



ANEXO TÉCNICO II
METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE
(SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO)

DA PARTE FIXA DO CONTRATO DE GESTÃO

1. METAS DE PRODUÇÃO

1.1. A Executora deverá informar mensalmente as Metas de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

1.1.1. As Metas de Produção devem ser enviadas ao Órgão Supervisor em relatórios e em arquivo eletrônico, até o dia 20 de cada mês.

1.1.2. São considerados como Metas de Produção (MP), determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

MP I – Atendimento às Urgências e Emergências

MP II – Assistência Hospitalar-Internação

MP III – Atendimento Ambulatorial

1.2. As Metas de Produção poderão ser reavaliadas e alteradas, semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão. As Metas constantes do Plano de Trabalho que compõe os Anexos I, II e III deste instrumento constituem obrigação contratual.

1.3. Para efeito de proporcionalidade em relação às despesas de custeio e cálculo de eventuais descontos correspondentes à realização das Metas de Produção é atribuída a seguinte proporção:

- a) 10% (dez por cento) – Atendimento às Urgências e Emergências;
- b) 70% (setenta por cento) – Atendimento Hospitalar-Internação;
- c) 20% (vinte por cento) – Atendimento Ambulatorial.

2. MP I – Atendimento às Urgências e Emergências

2.1. O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de 7.000 (sete mil) atendimentos/mês, observando a variação $\pm 15\%$.

2.1.1. A produção acima deve ser realizada, mensalmente, no mínimo, 85% da meta mensal



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



estipulada e avaliada seu cumprimento individualmente, por mês, para aferição da meta trimestral/semestral e cálculo de eventuais descontos, caso não seja atendido o percentual mínimo de 85% mensal.

2.2. O Atendimento às Urgências e Emergências será realizado no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital, em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, do tipo Porta Aberta, ou seja, atendendo usuários encaminhados pela Central de Regulação de Urgências do SAMU, pelas Centrais de Regulação do Estado e do Município e os que chegarem de forma espontânea.

ATENDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Meta/Mês
TOTAL	7.000

2.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das urgências e emergências.

2.3.1. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

2.3.2. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento às Urgências e Emergências.

3. MP II – Assistência Hospitalar-Internação

3.1. O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de 597 (quinhentos e noventa e sete) saídas hospitalares/mês, com variação de $\pm 15\%$;

3.1.2. A produção acima deve ser realizada, mensalmente, no mínimo, 85% da meta mensal estipulada em cada especialidade, respeitada cada área especificada no quadro de Metas de Produção em Média e Alta Complexidade, e avaliada seu cumprimento individualmente, por mês, para aferição da meta trimestral/semestral e cálculo de eventuais descontos, caso não seja atendido o percentual mínimo de 85% mensal.

3.2. O indicador de aferição será a SAÍDA HOSPITALAR comprovada através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio HOSPITAL, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (MS).



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



3.3. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o HOSPITAL, com a realização mensal de 597 (quinhentos e noventa e sete) AIHs, observando a variação $\pm 15\%$.

3.4. Deverá manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais, distribuídas as saídas hospitalares de acordo com a tabela a seguir, em blocos de especialidades, com Metas de Produção em Média e Alta Complexidade de AIHs.

INTERNAÇÃO (âmbito hospitalar)	
Áreas	Quantidade/Mês
Clínica Médica (média complexidade)	252
Cirurgia Pediátrica (geral)	96
Otorrino	80
Ortopedia	60
Outras Especialidades	20
Cirurgia Obstétrica (média complexidade)	3
Sub-Total	511
Cirurgias em Ortopedia (alta complexidade)	9
Neurocirurgia (alta complexidade)	10
Cirurgia Oncológica (alta complexidade)	5
Cirurgia Cardíaca (alta complexidade)	27
Outras Especialidades	15
Sub-Total	66
Psiquiatria	20
TOTAL	597

3.5. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

3.5.1. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

3.5.2. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados a SES para fins de verificação das atividades realizadas no atendimento às internações hospitalares.

4. MP III-Atendimento Ambulatorial

4.1. O HOSPITAL deverá realizar Meta de Produção mensal de 4.500 (quatro mil e quinhentos) atendimentos/mês, observando a variação $\pm 15\%$.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



4.1.1.A produção acima deve ser realizada, mensalmente, no mínimo, 85% da meta mensal estipulada e avaliado seu cumprimento individualmente, por mês, para aferição da meta trimestral/semestral e cálculo de eventuais descontos, caso não seja atendido o percentual mínimo de 85% mensal.

