



Anexo nº VII/FHEMIG/DPAR/GIP/CFAP/2024

PROCESSO Nº 2270.01.0021890/2024-07

**EDITAL FHEMIG PARA CONTRATO DE GESTÃO Nº 05/2024**

**ANEXO VII B**

**DO CONTRATO DE GESTÃO – PROGRAMA DE TRABALHO**

**1. OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO:**

O presente contrato de gestão tem por objeto o GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO e EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, incluindo equipamentos, estrutura, maquinário, insumos e outros, no Hospital Cristiano Machado, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população, em consonância com as políticas de saúde do SUS e conforme diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

**2. ATRIBUTOS DOS INDICADORES**

**Quadro 5 – Proposta de Quadro de Indicadores para o Programa de Trabalho**

Área	Ord.	Indicador	Peso (%)	1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA
Produção Assistencial e faturamento	1.1.1	Cumprimento da produção de serviços ambulatoriais de média complexidade	5	≥ Produção contratualizada no Plano Operativo							
	1.1.2	Cumprimento da produção de serviços hospitalares – clínica cirúrgica	5	Reabert. Bloco Cirúrgico	≥76/mês						
	1.1.3	Cumprimento da produção de serviços hospitalares – clínica médica	5	≥72/mês							
	1.1.4	Cumprimento da produção de serviços hospitalares – cuidado prolongado (em diárias)	5	≥712/mês							
	1.1.5	Cumprimento da produção de serviços hospitalares – UTI (em diárias)	5	≥270/mês							
	1.2	Índice de contas faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta	5	100%							

	1.3	Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa	5	100%								
Processos e qualidade	2.1	Percentual de satisfação do usuário	5	Implantar o NPS e medir a linha de base	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação
	2.2	Percentual de internações reguladas via SUSFácilMG	5	100%								
	2.3	Percentual de recusas de demandas de internações no SUSFácilMG	5	Medir taxa	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior
	2.4	Percentual de resposta à ouvidoria SUS em até 10 dias corridos	5	100%								
Assistência à Saúde	3.1	Média de permanência hospitalar da UCP	5	UCP: ≤224 dias	UCP: ≤178 dias	UCP: ≤143 dias	UCP: ≤115 dias	UCP: ≤92 dias	UCP: ≤74 dias	UCP: ≤60 dias	UCP: ≤60 dias	
	3.2	Taxa de ocupação hospitalar	5	≥85%								
	3.3	Percentual de altas de cuidados prolongados contrarreferenciadas	5	100%								
	3.4	Taxa Global de Infecção Hospitalar em Instituições de Longa Permanência	5	≤1,73%								
	3.5	Taxa de incidência de lesão por pressão	5	Medir taxa	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior	Reduzir 5% em relação ao período anterior
	3.6	Taxa de incidência de quedas com lesão em pacientes crônicos	5	- ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia								
	3.7	Taxa de infecção hospitalar em sítio cirurgia limpa	5	≤1,5%								
Gestão da Parceria	4.1	Percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral periódica	5	100%								
	4.2	Efetividade do monitoramento do contrato de gestão	5	100%								

**Nota:** [1] Período Avaliatório (PA): representa o período estabelecido no contrato de gestão para a avaliação de resultados. Neste contrato de gestão, os períodos avaliatórios compreendem três meses. As avaliações de resultados, portanto, serão trimestrais e a reunião de avaliação ocorrerá no mês seguinte ao fim do período avaliatório conforme Cronograma de Avaliações, item 5.1 deste Programa de Trabalho.

Exemplo: O 1º PA será formado pelo Mês 1 (mês em que o contrato de gestão foi assinado, independentemente da data de assinatura), Mês 2 e Mês 3; assim, caso o contrato de gestão seja celebrado no dia 25/03/2024, o 1º PA será de 25/03/2024 até 31/05/2024. A reunião de avaliação de resultados acontecerá no mês de junho/2024, para avaliar o cumprimento das metas e entregas previstas no Quadro de Indicadores e no Quadro de Produtos para o 1º PA (período de 25/03/2024 a 31/05/2024).

## ÁREA TEMÁTICA 01: PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E FATURAMENTO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.1 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE
<b>Descrição</b>	Consiste na apuração do percentual de procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados em dado período, considerando os grupos de procedimentos pactuados por meio da contratualização com o gestor SUS.
<b>Fundamentação</b>	A análise desse indicador visa garantir o cumprimento do quantitativo de atendimentos ambulatoriais pactuado em contrato assistencial, conforme necessidade, interesse e disponibilidade financeira do gestor SUS e do território. Tem como limite a capacidade atendimento total da unidade, considerando estrutura física. Para definição da produção ambulatorial e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi utilizado como parâmetro os quantitativos pactuados e contratualizados no Plano Operativo do Convênio e alterações futuras.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados no período.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados nos meses avaliados no período.
<b>Unidade de medida</b>	Número absoluto
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório emitido pelo DATASUS (sistema TABWIN).
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	≥ Produção contratualizada no Plano Operativo
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Foram mantidas as metas que estão contratualizadas, a fim de reforçar e fortalecer o papel da Unidade no território.

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – CLÍNICA CIRÚRGICA
<b>Descrição</b>	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, considerando os grupos de procedimentos pactuados.
<b>Fundamentação</b>	Para a definição da produção hospitalar (em diárias) e das metas a serem alcançadas, no que tange à clínica cirúrgica, foi projetada a capacidade hospitalar máxima da Unidade em função do número de leitos existentes e a taxa de ocupação esperada para um período de 30 dias.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de Internações no Período).
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do cumprimento da produção hospitalar (em diárias) estimada dos meses avaliados no período.
<b>Unidade de medida</b>	Número absoluto.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório emitido pelo DATASUS.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – CLÍNICA CIRÚRGICA							
<b>Meta</b>	1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA
	Reabert. Bloco Cirúrgico	≥76/mês	≥76/mês	≥76/mês	≥76/mês	≥76/mês	≥76/mês	≥76/mês
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Para cálculo das metas foi utilizada a fórmula a seguir que contabiliza as diárias hospitalares: $N^{\circ} \text{ de Internações} = N^{\circ} \text{ de Leitos} \times N^{\circ} \text{ de Dias} \times TOHMPe$ $N^{\circ} \text{ de Internações} = 12 \times 30 \times 85\% \times 4 \text{ dias} = 76,5 \text{ internações}$							

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – CLÍNICA MÉDICA							
<b>Descrição</b>	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, considerando os grupos de procedimentos pactuados.							
<b>Fundamentação</b>	Para a definição da produção hospitalar (em diárias) e das metas a serem alcançadas, no que tange à clínica médica, foi projetada a capacidade hospitalar máxima da Unidade em função do número de leitos existentes e a taxa de ocupação esperada para um período de 30 dias.							
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número absoluto de diárias realizadas no período de 30 dias)							
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do cumprimento da produção hospitalar (em diárias) estimada dos meses avaliados no período.							
<b>Unidade de medida</b>	Número absoluto							
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).							
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório emitido pelo DATASUS.							
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.							
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
<b>Meta</b>	1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA
	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês	≥72/mês
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Para cálculo das metas foi utilizada a fórmula a seguir que contabiliza as internações hospitalares: $N^{\circ} \text{ de Internações} = N^{\circ} \text{ de Leitos} \times N^{\circ} \text{ de Dias} \times TOHMPe$ $N^{\circ} \text{ de Internações} = 20 \times 30 \times 85\% \times 7 \text{ dias} = 72,8 \text{ internações}$							

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – CUIDADO PROLONGADO (EM DIÁRIAS)							
<b>Descrição</b>	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, considerando as linhas de cuidado pactuadas.							
<b>Fundamentação</b>	Para a definição da produção hospitalar (em diárias) e das metas a serem alcançadas, no que tange à linha de cuidado prolongado, foi projetada a capacidade hospitalar máxima da Unidade em função do número de leitos existentes e a taxa de ocupação esperada para um período de 30 dias.							
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número absoluto de diárias realizadas no período de 30 dias)							
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do cumprimento da produção hospitalar (em diárias) estimada dos meses avaliados no período.							

