CADERNO TÉCNICO INDICADORES

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO, FATURAMENTO E PARCERIAS

GERÊNCIA DE MONITORAMENTO DE PARCERIAS

INSTRUTIVO PARA APURAÇÃO DOS INDICADORES CONTRATO DE GESTÃO Nº 12/2024

3ª versão

JULHO/2025

Sumário

DIRETORIA DE CONTRATUALIZAÇÃO, FATURAMENTO E PARCERIAS GERÊNCIA DE MONITORAMENTO DE PARCERIAS 2
1. INTRODUÇÃO 6
2. ÁREA TEMÁTICA 01: PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E FATURAMENTO 7
2.1. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 8
2.1.1. MATRIZ DOS INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 8
I. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.1 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE) 11
II. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE) 13
2.2. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO 17
2.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO 17
2.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO 20
2.3. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 23
2.3.1. MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 23
2.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO 26
2.4. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 28
2.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 28
2.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL 31
PARA LEITOS DE UTI NEO 31
PARA LEITOS DE UCI NEO 33
2.5. CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA 35
2.5.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA 35
2.5.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA 37
● Para cálculo do numerador do indicador (Nº de contas faturadas (apresentadas) até o primeiro mês subsequente à alta): 37
COMPETÊNCIA JANEIRO/24 38
● Para cálculo do denominador do indicador (Nº total de alta de pacientes dentro da competência faturada): 41
● Para cálculo da fórmula do indicador: 48
2.6. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA 49
2.6.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA 49
2.6.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA 51
3. ÁREA TEMÁTICA 02: PROCESSOS E QUALIDADE 59

3.1. CUMPRIMENTO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 59
3.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO 62
Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar nossa unidade de saúde para um familiar ou amigo? 62
Como é calculado o NPS: 63
Calculo de Amostragem: 63
3.2. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 64
3.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 64
3.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS 66
3.3. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 67
3.3.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 67
3.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA 69
● Para cálculo do numerador (total de altas codificadas no DRG): 69
• Para obtenção do denominador (total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar): 71
● Para cálculo da fórmula do indicador: 76
3.4. CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC 77
3.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA - IQCC 77
3.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC 79
4. ÁREA TEMÁTICA 03: ASSISTÊNCIA À SAÚDE 84
4.1. CUMPRIMENTO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 85
4.1.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 85
4.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 87
4.2. CUMPRIMENTO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 91
4.2.1. MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 91
4.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR 94
4.3. CUMPRIMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL 105
4.3.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL 105
4.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL 107
a) PARÂMETROS: 108
b) REFERÊNCIA: 109
4.4. CUMPRIMENTO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA 111
4.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.4 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA 111
4.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.4 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA 114
1. Coleta de Dados pela Equipe de Controle de Infecções (ECI): 114
2. Inserção de Dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH): 114
3. Processamento e Análise dos Dados: 114
4. Geração de Relatórios: 114
5. Revisão e Validação dos Relatórios 115
6. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital: 115
7. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA): 115

8. Revisão e Validação dos Relatórios 116
9. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital: 116
10. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA): 116
4.5. CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE CASE MIX 117
4.5.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.5 – MEDIDA DE CASE MIX 117
4.5.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.5 – MEDIDA DE CASE MIX 119
a) PARÂMETROS: 120
b) REFERÊNCIA: 121
4.6. CUMPRIMENTO DA TAXA DE CESÁREA 123
4.6.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.6 – TAXA DE CESÁREA 123
4.6.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.6 – TAXA DE CESÁREA 125
a) PARÂMETROS: 126
b) REFERÊNCIA: 127
4.7.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO 129
4.7.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO 132
a) PARÂMETROS: 133
b) REFERÊNCIA: 134
4.8. CUMPRIMENTO DA TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI 137
1. Coleta de Dados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva): 141
2. Inserção de Dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH): 141
3. Processamento e Análise dos Dados: 141
4. Geração de Relatórios: 141
5. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital: 142
6. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA): 142
5. ÁREA TEMÁTICA 04: GESTÃO DA PARCERIA 143
5.1. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA 144
5.1.1. MATRIZ DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA 144
5.2. CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 147
5.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 4.2 - EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 147
5.2.2. AÇÕES PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 4.2 – EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO 149

1. INTRODUÇÃO

Os indicadores e as metas presentes no Contrato de Gestão nº 12/2024, celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia – Faepu, foram elencados com o objetivo de direcionar a gestão, execução e operacionalização dos serviços hospitalares ofertados pelo Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, de modo a favorecer o constante aprimoramento do seu desempenho, bem como munir a Fhemig com informações depuradas acerca da qualidade e do desempenho dos serviços executados, propiciando assim, uma visão clara, transparente da atuação do parceiro acerca do objeto contratado.