4.2.O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio HOSPITAL e usuários provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado e do Município para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o HOSPITAL, no limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.3. Serão consideradas as consultas médicas e as consultas por profissionais de nível superior não médico, nas áreas de: Enfermagem no Atendimento em Feridas, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

4.3.1. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Enfermagem para Atendimento em Feridas, Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoaudiologia e Nutrição, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como Consultas Subsequentes, desde que devidamente registrados em prontuário.

4.3.2. Atendimentos realizados pela Enfermagem, exceto Atendimento em Feridas, não serão considerados no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informados conforme as normas definidas pela SES/SC.

4.3.3. Atendimentos realizados pelo Serviço Social não serão consideradas no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela SES/SC.

4.4.Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente;

4.5. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Procedimentos Ambulatoriais de Quimioterapia que não requeiram hospitalização. Ficam excluídos desta Meta os procedimentos em quimioterapia que requeiram liberação de AIH.

ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	Meta/Mês
TOTAL	4.500



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



4.6O atendimento ambulatorial será de 4.500 (quatro mil e quinhentos) consultas/mês, nas seguintes especialidades: Cirurgia Pediátrica (geral), Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cardiologia, Alergologia/Imunologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrologia/Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Reumatologia, Pneumologia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Bucomaxiloe pacientes faltantes, devendo ser realizada, mensalmente, no mínimo, 85% da meta mensal estipulada.

4.6.1. AExecutoradeverá atender também demandas de especialidades não médicas, nas áreas de: Psicologia, Fonoaudiologia, Nutriçãoe Fisioterapia.

DA PARTE VARIÁVEL DO CONTRATO DE GESTÃO

5. INDICADORES DE QUALIDADE

5.1.AExecutoradeverá informar mensalmente os Indicadores de Qualidade (IQ), que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenhodo HOSPITAL.

5.1.1.Os IQ devem ser enviados em relatórios e em arquivo eletrônico, até odia 20(vinte) de cada mês aoÓrgão Supervisor.

5.2. Poderão ser reavaliados, ou seja, alterados ou introduzidos novos Indicadores de Qualidade,semestralmente, considerando que a complexidade dos Indicadores é crescente e gradual e em proporção direta ao tempo de funcionamento do HOSPITAL, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão. OsIndicadoresde Qualidadeconstantesdo Plano de Trabalho que compõe os Anexos I, II e III deste instrumentoconstituem obrigação contratual.

5.3.São considerados como Indicadores de Qualidade(IQ)determinantes do pagamento da parte variável, os seguintes critérios:

IQ I–Pesquisa de Satisfação do Usuário

IQ II–Apresentação deAutorização de Internação Hospitalar (AIH)

IQ III–Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar

IQ IV–Indicadores de Mortalidade Operatória



6. IQ I-Pesquisa de Satisfação do Usuário

6.16. A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) sobre o atendimento do HOSPITAL destina-se à avaliação da percepção de qualidade de serviço pelos pacientes e/ou acompanhantes.

6.1.1. Mensalmente deverá ser avaliada a PSU, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário-padrão, aplicado por equipe capacitada em pacientes ou acompanhantes de pacientes, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados. A tabela a seguir estabelece os grupos, o público-alvo da pesquisa e o quantitativo mínimo exigido para avaliação deste Indicador de Qualidade:

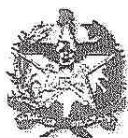
IQ I-Pesquisa de Satisfação do Usuário		
GRUPO	SETOR	Nº de PSU/mês
A	Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	100
B	Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	100
C	Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial	100
D	Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	100
TOTAL DE PSU POR MÊS		400
TOTAL DE PSU POR TRIMESTRE		1.200

6.2. A Meta a ser alcançada no Indicador de Qualidade I-Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) sobre o atendimento do HOSPITAL deverá obter o mínimo de 90% na percepção de satisfação geral dos usuários pesquisados como EXCELENTE/BOA.

6.3. A valoração deste indicador será de até 25% da parte variável do Contrato.

7. IQ II-Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

7.1. A Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar avalia a proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações ou saídas hospitalares.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



7.2.A Meta deste Indicador de Qualidade é atingir a proporcionalidade 1, ou seja, todas as AIHs deverão ser autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório e devem estar em acordo com as saídas hospitalares (nº de internações) em cada mês de competência.

IQ II – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	
Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AAIH)	AAIH / SH = 1
Saída Hospitalar (SH)	

7.2.1. Os dados devem ser enviados em arquivos eletrônicos, contendo exclusivamente AIH do mês de competência, livres de críticas e de reapresentações, em meio físico composto de relatório sintético das informações eletrônicas.