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – CUIDADO PROLONGADO (EM DIÁRIAS)							
Unidade de medida	Número absoluto.							
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).							
Fonte de Comprovação	Relatório emitido pelo DATASUS.							
Polaridade	Maior Melhor.							
Cálculo de desempenho	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
Meta	1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA
	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês	≥712/mês
Referências para o cálculo das metas pactuadas	<p>Para cálculo das metas foi utilizada a fórmula a seguir que contabiliza as diárias hospitalares:</p> $\text{Produção (diárias)} = \text{N}^\circ \text{ de Leitos} \times \text{N}^\circ \text{ de Dias no Mês} \times \text{TOH}$ $\text{Produção diárias} = 25 \times 30 \times 95\% = 712,5 \text{ diárias}$							

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES – UTI (EM DIÁRIAS)							
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, considerando os grupos de procedimentos pactuados.							
Fundamentação	Para a definição da produção hospitalar (em diárias) e das metas a serem alcançadas, no que tange à UTI, foi projetada a capacidade hospitalar máxima da Unidade em função do número de leitos existentes e a taxa de ocupação esperada para um período de 30 dias.							
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado mensal = (Número absoluto de diárias realizadas no período de 30 dias)							
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do cumprimento da produção hospitalar (em diárias) estimada dos meses avaliados no período.							
Unidade de medida	Número absoluto.							
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).							
Fonte de Comprovação	Relatório emitido pelo DATASUS.							
Polaridade	Maior Melhor.							
Cálculo de desempenho	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
Meta	1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA
	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês	≥270/mês
Referências para o cálculo das metas pactuadas	<p>Para cálculo das metas foi utilizada a fórmula a seguir que contabiliza as diárias hospitalares:</p> $\text{Produção (diárias)} = \text{N}^\circ \text{ de Leitos} \times \text{N}^\circ \text{ de Dias no Mês} \times \text{TOH}$ $\text{Produção diárias} = 10 \times 30 \times 90\% = 270 \text{ diárias}$							

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) E APROVADAS EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA</b>
<b>Descrição</b>	Apresentar e aprovar todas as contas hospitalares até o primeiro mês subsequente à alta.
<b>Fundamentação</b>	Este indicador prima por registros tempestivos e adequados para que não haja perdas de registro e consequentemente perdas de habilitações. Também é uma forma de garantir a captação tempestiva de recursos, assim como a disponibilização das informações assistenciais nos Sistemas de Informações Oficiais para tomada de decisão de forma ágil.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado Mensal = [Nº de contas faturadas (apresentadas) e aprovadas até o primeiro mês subsequente à alta / Nº total de alta de pacientes dentro da competência faturada] x 100.  Glosas oriundas de ausência de contratualização e habilitação não serão contabilizadas para fins desse indicador.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Índice de Contas Faturadas (apresentadas) e aprovadas em até 1 mês após a alta.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório emitido pelo DATASUS ou SMS e relatório do Sistema de Gestão Hospitalar.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Meta acordada no Pacto de Gestão da Fhemig para todas as Unidades que compõem a Rede.

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA</b>
<b>Descrição</b>	Consiste na apuração do número de contas glosadas nos sistemas de faturamento oficiais, exceto os com motivo falta de contratualização ou habilitação, que foram sanadas e reapresentadas na competência subsequente à glosa, sobre o total de contas glosadas no período.
<b>Fundamentação</b>	As informações extraídas do DATASUS são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência. Espera-se com este indicador superar perdas de faturamento, implementar mecanismos para monitoramento e gestão de todas as AIHs rejeitadas, dando plena transparência à produção realizada e garantindo a máxima captação de recursos.  O processo de correção das inconsistências de faturamento (glosas) induz, por si só, um processo de melhoria contínua, com a qualificação do registro das informações assistenciais, que culmina, também, na segurança do paciente e dos profissionais que realizam o atendimento.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado Mensal = (Total de registros de reapresentação até o dia 20 do mês subsequente à glosa/Total de AIH's rejeitadas na competência) x 100.  Glosas oriundas de ausência de habilitação e capacidade instalada não serão contabilizadas nesse indicador.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa.

<b>Unidade de Medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório emitido pelo DATASUS.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de Desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Linha de base atualizada</b>	<b>Será atualizada.</b>
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Meta definida diante da obrigatoriedade inegociável de reapresentação das AIHs glosadas junto ao Ministério da Saúde.

## ÁREA TEMÁTICA 02: PROCESSOS E QUALIDADE

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>
<b>Descrição</b>	<p>Esse indicador permite avaliar o grau de satisfação do usuário em relação ao serviço de saúde prestado na unidade, através da metodologia Net Promoter Score (NPS), com aplicação do formulário de avaliação de satisfação da FHEMIG. Essa metodologia proporciona coleta de dados e análises objetivas sobre a satisfação dos pacientes, além de identificar as áreas em que a instituição de saúde pode melhorar.</p> <p>A pesquisa deverá ser realizada preferencialmente por meio digital, na falta dos equipamentos necessários poderá ser usado o impresso próprio já disponibilizado pela FHEMIG. A unidade deverá informar uma previsão para a aquisição dos tablets e/ou totens. Cabe ressaltar que, a aplicação do formulário para coleta de dados sobre a satisfação do usuário, deverá ser realizada apenas no momento da alta hospitalar.</p> <p>Não será permitido a disponibilidade de impressos nos corredores dos referidos formulários, para serem preenchidos por demanda, em situações de reclamações, ou outros fluxos.</p> <p>Os profissionais responsáveis pela aplicação do formulário no momento da alta, será o técnico de enfermagem, por ser o profissional que está presente junto ao paciente as 24 horas do dia.</p> <p><b>Cálculo de Amostragem:</b></p> <p>A amostra de respondentes deverá ser calculada no início de cada período avaliatório, a partir da média mensal do trimestre que antecede a avaliação. Para o cálculo amostral, por Unidade de Atendimento (internação, ambulatorio e pronto atendimento) deverá ser utilizada a seguinte fórmula:</p> $\text{Tamanho da amostra} = \frac{384,16}{1+(0,9604) / (0,025 \times N)}$ <p>*N= usuários atendidos na Unidade.</p> <p>A fórmula disposta acima representa uma amostragem com 95% de confiança e 0,05 % de margem de erro.</p>
<b>Fundamentação</b>	<p>O objetivo desse indicador de Pesquisa de Satisfação é priorizar e levar em consideração a perspectiva do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado.</p> <p>A Pesquisa de Satisfação capta a voz do usuário, através da avaliação da performance da OSS sob o ponto de vista dos usuários do SUS. Isto se justifica porque o usuário é o destinatário final dos serviços que serão gerenciados e operacionalizados pela OSS. Com um processo sistemático de avaliação da satisfação do usuário é possível obter informações mais próximas da realidade, para promover a qualidade e eficiência do serviço. A mensuração da satisfação do usuário já é uma prática sistematizada em estabelecimentos de saúde e em toda Rede Fhemig. Espera-se, por meio desse indicador, garantir níveis de excelência, impulsionando o aprimoramento dos resultados.</p>

