Satisfeito" / Total de respostas coletadas na pesquisa de satisfação	> 85% de Satisfação do cliente externo (sendo mínimo de 30% de pacientes atendidos como respondentes das pesquisas mensais)	8

Observações:

Critérios de Verificação:

A coleta deve ser contínua e representar no mínimo 30% (trinta por cento) da amostra de pacientes atendidos mensalmente em diferentes serviços (internação, ambulatório, SADT). As perguntas da pesquisa devem abordar aspectos objetivos da experiência do usuário e adotar escala de respostas padrão (ex: Muito Satisfeito/Satisfeito/Indiferente/Insatisfeito/Muito Insatisfeito). A amostragem deve ser representativa e proporcional ao volume de atendimentos de cada serviço, garantindo a diversidade de perfis e situações assistenciais.

O instrumento de pesquisa deve conter perguntas objetivas, que avaliem aspectos relevantes da experiência do usuário, como:

(i) tempo de espera;

(ii) clareza das orientações recebidas;

(iii) cordialidade da equipe;

(iv) conforto e limpeza das instalações; e

(v) percepção de resolutividade e qualidade do atendimento.

Os dados devem ser registrados de forma rastreável (física ou digital) e estar disponíveis para verificação pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE, com tabulação clara, consolidação mensal e histórico comparativo.

A metodologia de aplicação da pesquisa deve garantir isenção, anonimato e ausência de indução, podendo ser realizada preferencialmente por meio de:

(i) entrevistas presenciais no momento da alta;

(ii) totens de avaliação eletrônica;

(iii) formulários digitais enviados por SMS, e-mail ou aplicativo; e

(iv) coleta ativa via equipe de qualidade com controle de amostragem.

8.19. C19: Taxa de Cumprimento de Cirurgias Eletivas

Indicador:	Taxa de Cumprimento de Cirurgia Eletivas
Descrição do Indicador:	

Este indicador avalia o percentual de cumprimento da meta mensal de cirurgias eletivas pactuadas, refletindo a efetividade da produção cirúrgica programada. Representa a capacidade da concessionária em manter a regularidade e previsibilidade dos atendimentos cirúrgicos.

C19	Taxa de Cumprimento de Cirurgia Eletivas	Pontuação máxima:	10
		Pontuação alcançada:	

Periodicidade	Mensal
Fonte de Dados:	Sistema de gestão hospitalar (HIS) e registros de altas e reinternações

Fórmula:

Número de Pacientes Cirúrgicos Eletivos para o período/Número de Saídas de Pacientes Cirúrgicos no período

Performance	Pontos
≥ 96 %	10
≥ 85% a < 96%	5
< 85 %	0

Observações:

Critérios de Verificação:

Verificação realizada pelo VERIFICADOR INDEPENDENTE com base na comparação entre o número de pacientes cirúrgicos eletivos realizados no período e o número pactuado de pacientes cirúrgicos eletivos para o mesmo período.

O HOSPITAL deverá manter sistema informatizado com registro consolidado dos agendamentos cirúrgicos, confirmação das realizações e eventualidades que justifiquem não realização (como recusas clínicas, ausências ou cancelamentos por motivo justificado).

A apuração deverá ser feita mensalmente, com base nos dados assistenciais extraídos do sistema de produção hospitalar e validados pela regulação.

A performance abaixo do patamar mínimo pactuado poderá ser considerada inadimplência contratual, salvo quando houver justificativas fundamentadas e aceitas pelo PODER CONCEDENTE.

O bom desempenho neste indicador evidencia a regularidade da produção cirúrgica e o cumprimento dos compromissos assistenciais do parceiro privado com a Rede SUS, contribuindo para a previsibilidade do cuidado ao paciente e a eficiência na gestão de recursos públicos.