O rol de indicadores, bem como suas metas, foi formulado, visando à progressão dos resultados atuais já alcançados pela Unidade, na expectativa de superar os desafios impostos pela administração direta, sendo utilizados parâmetros e dados do próprio HRAD, além de dados estatísticos nacionais e internacionais de avaliação da qualidade e eficiência hospitalar. Ademais, foram observadas as diretrizes e os parâmetros constantes nas normativas que norteiam a Política de Atenção Hospitalar vigente.

Vale ressaltar, que foi priorizada a utilização de indicadores hospitalares já praticados no mercado, uma vez que, indicadores já padronizados permitem a comparabilidade, identificação de boas práticas e pontos de aprimoramento. Além disso, permitem o desenvolvimento de políticas baseadas em desempenho e disponibilidade de informações para a sociedade, possibilitando maior poder de decisão sobre os serviços disponíveis.

Por fim, apresentamos abaixo a ficha técnica de cada indicador, para que seja compreendida a motivação para definição de cada um deles, contendo descrição, fundamentação, fórmula, resultado no período avaliado, unidade de medida, periodicidade, fonte de comprovação, polaridade, cálculo de desempenho, meta, linha de base atualizada, referência para o cálculo das metas pactuadas e metodologia para obtenção do resultado.

2. ÁREA TEMÁTICA 01: PRODUÇÃO ASSISTENCIAL E FATURAMENTO

O grupo de indicadores que compõem esta área temática visa mensurar o desempenho quantitativo das atividades assistenciais realizadas, bem como avaliar a conformidade dos processos internos da unidade durante a prestação dos serviços pactuados. O acompanhamento do número de procedimentos ambulatoriais realizados é fundamental para apurar a produtividade da unidade de saúde e, assim, cumprir a missão institucional e apoiar a sustentabilidade financeira.

Neste cenário, o processo de faturamento se traduz como fonte essencial para mensuração deste desempenho, por meio do qual será possível visualizar se os procedimentos realizados, bem como sua frequência, estão conforme as necessidades pactuadas com a entidade parceira, seguindo as normativas e a contratualização com o gestor local do SUS. Ressalta-se que o processo de faturamento das unidades deverá ocorrer conforme as diretrizes da Fhemig e a legislação vigente.

2.1. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

2.1.1. MATRIZ DOS INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

NOME DO INDICADOR	INDICADORES 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Descrição	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.
Fundamentação	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.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de procedimentos realizados nos 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 (sistema TABWIN).
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
Produção Ambulatorial de Média Complexidade em quantidade de procedimentos (Produção contratualizada no PCEP com Gestor Municipal – vigência até 17/12/2025)	JUN/24, JUL/24, AGO/24	AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente	DEZ/24 (1ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	SET/24, OUT/24, NOV/24	NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente	MAR/25 (2ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente	JUN/25 (3ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente	SET/25 (4ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente	DEZ/25 (5ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	SET/25, OUT/25, NOV/25	NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente	MAR/26 (6ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente	JUN/26 (7ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente	JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)	≥ 28.224 procedimentos para o trimestre

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
Produção Ambulatorial de Alta Complexidade em quantidade de procedimentos (Produção contratualizada no PCEP com Gestor Municipal – vigência até 17/12/2025)	JUN/24, JUL/24, AGO/24	AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente	DEZ/24 (1ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	SET/24, OUT/24, NOV/24	NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente	MAR/25 (2ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente	JUN/25 (3ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente	SET/25 (4ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente	DEZ/25 (5ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	SET/25, OUT/25, NOV/25	NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente	MAR/26 (6ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente	JUN/26 (7ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente	JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)	≥ 462 procedimentos para o trimestre

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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).