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO																											
Fórmula de cálculo do indicador	$\Sigma$ Número de promotores - Número de detratores / Número total de respondentes no período																											
	<p><b>Numerador (número de promotores):</b> aqueles que classificam o serviço com uma nota de 9 a 10 no período, estão contentes com o atendimento.</p> <p><b>(número de detratores):</b> aqueles que classificam o serviço com uma nota de 0 a 6 no período, estão descontentes com o atendimento.</p> <p><b>Denominador (número total de respondentes):</b> número total de pessoas que responderam o formulário no período.</p>																											
	<p><b>Resultado mensal = <math>\frac{(NPS-A + NPS-P + NPS-I) \times 100}{3}</math></b></p> <p>Sendo:</p> <p>NPS-A = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Ambulatório)</p> <p>NPS-P = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Pronto Atendimento)</p> <p>NPS-I = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes da Internação)</p>																											
	Resultado no período avaliado																											
	Média dos resultados mensais do Percentual de satisfação do usuário.																											
Unidade de medida	Percentual																											
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).																											
Fonte de Comprovação	Formulários de pesquisa impressos e/ou digitais. Relatórios de consolidação dos dados.																											
Polaridade	Maior Melhor.																											
Cálculo de desempenho	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se valor < 7 nota = 0; se valor ≥ 7 nota= 8; se valor ≥ 8 nota= 9; se valor ≥ 9 nota 10.																											
Meta	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1ºPA</th> <th>2ºPA</th> <th>3ºPA</th> <th>4ºPA</th> <th>5ºPA</th> <th>6ºPA</th> <th>7ºPA</th> <th>8ºPA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Implantar o NPS e medir a linha de base</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> <td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação</td> </tr> </tbody> </table>											1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA	Implantar o NPS e medir a linha de base	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação
		1ºPA	2ºPA	3ºPA	4ºPA	5ºPA	6ºPA	7ºPA	8ºPA																			
Implantar o NPS e medir a linha de base	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação	Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o limite de 80% de satisfação																				
Linha de base atualizada	Não se aplica, pois se trata de nova metodologia.																											
Referências para o cálculo das metas pactuadas	<p>A meta foi definida tendo como base resultados obtidos pela literatura hospitalar:</p> <p>- Bain &amp; Company. Relatório Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros. 2016. Disponível em: <a href="https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo2.pdf">https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo2.pdf</a>. Acesso em: 18 de novembro de 2024.</p> <p>-Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Disponível em: <a href="https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf">https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf</a>. Acesso em: 15 de maio de 2024.</p> <p>Track.co. Relatório NPS de Saúde. 2022.. Disponível em: <a href="https://track.co/blog/relatorio-nps-de-saude/#RELATORIO_NPS_DE_SAUDE_2022">https://track.co/blog/relatorio-nps-de-saude/#RELATORIO_NPS_DE_SAUDE_2022</a>. Acesso em: 18 de novembro de 2024</p>																											

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES REGULADAS VIA SUSFÁCILMG
Descrição	Este indicador tem a finalidade de mensurar o percentual de internações reguladas no Sistema SUSFácilMG, visando excelência na logística de integração das redes e melhoria do acesso aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Fundamentação	Monitorar esse indicador possibilita identificar se a Unidade Hospitalar está cumprindo seu papel conforme pactuado no território. Ademais, as internações reguladas via sistema SUSFácilMG ficam registradas, possibilitando transparência das informações aos gestores do SUS, qualificando as ações e as tomadas de decisão.



<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Total internações reguladas no sistema SUSFácilMG no período) / Número total de internações realizadas no período) X 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Percentual de internações reguladas no SUSFácilMG.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório comparativo das internações realizadas no Sistema Tasy e no Sistema SUSFácilMG.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	A meta para esse indicador está em consonância com o preconizado na Política Estadual de Regulação do Estado de Minas Gerais.

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE RECUSAS DE DEMANDAS DE INTERNAÇÕES NO SUSFÁCILMG</b>
<b>Descrição</b>	Este indicador tem a finalidade de mensurar o percentual de recusas de demandas de internações reguladas pelo Sistema SUSFácilMG, visando excelência na logística de integração das redes e melhoria do acesso aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
<b>Fundamentação</b>	Avaliar o percentual de recusa dessas demandas é fundamental para se compreender resultados de indicadores como Taxa de Ocupação das Unidades, bem como o cumprimento das pactuações territoriais, conforme perfil estabelecido para a Unidade.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número total de recusas de demandas de internações reguladas pelo Sistema SUSFácilMG/Número total de demandas de internações reguladas pelo Sistema SUSFácilMG) x 100
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Percentual de recusas de demandas de internações no SUSFácilMG.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório do Sistema SUSFácilMG.
<b>Polaridade</b>	Menor Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	Medir o percentual no primeiro período avaliatório e reduzir em 5% as recusas de demandas de internações no SUSFácilMG, dentro do perfil estabelecido, a cada período, a partir do segundo período avaliatório.
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	A meta para esse indicador está em consonância com o preconizado na Política Estadual de Regulação do Estado de Minas Gerais.

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 2.4 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS</b>
--------------------------	---

<b>Descrição</b>	Consiste em mensurar o percentual de respostas dadas de maneira conclusiva às demandas do ouvidor SUS descentralizada, em linguagem clara, em até 10 dias corridos. Para fins de fechamento do período avaliatório, para este indicador, não serão consideradas as demandas obtidas nos 10 últimos dias corridos do período avaliatório, visto que as mesmas ainda estão no prazo de resposta. Assim, os dados desses últimos dias serão contabilizados no período avaliatório seguinte e assim sucessivamente.
<b>Fundamentação</b>	Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde cuja missão é viabilizar os direitos dos (as) cidadãos (ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania em saúde. Ademais, produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão. Considerando que o papel da ouvidoria é garantir ao (à) cidadão (ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais, esse indicador foi elencado buscando a manutenção e aprimoramento da eficiência desses serviços. Na elaboração da meta desse indicador buscou-se diminuir o tempo de resposta ao usuário. A OSS, ao receber a demanda da Ouvidoria SUS/Fhemig, deve respondê-la no prazo de 10 dias corridos e encaminhar à ADC/Fhemig para que essa faça o retorno ao usuário demandante.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Percentual mensal = (Total de manifestações respondidas em até 10 dias corridos no período/ Número total de manifestações registradas no Sistema Ouvidor SUS no período) X 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Percentual de Resposta ao Usuário da Ouvidoria SUS em até 10 dias corridos.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório ouvidoria SUS extraído pela OSS e pela Coordenação Regionalizada.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se valor ≥ meta = nota 10; se <meta = nota zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Linha de base atualizada</b>	- <b>Cumprimento do Percentual de Resposta ao usuário da Ouvidoria SUS em até 10 dias corridos: 100%</b> (referente ao último bimestre apurado no Pacto de Gestão Participativa da Fhemig – meses de março/24 e abril/24).
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	A meta para este indicador será de 100% das respostas às demandas da Fhemig, em no máximo 10 dias corridos, tendo como linha de base o pactuado no Plano de Metas da FHEMIG com a SEPLAG/MG (97%) e no Pacto de Gestão Participativa para o ano de 2024 (97%).

### ÁREA TEMÁTICA 03: ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DA UCP
<b>Descrição</b>	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital.

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DA UCP							
<b>Fundamentação</b>	<p>É um indicador de eficiência da assistência considerando que o processo assistencial deve ocorrer em um tempo ótimo e que não gere intervenções desnecessárias, aumentando custos e reduzindo o acesso para outros usuários do SUS. Trata-se de um indicador clássico, que tem relação com as boas práticas de governança clínica, em especial Efetividade e Eficiência Clínica e Gestão de Riscos, refletindo se o leito hospitalar é gerido adequadamente.</p> <p>Considerando que o hospital, atualmente, admite internações sociais, essas internações poderão ser deduzidas do cômputo do indicador a critério da administração e sob justificativa apresentada pela OSS e aprovada pela Fhemig.</p>							
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = Número total de pacientes-dia no período / Número total de pacientes que tiveram saída no período (incluindo óbitos)							
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais da Média de permanência hospitalar							
<b>Unidade de medida</b>	Número de dias.							
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).							
<b>Fonte de Comprovação</b>	Sistema de Gestão Hospitalar							
<b>Polaridade</b>	Menor Melhor.							
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
<b>Meta</b>	<b>1° PA</b>	<b>2° PA</b>	<b>3° PA</b>	<b>4° PA</b>	<b>5° PA</b>	<b>6° PA</b>	<b>7° PA</b>	<b>8° PA</b>
	≤224 dias	≤178 dias	≤143 dias	≤115 dias	≤92 dias	≤74 dias	≤60 dias	≤60 dias
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	A meta estabelecida tem como objetivo reduzir significativamente o tempo médio de internação dos pacientes do Hospital Cristiano Machado, considerando os dados dos últimos três anos (2021-2023). A expectativa é alcançar uma média de permanência hospitalar igual ou inferior a 60 dias. Essa iniciativa se inspira no modelo de incentivo financeiro instituído pela Portaria GM nº 2.809/2012.							