7.3. A valoração deste indicador será de até 25% da parte variável do Contrato.

8. IQ III – Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar

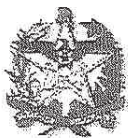
8.1. Os Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar (ICIH) têm por finalidade avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar.

8.2. A Executora deverá apresentar os seguintes ICIH a serem monitorados:

IQ III – Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar	
A	Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Neonatal
B	Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Pediátrica
C	Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Umbilical na UTI Neonatal
D	Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica
E	Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal
F	Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica

8.2.1. Definições dos Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar:

Os critérios adotados a seguir são os estabelecidos pelo *National Nosocomial Infection Surveillance System* (NNISS), que é a metodologia utilizada pelo *Center for Disease Control* (CDC) dos Estados Unidos da América.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADODO PLANEJAMENTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



8.2.1.1 Para registro, as infecções primárias da corrente sanguínea incluem as infecções confirmadas laboratorialmente e as sepses clínicas.

A–Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Neonatal: número de episódios de infecção hospitalar na UTI Neonatal no mês dividido pelo número de pacientes por dia da UTI Neonatal no mês, multiplicado por 1.000.

B–Densidade de Infecção Hospitalar em UTI Pediátrica: número de episódios de infecção hospitalar na UTI Pediátrica no mês dividido pelo número de pacientes por dia da UTI Pediátrica no mês, multiplicado por 1.000.

C–Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical em UTI Neonatal: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea na UTI Neonatal no mês dividido pelo número de pacientes por dia com cateter venoso central e umbilical na UTI Neonatal no mês, multiplicado por 1.000.

D–Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central em UTI Pediátrica: número de infecções hospitalares na corrente sanguínea na UTI Pediátrica no mês dividido pelo número de pacientes por dia com cateter venoso central na UTI Pediátrica no mês, multiplicado por 1.000.

E–Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central e Cateter Umbilical na UTI Neonatal: número de pacientes com cateter venoso central e cateter umbilical por dia no mês dividido por número de pacientes na UTI Pediátrica por dia no mesmo período.

F–Taxa de Utilização de Cateter Venoso Central na UTI Pediátrica: número de pacientes com cateter venoso central por dia no mês dividido por número de pacientes na UTI Pediátrica por dia no mesmo período.

8.3. A **Executor** deverá enviar um relatório mensal, até o dia 20 de cada mês, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que contenha o valor das taxas no mês e análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias.

8.3.1. Os dados relativos à UTI Neonatal devem ser estratificados por faixa de peso de nascimento (igual ou menor a 1000 g; 1001g a 1500g ; 1501g a 2500g ; >2500g)

FFW



8.4. A Meta a ser alcançada no Indicador de Qualidade III-Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar é o envio de relatório até o dia 20 (vinte) de cada mês, com as medidas corretivas no caso de haver incidência de infecção hospitalar.

8.5. A valoração deste indicador será de até 25% da parte variável do Contrato.

9. IQ IV-Indicadores de Mortalidade Operatória

9.1. Os Indicadores de Mortalidade Operatória (IMO) têm por finalidade monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia.

9.1.1. A Executora deverá apresentar os seguintes IMO a serem monitorados:

IQ IV-Indicadores de Mortalidade Operatória	
A	Taxa de Mortalidade Operatória
B	Taxa de Cirurgias de Urgência

9.2. Definições dos Indicadores de Mortalidade Operatória:

9.2.1. Os critérios adotados a seguir são os estabelecidos pela Classificação da *American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology* (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes (de 1 a 5);

A-Taxa de Mortalidade Operatória: número de óbitos ocorridos até 7 dias após o procedimento cirúrgico classificados por ASA (classes de 1 a 5) no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

B-Taxa de Cirurgias de Urgência: número de cirurgias de urgência realizadas no mês dividido pelo número total de cirurgias realizadas no mês, multiplicado por 100.

9.2.2. O número de cirurgias deve ser preenchido com o número total de cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico, incluindo as cirurgias ambulatoriais.

9.3. Estes dados devem ser enviados através de relatórios, até o dia 20 de cada mês, nos quais constem a Taxa de Mortalidade Operatória, com a análise deste índice elaborada pela Comissão de Revisão de Óbitos, e a Taxa de Cirurgias de Urgência.

9.4. A Meta para o Indicador de Qualidade IV-Indicadores de Mortalidade Operatória é alcançar, no mínimo, a manutenção da Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por ASA (classes 1 a 5) verificada no ano anterior, sendo desejável sua redução.

8.5. A valoração deste indicador será de até 25% da parte variável do Contrato.