<table>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="7">LINHA DE BASE</td><td>PERÍODO</td><td>PRODUÇÃO AMBULATORIAL MÉDIA COMPLEXIDADE</td><td>PRODUÇÃO AMBULATORIAL ALT COMPLEXIDADE</td></tr>
<tr><td>2022</td><td>71.915</td><td>1.194</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>88.890</td><td>3.076</td></tr>
<tr><td>JAN/24, FEV/24</td><td>17.430</td><td>432</td></tr>
<tr><td>MAR/24, ABR/24, MAIO/24</td><td>27.403</td><td>559</td></tr>
<tr><td>JUN/24, JUL/24. AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>27.328</td><td>481</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>28.326</td><td>575</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>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 Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP com o município de Patos de Minas (vigência até 17/12/2025). Foram mantidas as metas que estão contratualizadas, a fim de reforçar e fortalecer o papel da Unidade no território.</td></tr>
</table>

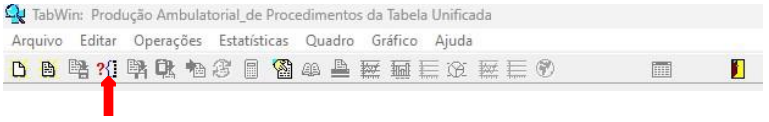
2.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.1 E 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

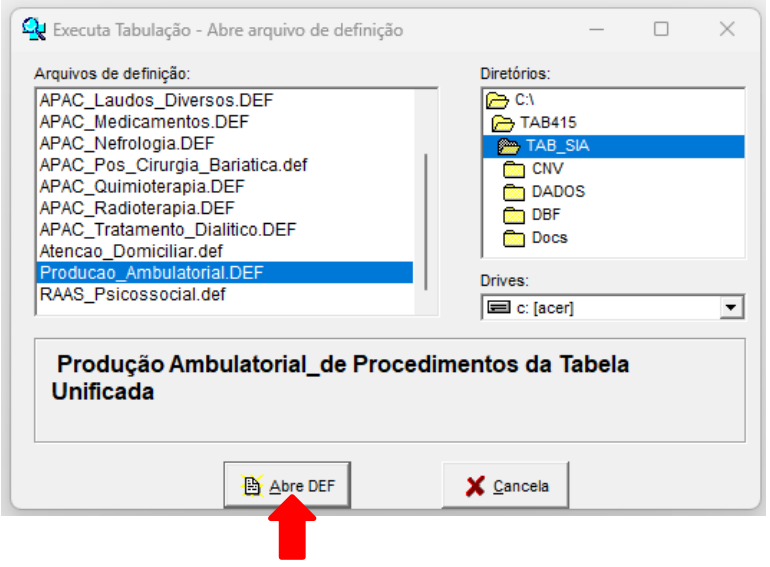
I. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.1 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE)

a) Acesse o TABWIN 415

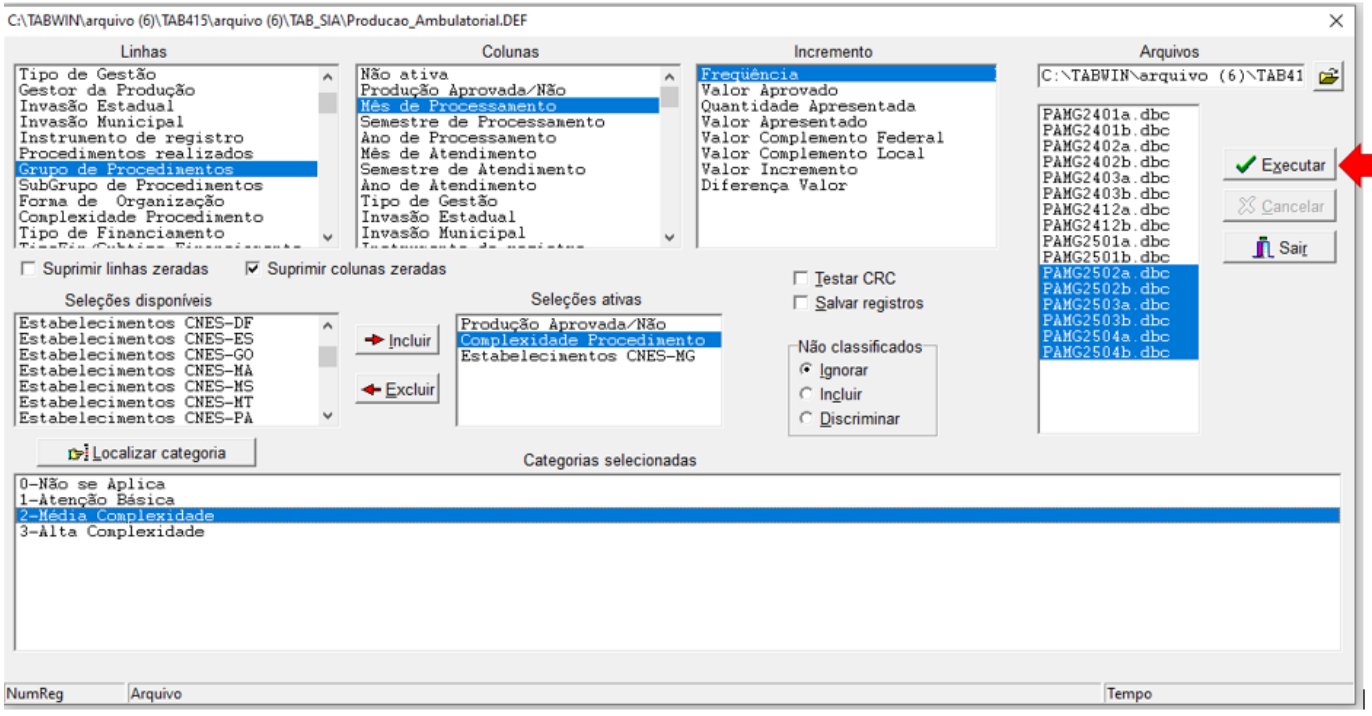
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