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.2 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR							
<b>Descrição</b>	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. Demonstra o percentual de utilização da capacidade instalada dos leitos operacionais. Fórmula de cálculo do indicador: (número de pacientes-dia no período / número de leitos-dia no período) x 100.							
<b>Fundamentação</b>	A mensuração da Taxa de ocupação fornece informações que permitem avaliar se o número de leitos está adequado à região, se existe integração do hospital à rede de saúde, se o quantitativo de leitos em relação à demanda está adequado, se o hospital está funcionando em sua total capacidade instalada.							
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de pacientes-dia / Número de leitos-dia) x 100							
<b>Unidade de medida</b>	Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral.							
<b>Periodicidade</b>	Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral.							
<b>Fonte de Comprovação</b>	Sistema de Informação de Gestão Hospitalar.							
<b>Polaridade</b>	Maior melhor.							
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
<b>Meta</b>	<b>1° PA</b>	<b>2° PA</b>	<b>3° PA</b>	<b>4° PA</b>	<b>5° PA</b>	<b>6° PA</b>	<b>7° PA</b>	<b>8° PA</b>
	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%

<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Meta estipulada com base nos valores preconizados na literatura. Conforme ANS, a taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.
---	--

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.3 – PERCENTUAL DE ALTAS DE CUIDADOS PROLONGADOS CONTRARREFERENCIADAS
<b>Descrição</b>	Demonstra o percentual de altas contrarreferenciadas dos pacientes de cuidados prolongados à rede de atenção à saúde para continuidade do cuidado.
<b>Fundamentação</b>	Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde, maiores serão sua eficiência e eficácia, uma vez que a deficiência de processo pode comprometer a qualidade e continuidade da assistência prestada. A falta de avaliação do sistema de referência e contrarreferência e de normas que o definam, faz com que este indicador seja de suma importância.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de altas de cuidados prolongados contrarreferenciadas no período / Número de altas realizadas no período) x 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais do Percentual de altas de cuidados prolongados contrarreferenciadas.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatório Gerencial das Unidades contendo os comprovantes dos encaminhamentos realizados e registro no Sistema de Gestão Hospitalar.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Por se tratar de indicador de extrema relevância que mede a interface entre os equipamentos das redes de atenção à saúde, a meta é de 100% dos pacientes de cuidados prolongados contrarreferenciados no momento da alta.

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.4 – TAXA GLOBAL DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
<b>Descrição</b>	Trata-se de indicador sensível, o qual monitora o nível de segurança do paciente dentro da instituição de saúde, sendo acompanhado continuamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
<b>Fundamentação</b>	A ocorrência da infecção hospitalar aumenta a média de permanência hospitalar, a taxas de readmissão por complicação pós-alta, acarretando reinternações, bem como os índices de mortalidade. Diante disso, trata-se de indicador de grande importância para medição, análise e intervenções contínuas.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de infecções hospitalares/ Número total de saídas no período – altas, óbitos e transferências) X 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais da Taxa global de infecção hospitalar em instituições de Longa Permanência.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.

<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).							
<b>Fonte de Comprovação</b>	Base de dados CCIH da unidade (preferencialmente via Sistema de Informação de Gestão Hospitalar).							
<b>Polaridade</b>	Menor Melhor.							
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.							
<b>Meta</b>	1ªPA	2ªPA	3ªPA	4ªPA	5ªPA	6ªPA	7ªPA	8ªPA
	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%	≤1,73%
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	A meta foi estipulada com base nos resultados apresentados pelo Hospital Cristiano Machado (média ponderada), conforme Boletim Executivo Mensal, referente aos anos de 2021, 2022 e 2023.							

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 3.5 – TAXA DE INCIDÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO</b>
<b>Descrição</b>	Avalia a incidência de casos novos de pacientes com úlcera por pressão (UPP) em um determinado período.
<b>Fundamentação</b>	<p>Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples.</p> <p>A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de Úlcera Por Pressão (UPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.</p>
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de casos novos de pacientes com UPP no período / Número total de pacientes internados no mesmo período) X 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais da Taxa de incidência de lesão por pressão.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Sistema de Gestão Hospitalar no 1º período avaliatório e preferencialmente DRG-Brasil a partir do 2º período avaliatório.
<b>Polaridade</b>	Menor Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	Medir o percentual no primeiro período avaliatório e reduzir em 5% a incidência de lesões a cada período, a partir do segundo período avaliatório.

<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Por se tratar de indicador de extrema relevância para o desfecho clínico e a efetividade assistencial a meta de redução de 5% a cada período avaliatório foi estabelecida.
---	--

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 3.6 – TAXA DE INCIDÊNCIA DE QUEDAS COM LESÃO EM PACIENTES CRÔNICOS</b>
<b>Descrição</b>	Esse indicador avalia o número de quedas em relação ao número de pacientes-dia.
<b>Fundamentação</b>	Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de consequências de ordem legal. Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes internados em ambientes de cuidado de longa permanência e está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico.
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	Resultado mensal = (Número de quedas <u>com dano em pacientes</u> no período / Número total de pacientes-dia no período) X 100.
<b>Resultado no período avaliado</b>	Média dos resultados mensais da Taxa de incidência de quedas com lesão em pacientes crônicos.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Base de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (preferencialmente via Sistema de Gestão Hospitalar).
<b>Polaridade</b>	Menor Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	- ≤ 2,2 a cada 1.000 pacientes-dia.
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Meta estipulada com base nos valores preconizados na literatura. Conforme Agência Nacional de Saúde Suplementar, as quedas contribuem para o aumento de permanência hospitalar e interferem na recuperação (Abreu, 2006). Além das consequências para o paciente, a imagem das instituições (hospitais e operadoras dos planos de saúde) também é afetada (Correa, 2012).

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 3.7 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA</b>
--------------------------	--

<b>Descrição</b>	<p>Relação percentual entre o número de infecções do sítio cirúrgico ocorridas em cirurgia limpa em determinado período e o número de cirurgias limpas realizadas no mesmo período.</p> <p>As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado. A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações (ICICT/FIOCRUZ):</p> <p>Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;</p> <p>Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa;</p> <p>Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstruções biliares ou urinárias também se incluem nesta categoria;</p> <p>Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em A apresentação de um sítio cirúrgico com grau de contaminação acima do esperado, por exemplo, contaminado ao invés de limpo, ocorre com pouca frequência, sendo, portanto, estatisticamente difícil para as instituições de saúde calcularem taxas confiáveis de infecção segundo os vários níveis de contaminação e os distintos procedimentos cirúrgicos.</p>																
<b>Fundamentação</b>	<p>A ocorrência da infecção hospitalar aumenta a média de permanência hospitalar, a taxas de readmissão por complicação pós-alta, acarretando reinternações, bem como os índices de mortalidade. Diante disso, trata-se de indicador de grande importância para medição, análise e intervenções contínuas.</p> <p>Trata-se de indicador sensível, o qual monitora o nível de segurança do paciente dentro da instituição de saúde, sendo acompanhado continuamente pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).</p>																
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	<p>Resultado mensal = (Número de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa no período / número de cirurgias limpas realizadas no período) x 100</p>																
<b>Unidade de medida</b>	<p>Percentual</p>																
<b>Periodicidade</b>	<p>Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado – Trimestral</p>																
<b>Fonte de comprovação</b>	<p>Base de dados CCIH da unidade (preferencialmente via Sistema de Informação de Gestão Hospitalar)</p>																
<b>Polaridade</b>	<p>Menor melhor</p>																
<b>Cálculo de desempenho</b>	<p>Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho &lt;70% = zero.</p>																
<b>Meta</b>	<table border="1" data-bbox="456 1491 1203 1572"> <thead> <tr> <th>1º PA</th> <th>2º PA</th> <th>3º PA</th> <th>4º PA</th> <th>5º PA</th> <th>6º PA</th> <th>7º PA</th> <th>8º PA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> <td>≤1,5%</td> </tr> </tbody> </table>	1º PA	2º PA	3º PA	4º PA	5º PA	6º PA	7º PA	8º PA	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%
1º PA	2º PA	3º PA	4º PA	5º PA	6º PA	7º PA	8º PA										
≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%	≤1,5%										
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	<p>Considerando que a Unidade não apresenta série histórica recente deste indicador, a meta foi estipulada com base nos resultados apresentados pelo Hospital Regional Antônio Dias em 2022, conforme Boletim Executivo Mensal.</p> <p><u>A meta foi estipulada com base nos resultados apresentados pelo Hospital Regional Antônio Dias (média ponderada), conforme Boletim Executivo Mensal, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021 (dados disponíveis na época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria em 2022).</u></p>																

**ÁREA TEMÁTICA 04: GESTÃO DA PARCERIA**

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHEGAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA</b>
--------------------------	---

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA											
<b>Descrição</b>	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.											
<b>Fundamentação</b>	<p>Uma das atribuições do Órgão Estatal Parceiro no acompanhamento e fiscalização do contrato de gestão é a realização das checagens amostrais periódicas sobre o período avaliatório, conforme metodologia pré-estabelecida pela Seplag, gerando-se relatório conclusivo. A apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador, busca mensurar a conformidade desses processos, com a finalidade de garantir o cumprimento dos regulamentos próprios da entidade parceria que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, e se coadunam com o objeto do contrato de gestão.</p> <p>Os Regulamentos próprios devem ser construídos de acordo com o manual disponibilizado no sítio eletrônico da Seplag, e aprovados tanto pelo Órgão Estatal Parceiro – OEP quanto pela Seplag. Para avaliar o percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, a Seplag estruturou um modelo de relatório, que deve ser utilizado pelo OEP para demonstrar os processos analisados. Um dos itens desse relatório é a apuração do percentual de conformidade dos processos analisados na checagem amostral, que será utilizado para cálculo deste indicador. Importa salientar que, caso exista a necessidade de realização de checagem de efetividade (que verifica a conformidade dos processos considerados inconformes pela equipe de checagem amostral quando da realização deste procedimento), o resultado a ser considerado será o apurado após a finalização do respectivo relatório.</p>											
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	(Número de processos analisados na checagem amostral que cumpriram os requisitos dos regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas/ Número de processos analisados na checagem amostral) x 100.											
<b>Resultado no período avaliado</b>	Resultado referente ao trimestre avaliado.											
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.											
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).											
<b>Fonte de Comprovação</b>	Relatórios de checagem amostral (e relatórios de checagem de efetividade, quando for o caso) elaborados pela Comissão de Monitoramento do Contrato de Gestão, conforme modelo da Seplag.											
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.											
<b>Cálculo de desempenho</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>% de Execução da Meta</th> <th>Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>de 90% a 99,99%</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>de 80% a 89,99%</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>de 0% a 79,99%</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		% de Execução da Meta	Pontuação	100%	10	de 90% a 99,99%	8	de 80% a 89,99%	6	de 0% a 79,99%	0
% de Execução da Meta	Pontuação											
100%	10											
de 90% a 99,99%	8											
de 80% a 89,99%	6											
de 0% a 79,99%	0											
<b>Meta</b>	100%											
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Lei Estadual nº 23.081/2018 e Decreto Estadual nº 47.553/2018.											

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.2 - EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
<b>Descrição</b>	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.



<b>Fundamentação</b>	<p>O objetivo deste indicador é verificar o cumprimento de atribuições de representantes do Órgão Estatal Parceiro e da OS na condução das atividades de monitoramento do contrato de gestão durante a execução deste instrumento jurídico. As atribuições inseridas neste indicador emanam da Lei Estadual nº 23.081 de 2018 que dispõem sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como OS e sobre a celebração de contrato de gestão entre a entidade qualificada e o Poder Público Estadual; do Decreto Estadual nº 45.969 de 2002, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação; e de boas práticas observadas na gestão de contrato de gestão.</p> <p>O quadro de ações (conforme abaixo) será acompanhado pela equipe técnica da Superintendência Central de Parcerias com o Terceiro Setor da Seplag, ao final de cada período avaliatório do contrato de gestão, de acordo com os itens que se aplicarem a cada período avaliatório em questão.</p>
<b>Fórmula de cálculo do indicador</b>	$(\Sigma \text{ do número de ações previstas para o período avaliatório realizadas no prazo} / \Sigma \text{ do número de ações previstas para o período avaliatório}) \times 10$ .
<b>Resultado no período avaliado</b>	Resultado referente ao trimestre avaliado.
<b>Unidade de medida</b>	Percentual.
<b>Periodicidade</b>	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
<b>Fonte de Comprovação</b>	Fonte de comprovação prevista, no quadro acima, para a cada ação e documento consolidado pela SCP/SEPLAG demonstrando o resultado alcançado.
<b>Polaridade</b>	Maior Melhor.
<b>Cálculo de desempenho</b>	Avaliação por faixa de desempenho, conforme a seguinte regra: Se desempenho de 70% a 100% = desempenho. Se desempenho <70% = zero.
<b>Meta</b>	100%
<b>Referências para o cálculo das metas pactuadas</b>	Lei Estadual nº 23.081/2018 e Decreto Estadual nº 47.553/2018

#### AÇÕES PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.2 – EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

Ação		Fonte de comprovação	Prazo	Responsável
1	Publicar, na Imprensa Oficial, ato do Dirigente Máximo do OEP instituindo a comissão de avaliação – CA.	Página da Publicação.	Até 10 dias úteis após a assinatura do CG ou sempre que houver alteração de algum membro.	OEP
2	Encaminhar, preferencialmente em meio digital, uma cópia do contrato de gestão e seus respectivos Termos Aditivos, bem como sua Memória de Cálculo para os membros designados para a comissão de avaliação	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento, contendo o número do documento e do Processo no SEI.	Até 5 dias úteis após a publicação que institui a comissão ou a cada publicação de alteração de seus membros.	OEP
3	Manter atualizada a indicação do supervisor e do supervisor adjunto do contrato de gestão	Contrato de gestão	Até 5 dias úteis antes da reunião da comissão de avaliação, sempre que houver alteração.	OEP
4	Manter atualizada a comissão de monitoramento do contrato de gestão	Contrato de gestão	Até 5 dias úteis antes da reunião da comissão de avaliação, sempre que houver alteração de algum membro.	OEP
5	Disponibilizar o contrato de gestão (e respectivos Termos Aditivos) devidamente assinado nos sítios eletrônicos do OEP e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura do CG.	OEP e OS
6	Disponibilizar, no sítio eletrônico da OS, o ato de qualificação como OS Estadual e os documentos exigidos pelo art. 61 do Decreto Estadual nº 45.969 de 2002, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas do sítio eletrônico.	Até 5 dias úteis após a assinatura do CG.	OS

	Ação	Fonte de comprovação	Prazo	Responsável
7	Disponibilizar, no sítio eletrônico da OS, regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras e alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas do sítio eletrônico.	Até 5 dias úteis após a aprovação pelo OEP, pelo OEI se houver, e pela Seplag.	OS
8	Encaminhar à comissão de monitoramento, a cada período avaliatório, relatório gerencial de resultados (RGR) e relatório gerencial financeiro (RGF), devidamente assinados.	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento, contendo o número do documento e do Processo no SEI.	Até 7 dias úteis após o final do período avaliatório.	OS
9	Elaborar, a cada período avaliatório, relatório de monitoramento a ser encaminhado para a CA.	Cópia assinada do relatório de monitoramento.	Até 8 dias úteis após o recebimento do RGR e RGF.	OEP
10	Encaminhar aos membros da comissão de avaliação, a cada período avaliatório, relatório de monitoramento, com informações sobre a execução física e financeira pertinentes ao período analisado.	Cópia digitalizada do ofício de encaminhamento, contendo o número do documento e do Processo no SEI.	Antecedência mínima de 5 dias úteis da data da reunião da comissão de avaliação.	OEP
11	Realizar, a cada período avaliatório, as checagens amostrais periódicas e checagem de efetividade (esta se for o caso) gerando relatório(s) conclusivo(s)	Relatórios de checagens amostrais periódicas e checagem de efetividade, (este se for o caso).	Até 10 dias úteis após o final do período avaliatório.	OEP
12	Garantir, a cada período avaliatório, que as avaliações do contrato de gestão – reuniões da comissão de avaliação – sejam realizadas nos prazos previstos no contrato de gestão.	Relatórios da comissão de avaliação.	Cronograma de Avaliação previsto no contrato de gestão.	OEP
13	Disponibilizar os relatórios gerenciais de resultados e relatórios gerenciais financeiros, devidamente assinados, nos sítios eletrônicos do OEP e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura dos documentos.	OEP e OS
14	Disponibilizar os relatórios de monitoramento do contrato de gestão devidamente assinados, no sítio eletrônico do OEP ou da Política Pública e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura dos documentos.	OEP e OS
15	Disponibilizar os relatórios da comissão de avaliação, devidamente assinados, no sítio eletrônico do OEP ou da Política Pública e da OS.	E-mail enviado para a SCP/SEPLAG, contendo o <i>print screen</i> das telas dos sítios eletrônicos.	Até 5 dias úteis após a assinatura do documento.	OEP e OS
16	Realizar reunião com os dirigentes máximos do OEP, dirigente da OS e representante da Seplag, para reportar informações relevantes acerca da execução do contrato de gestão.	Lista de presença da reunião.	A definir pelo OEP	OEP
17	Comunicação pela parte interessada quanto ao interesse na celebração de Termo Aditivo ao contrato de gestão.	Ofício ou correio eletrônico do Dirigente Máximo do OEP ou da OS.	Antecedência de 60 dias da assinatura do Termo Aditivo.	OEP ou OS

### 3. ATRIBUTOS DOS PRODUTOS

#### Quadro de Produtos do Programa de Trabalho

Área Temática	Produto		Peso (%)	P.Av.
Processos e Qualidade	1.1	Implantar a codificação do Diagnosis Related Groups – DRG (em até 3 meses)	25	1º
	1.2	Ativar Bloco Cirúrgico com reativação de 12 leitos cirúrgicos e 3 leitos de Hospital-Dia (em até 3 meses)	25	1º
	1.3	Readequar as especialidades dos leitos do Hospital conforme projeção de leitos (em até 3 meses)	25	1º
	1.4	Implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas (em até 3 meses)	25	1º
	1.5	Implantar o Sistema de Gestão Hospitalar adotado pela Fhemig (em até 6 meses)	40	2º
	1.6	Tramitar pleito de habilitação de Hospital Dia Cirúrgico (em até 6 meses)	10	2º
	1.7	Tramitar credenciamento de 15 leitos no Valora Minas – Módulo Hospital Plataforma (em até 6 meses)	10	2º
	1.8	Implantar e tramitar pleito de habilitação de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN (em até 9 meses)	25	3º
	1.9	Implantar exames de endoscopia e colonoscopia (em até 9 meses)	25	3º
	1.10	Implantar serviço ambulatorial de diagnóstico por Ultrassonografia (em até 9 meses)	25	3º
	1.11	Implantar Agência Transfusional (em até 12 meses)	40	4º
	1.12	Implantar 10 leitos de UTI adulto (em até 12 meses)	40	4º
	1.13	Microfilmar e digitalizar os prontuários dos pacientes e realizar a gestão do arquivo físico (em até 12 meses)	20	4º
	1.14	Viabilizar condições para implantar Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral (em até 15 meses)	100	5º
Infraestrutura	2.1	Elaboração de Projetos de Reforma (em até 6 meses)	40	2º
Captação de recursos	3.1	Elaborar portfólio de projetos para captação de recursos (em até 9 meses).	25	3º

## ÁREA TEMÁTICA 01: PROCESSOS E QUALIDADE

### Produto 1.1 – Implantar a codificação do Diagnosis Related Groups – DRG (em até 3 meses)

**Descrição:** Implantar o Diagnosis Related Groups- DRG Brasil que é um sistema de classificação de pacientes capaz de definir a complexidade dos casos atendidos pelo serviço de saúde, e a partir disso estruturar todo um escopo de monitoramento de desempenho e qualidade da assistência. O modelo é centrado na geração de valor à instituição e ao paciente com foco em quatro alvos assistenciais: uso eficiente do leito hospitalar; aumento da segurança assistencial, redução de internações evitáveis e redução de readmissões possíveis.

O objetivo, portanto, é fornecer instrumentos para gestão da qualidade do resultado assistencial, considerando a condição clínica/cirúrgica dos pacientes admitidos, bem como os desfechos assistenciais. A partir do uso da metodologia DRG é possível criar um fluxo institucional que inclui: a coleta e integração dos dados de saúde, a transformação desses dados em informações, a análise e comparação de informações a partir de referenciais nacionais e a entrega de valor assistencial para as unidades hospitalares da Rede Fhemig.

**Critério de Aceitação:** Implantação do DRG- Brasil e parametrização conforme diretrizes da Fhemig.

**Fonte de Comprovação:** Relatório técnico emitido pela área técnica responsável da Fhemig, atestando a implantação e funcionamento adequado do sistema e visualização dos dados no perfil da Administração Central da Fhemig.

**Produto 1.2 – Ativar bloco cirúrgico com operacionalização de 12 leitos cirúrgicos e 3 leitos de Hospital Dia (em até 3 meses)**

**Descrição:** A Organização Social deverá ativar o bloco cirúrgico e operacionalizar 12 leitos cirúrgicos e 3 leitos de Hospital Dia, especificando quais serão os recursos humanos e estrutura que será mobilizada para tal, bem como definir quais serão os leitos para esse fim. A FHEMIG deverá aprovar o projeto de entrega desse produto antes do início das ações. Ressalta-se que o início das operações deverá ser autorizado pelos órgãos sanitários, conforme legislação vigente.

**Critério de Aceitação:** Bloco Cirúrgico funcionando com 12 leitos cirúrgicos e 3 leitos de hospital-dia.

**Fonte de Comprovação:** Espelho de leitos no SGH, CNES e SUSFácilMG, constando 12 leitos cirúrgicos operacionais. Escala de profissionais e agendamento de cirurgias no bloco, referente ao último mês do período avaliado.

**Produto 1.3 - Readequar as especialidades dos leitos do Hospital conforme projeção de leitos (em até 3 meses)**

**Descrição:** A Organização Social deverá readequar as especialidades dos leitos para a projeção proposta na tabela abaixo, operacionalizando os leitos de cada clínica conforme legislação vigente. Também deverão ser realizados os ajustes no CNES, SUSFácilMG, Sistema de Gestão Hospitalar e demais sistemas que se fizerem necessários. A FHEMIG deverá aprovar o projeto de entrega desse produto antes do início das ações.

**Critério de Aceitação:** Grade de leitos ajustada e leitos operacionalizados.

**Fonte de Comprovação:** Espelho de leitos no SGH, CNES e SUSFácilMG. Performance dos indicadores hospitalares (Pacientes-Dia, TOH, MPe, etc) das respectivas clínicas.

**Produto 1.4 - Implantar plataforma eletrônica de prestação de contas (em até 3 meses).**

**Descrição:** A Organização Social deverá implantar Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas no HCM. A referida plataforma eletrônica deverá observar todos os critérios estabelecidos no Termo de Referência do Edital e no Contrato de Gestão. Deverá ser provida integração do software com os demais sistemas da Fhemig, necessários para o adequado monitoramento da execução financeira contratual. Além disso, o sistema deverá produzir os relatórios necessários para composição do Relatório Gerencial Financeiro específico do Contrato de Gestão e da prestação de contas ao OEP, atendendo às especificidades da Lei Estadual nº. 23.081/2018, do Decreto Estadual nº. 47.553/2018, suas regulamentações e alterações.

**Critério de Aceitação:** Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas implantada completamente e em pleno funcionamento até 90 (noventa) dias após a celebração do Contrato de Gestão. Devem ser disponibilizados usuários e senhas para os membros da Comissão de Monitoramento, ou outros servidores que a OEP julgar necessário, de modo que a Fhemig consiga realizar o monitoramento contratual.

**Fonte de Comprovação:** Documento emitido pelas áreas competentes da Fhemig, atestando que o sistema está disponível e em pleno funcionamento, além da realização de acesso ao sistema pelo Supervisor do Contrato de Gestão.

**Produto 1.5 - Implantar o Sistema de Gestão Hospitalar adotado pela Fhemig (em até 6 meses).**

**Descrição:** A Organização Social deverá implementar, de forma concomitante com a implantação na Fhemig, e utilizar obrigatoriamente o Sistema de Informação de Gestão Hospitalar – SGH adotado pela Fundação.

No início do ano de 2022, a Fhemig adquiriu o Sistema de Gestão Hospitalar Tasy/Phillips em substituição ao sistema próprio até então utilizado, a fim de trazer soluções tecnológicas de mercado mais modernas e seguras no que tange ao registro e rastreabilidade das informações no âmbito da gestão hospitalar.

**Critério de Aceitação:** Prontuário eletrônico e demais funcionalidades do sistema de gestão assistencial implantado completamente e em pleno funcionamento até 180 (cento e oitenta) dias após a celebração do Contrato de Gestão. Devem ser disponibilizados usuários e senhas para os membros da Comissão de Monitoramento, ou outros servidores que o OEP julgar necessário, de modo que a Fhemig consiga realizar o monitoramento contratual.

**Fonte de Comprovação:** Documento emitido pelas áreas competentes da Fhemig, atestando que o sistema está disponível e em pleno funcionamento, além da realização de acesso ao sistema pelo Supervisor do Contrato de Gestão.

**Produto 1.6 – Tramitar pleito de habilitação de Hospital Dia Cirúrgico (em até 6 meses)**

**Descrição:** A Organização Social deverá fazer os ajustes necessários para a implementação de serviço de Hospital Dia Cirúrgico, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, bem como formalizar pleito junto à Fhemig para habilitação do serviço.

**Critério de Aceitação:** Adequação dos serviços, conforme portaria Ministerial e realização de cadastro no sistema oficial de cadastramento de propostas do Ministério da Saúde com tramitação do processo de habilitação, bem como o cumprimento de todas as diligências.

**Fonte de Comprovação:** Emissão do Espelho do Sistema oficial de cadastramento de propostas da do Ministério da Saúde com todas as diligências cumpridas.

#### **Produto 1.7 – Tramitar credenciamento de 15 leitos no Valora Minas – Módulo Hospital Plataforma (em até 6 meses)**

**Descrição:** A Organização Social deverá fazer os ajustes necessários para o credenciamento de 15 leitos no Valora Minas – Módulo Hospital Plataforma, conforme diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG e formalizar pleito junto à Fhemig para credenciamento do serviço.

Observação: caso seja necessário aporte de investimento financeiro para a execução total do produto, a estimativa de gasto também será submetida à análise e aprovação orçamentária e financeira pela FHEMIG. Caso aprovada, o valor necessário será acrescentado ao contrato de gestão por meio de Termo Aditivo.

**Critério de Aceitação:** Adequação dos serviços, conforme resoluções estaduais e realização do pleito junto à SES/MG com tramitação do processo de credenciamento, bem como, o cumprimento de todas as diligências.

**Fonte de Comprovação:** Espelho do processo de credenciamento junto à SES/MG.

#### **Produto 1.8 – Implantar e tramitar pleito de habilitação de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN (em até 9 meses)**

**Descrição:** A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN trabalha para estabelecer os padrões necessários para o gerenciamento das Terapias Nutricionais. É um conjunto de rotinas integradas, em que cada profissional exerce uma atividade, buscando proporcionar uma nutrição adequada a cada paciente. Assim, a equipe se encarrega de criar diretrizes e processos para a triagem, a identificação de riscos nutricionais e as terapias mais viáveis para a recuperação dos pacientes. No ambiente hospitalar, principalmente, essa atuação é muito importante, uma vez que a alimentação e também os tratamentos devem considerar sempre as condições físicas e as possíveis doenças concomitantes.

A Organização Social deverá fazer os ajustes necessários para a implantação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, bem como formalizar pleito junto à Fhemig para habilitação do serviço.

Observação: caso seja necessário aporte de investimento financeiro para a execução total do produto, a estimativa de gasto também será submetida à análise e aprovação orçamentária e financeira pela FHEMIG. Caso aprovada, o valor necessário será acrescentado ao contrato de gestão por meio de Termo Aditivo.

**Critério de Aceitação:** Implantação da equipe, conforme portaria Ministerial e realização de cadastro no sistema oficial de cadastramento de propostas do Ministério da Saúde com tramitação do processo de habilitação, bem como o cumprimento de todas as diligências.

**Fonte de Comprovação:** Escala profissional da equipe de EMTN, referente ao último mês do período avaliado e emissão do Espelho do Sistema oficial de cadastramento de propostas da do Ministério da Saúde com todas as diligências cumpridas.

#### **Produto 1.9 – Implantar exames de endoscopia e colonoscopia (em até 9 meses)**

**Descrição:** A Organização Social deverá implementar serviço de diagnóstico por endoscopia e colonoscopia, em nível hospitalar, a fim de atender a demanda do território.

Observação: caso seja necessário aporte de investimento financeiro para a execução total do produto, a estimativa de gasto também será submetida à análise e aprovação orçamentária e financeira pela FHEMIG. Caso aprovada, o valor necessário será acrescentado ao contrato de gestão por meio de Termo Aditivo.

**Critério de Aceitação:** Operacionalização do serviço na Unidade.

**Fonte de Comprovação:** Escala de profissionais e agendamento de exames, referente ao último mês do período avaliado.

#### **Produto 1.10 – Implantar serviço ambulatorial de diagnóstico por Ultrassonografia (em até 9 meses).**

**Descrição:** A Organização Social deverá implementar serviço de diagnóstico por Ultrassonografia, em nível ambulatorial, a fim de atender a demanda do território.

Observação: caso seja necessário aporte de investimento financeiro para a execução total do produto, a estimativa de gasto também será submetida à análise e aprovação orçamentária e financeira pela FHEMIG. Caso aprovada, o valor necessário será acrescentado ao contrato de gestão por meio de Termo Aditivo.

**Critério de Aceitação:** Operacionalização do serviço de segunda a sexta, de 08:00 às 17:00 hs.

**Fonte de Comprovação:** Escala de profissionais e agendamento de exames, referente ao último mês do período avaliado.

#### **Produto 1.11 - Implantar Agência Transfusional (em até 12 meses).**

**Descrição:** A Agência Transfusional é uma Unidade Hemoterápica que tem como função gerenciar todas as etapas relacionadas à transfusão sanguínea, tais como o armazenamento de sangue e seus derivados, realizar exames imuno-hematológicos pré-transfusionais, liberar, fracionar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores hospitalares, controlando a qualidade do processo transfusional.

A Organização Social deverá implantar esse serviço para atendimento do HCM e de outras unidades hospitalares do território, que porventura sejam contempladas, conforme diretrizes da Fundação Hemominas.

**Critério de Aceitação:** Implantação da Agência Transfusional.

**Fonte de Comprovação:** Contrato de Agência Transfusional com a Fundação Hemominas.

#### **Produto 1.12 – Implantar 10 leitos de UTI adulto (em até 12 meses)**

**Descrição:** A OS deverá apresentar projeto de implantação de 10 leitos de UTI, especificando quais serão os leitos, recursos humanos e estrutura que será mobilizada para tal, o qual deverá ser aprovado pela FHEMIG antes do início das ações de implementação da Unidade de Terapia Intensiva.

Observação: caso seja necessário aporte de investimento financeiro para a execução total do produto, a estimativa de gasto também será submetida à análise e aprovação orçamentária e financeira pela FHEMIG. Caso aprovada, o valor necessário será acrescentado ao contrato de gestão por meio de Termo Aditivo.

**Critério de Aceitação:** Operacionalização dos 10 leitos de UTI adulto.

**Fonte de Comprovação:** Espelho de leitos no SGH, CNES e SUSFácilMG, constando 10 leitos operacionais de UTI.

#### **Produto 1.13 – Microfilmar e digitalizar os prontuários dos pacientes e realizar a gestão do arquivo físico (em até 12 meses)**

**Descrição:** Para fins de registro e rastreabilidade da assistência prestada em período anterior à gestão da OS, é necessário microfilmar e digitalizar os prontuários com qualidade que permita sua leitura e consulta, armazená-lo nos bancos de dados da Fhemig, bem como realizar a gestão do arquivo físico da Unidade. É importante que os mecanismos a serem utilizados no processo de microfilmagem, digitalização e gestão do arquivo físico documental esteja em consonância estrita com os princípios legais, em especial da Lei Geral de Proteção de Dados e demais legislações aplicáveis à gestão de arquivos hospitalares

**Critério de Aceitação:** Apresentação dos microfimes, arquivos digitalizados e armazenados nos bancos de dados da Fhemig, bem como da destinação do arquivo morto

**Fonte de Comprovação:** Acesso aos microfimes e arquivos digitalizados, com declaração de que todos os prontuários foram microfilmados e/ou digitalizados, com qualidade compatível para leitura e consulta, bem como documentação que comprove a destinação do arquivo morto.

#### **Produto 1.14 – Viabilizar condições para implantar Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral (em até 15 meses).**

**Descrição:** Hospitais de Ensino (HE) são pontos de atenção da RAS, os quais devem possuir qualificação assistencial e gerencial, bem como integração aos demais pontos de atenção da Rede como requisitos para a boa prática do ensino e da pesquisa de interesse para o SUS. Nessa perspectiva, dentro do planejamento da FHEMIG para expansão de residências profissionais, estabeleceu-se para o HCM a implementação da Residência em Cirurgia Geral, dada a consonância com o perfil da Unidade.

**Critério de Aceitação:** Implantação de todos os critérios impostos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM para a seleção de Programas de Residência em Cirurgia Geral no HCM.

**Fonte de Comprovação:** Documento emitido pelas áreas competentes da Fhemig atestando que os requisitos foram cumpridos.

### **ÁREA TEMÁTICA 02: INFRAESTRUTURA**

#### **Produto 2.1 - Elaboração de Projetos de Reforma (em até 6 meses)**

**Descrição:** Este produto consiste na entrega de projetos de reformas necessárias na unidade, a fim de melhorar sua estrutura

física, possibilitando melhora das condições de atendimento, bem como possíveis adequações a exigências legais. Ressalta-se que os projetos entregues devem conter os requisitos necessários para sua execução, contemplando a estimativa de custos e contratações, além do cronograma detalhado de suas etapas.

**Critério de Aceitação:** Envio do Projeto de Reforma para validação pelas áreas competentes da Fhemig.

**Fonte de Comprovação:** Projetos de reforma entregues e validados pela presidência da Fhemig no prazo.

A realização ou não dos projetos apresentados estará condicionada ao planejamento da Fhemig, assim como disponibilidade orçamentária para tal.

### ÁREA TEMÁTICA 03: CAPTAÇÃO DE RECURSOS

#### Produto 3.1 – Elaborar portfólio de projetos para captação de recursos (em até 9 meses)

**Descrição:** Este produto consiste na elaboração de portfólio de projetos para a unidade, que podem ser subsidiados por recursos provenientes de Emenda Parlamentar. Ressalta-se que tais projetos devem ser desenvolvidos em consonância com o planejamento e diretrizes da Fhemig e com os requisitos legais para obtenção de recursos proveniente de Emenda Parlamentar.

**Critério de Aceitação:** Apresentação de portfólio de projetos estruturado contendo descrição detalhada, bem como a estimativa de custo e prazo. O portfólio deve ser encaminhado à Fhemig, para aprovação, análise e validação 30 dias antes do prazo previsto.

**Fonte de Comprovação:** Portfólio de projetos entregue e validado pela Fhemig no prazo.

#### 4. CRONOGRAMA E QUADRO DE PESOS PARA AVALIAÇÃO

##### CRONOGRAMA DE AVALIAÇÕES

AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIADO*	MÊS DA AVALIAÇÃO
1ª Avaliação	1º ao 3º Mês	4º Mês
	Indicadores área temática 1 (1º ao 3º Mês): Serão avaliados no 7º mês, junto com os resultados do 2º Período Avaliatório.	
2ª Avaliação	4º ao 6º Mês	7º Mês
	Indicadores área temática 1 (4º ao 6º Mês): Serão avaliados no 10º mês, junto com os resultados do 3º Período Avaliatório.	
3ª Avaliação	7º ao 9º Mês	10º Mês
	Indicadores área temática 1 (7º ao 9º Mês): Serão avaliados no 13º mês, junto com os resultados do 4º Período Avaliatório.	
4ª Avaliação	10º ao 12º Mês	13º Mês
	Indicadores área temática 1 (10º ao 12º Mês): Serão avaliados no 16º mês, junto com os resultados do 5º Período Avaliatório.	
5ª Avaliação	13º ao 15º Mês	16º Mês
	Indicadores área temática 1 (13º ao 15º Mês): Serão avaliados no 19º mês, junto com os resultados do 6º Período Avaliatório.	
6ª Avaliação	16º ao 18º Mês	19º Mês
	Indicadores área temática 1 (16º ao 18º Mês): Serão avaliados no 22º mês, junto com os resultados do 7º Período Avaliatório.	

AVALIAÇÃO	PERÍODO AVALIADO*	MÊS DA AVALIAÇÃO
7ª Avaliação	19º ao 21º Mês	22º Mês
	Indicadores área temática 1 (19º ao 21º Mês): Serão avaliados no 26º mês, junto com os resultados do 8º Período Avaliatório.	
8ª Avaliação	22º ao 24º Mês	26º Mês
	Indicadores área temática 1 (19º ao 24º Mês)	

Obs. 1: Os indicadores da área temática 1 são avaliados em períodos diferentes dos demais, devido ao período de aproximadamente 2 meses para processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial apresentada.

Obs. 2: Após a realização da 8ª avaliação no 26º mês, e caso haja descontos financeiros referentes à parcela variável, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS. No que diz respeito ao desconto da parcela variável do contrato de gestão, prevista na subcláusula 5.1.3 deste instrumento jurídico, deverá ocorrer o desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados e ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).

#### QUADRO DE PESOS PARA AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO	QUADRO DE INDICADORES	QUADRO DE PRODUTOS
1ª Avaliação	50%	50%
2ª Avaliação	50%	50%
3ª Avaliação	50%	50%
4ª Avaliação	50%	50%
5ª Avaliação	50%	50%
6ª Avaliação	100%	0%
7ª Avaliação	100%	0%
8ª Avaliação	100%	0%

#### CRONOGRAMA DE DESEMBOLSOS

VALOR TOTAL PREVISTO (R\$)*	VALOR PARCELA FIXA (R\$)*	VALOR DA PARCELA VARIÁVEL (R\$)*	MÊS DE REPASSE	CONDIÇÕES
XXXXX	XXXXX	XXXXX	1º Mês	Após celebração do contrato de gestão, aprovação do regulamento interno de procedimento de compras da OS e aprovação prévia do supervisor.
	XXXXX	XXXXX	2º Mês	
	XXXXX	XXXXX	3º Mês	
	XXXXX	XXXXX	4º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	5º Mês	Após realização da 1ª reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	6º Mês	
	XXXXX	XXXXX	7º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	8º Mês	Após realização da 2ª reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	9º Mês	
	XXXXX	XXXXX	10º Mês	
	XXXXX	XXXXX	11º Mês	Após realização da 3ª reunião da
	XXXXX	XXXXX	12º Mês	



XXXXX VALOR TOTAL PREVISTO (R\$)*	VALOR PARCELA FIXA (R\$)*	VALOR DA PARCELA VARIÁVEL (R\$)*	MÊS DE REPASSE	CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig. CONDIÇÕES
	XXXXX	XXXXX	13º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	14º Mês	Após realização da 4º reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	15º Mês	
	XXXXX	XXXXX	16º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	17º Mês	Após realização da 5º reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	18º Mês	
	XXXXX	XXXXX	19º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	20º Mês	Após realização da 6º reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	21º Mês	
	XXXXX	XXXXX	22º Mês	
XXXXX	XXXXX	XXXXX	23º Mês	Após realização da 7º reunião da CA, aprovação prévia do supervisor e processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.
	XXXXX	XXXXX	24º Mês	

Obs 1: Os valores a serem repassados em cada parcela serão definidos após elaboração da memória de cálculo do contrato de gestão a ser celebrado, respeitando o limite de repasses a serem feitos pela Fhemig, constante no edital.

Obs 2: Os meses de desembolso financeiro poderão ser alterados, mediante o dia do mês em que o contrato de gestão for assinado, devido às questões de processamento orçamentário e financeiro pela Fhemig.

## 5. QUADRO DE PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS

*O quadro será inserido, conforme modelo disponibilizado pela SEPLAG, quando da celebração do contrato de gestão.*



Documento assinado eletronicamente por **Renata Ferreira Leles Dias, Presidente(a)**, em 10/12/2024, às 19:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.mg.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **103568060** e o código CRC **43251DB7**.