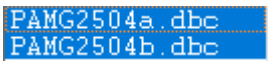
Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



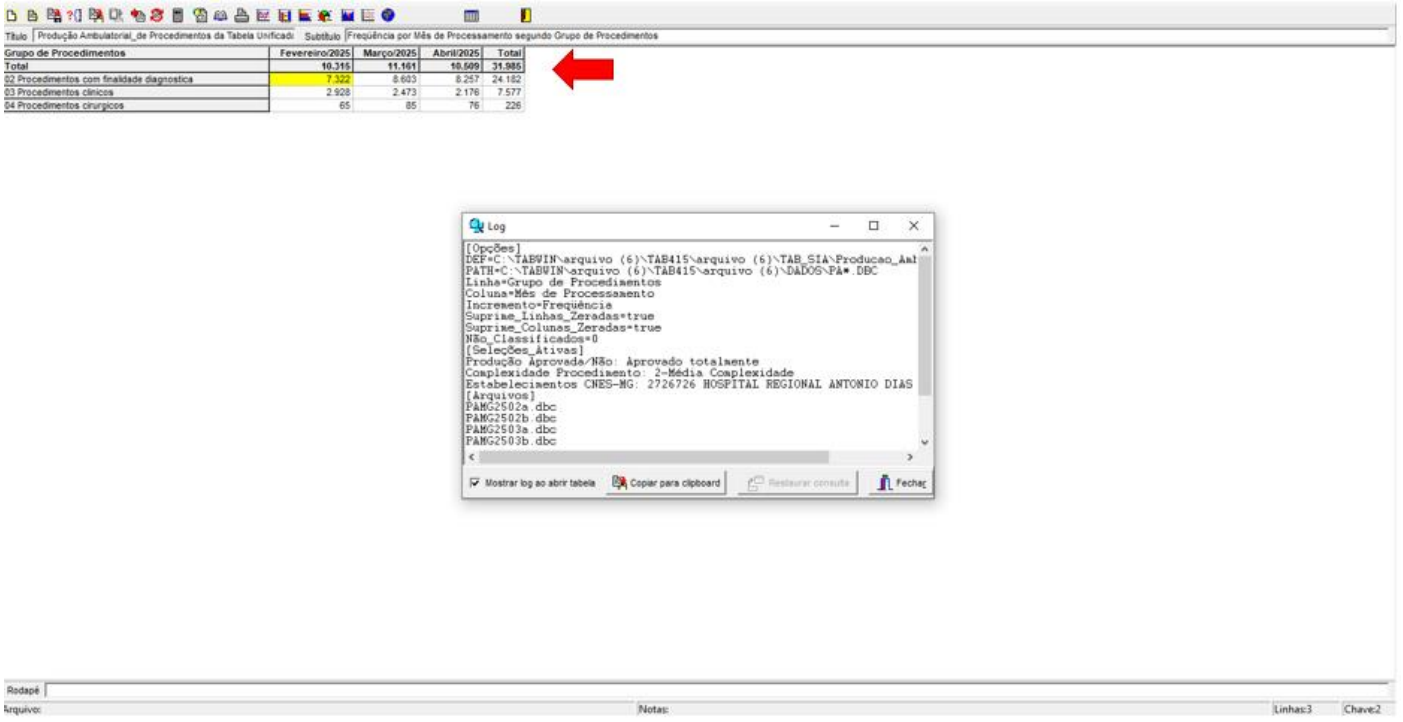
Observações:

- Após incluir cada uma das “Seleções Ativas” devem ser tabuladas nas “Categorias Selecionadas” as seguintes informações, antes de apertar “EXECUTAR”:
  - Produção aprovada/Não: APROVADO TOTALMENTE
  - Complexidade Procedimento: 2 – MÉDIA COMPLEXIDADE
  - Estabelecimentos: CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25 (são sempre dois arquivos: PAMGXXXXa. dbc; PAMGXXXXb. dbc)



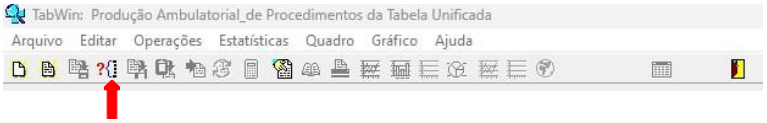
d) Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro/25, março/25 e abril/25):



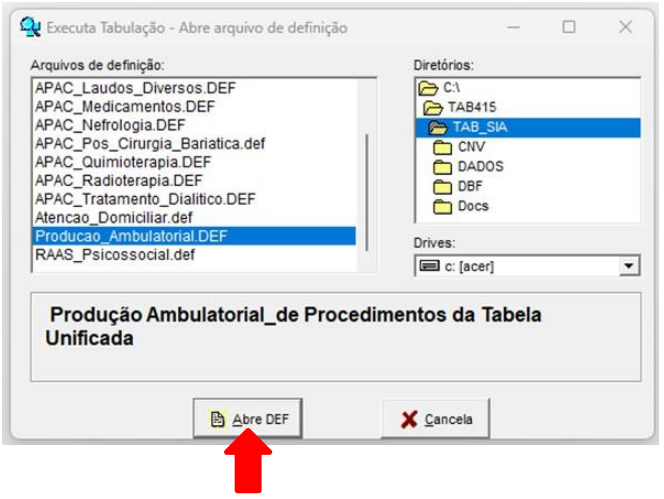
II. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (INDICADOR 1.1.2 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE)

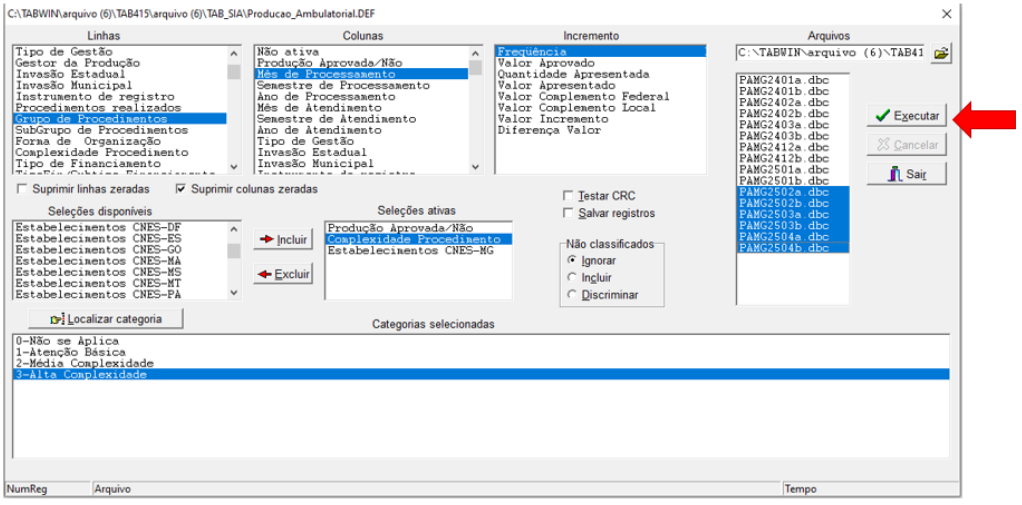
a) Acesse o TABWIN 415

b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:





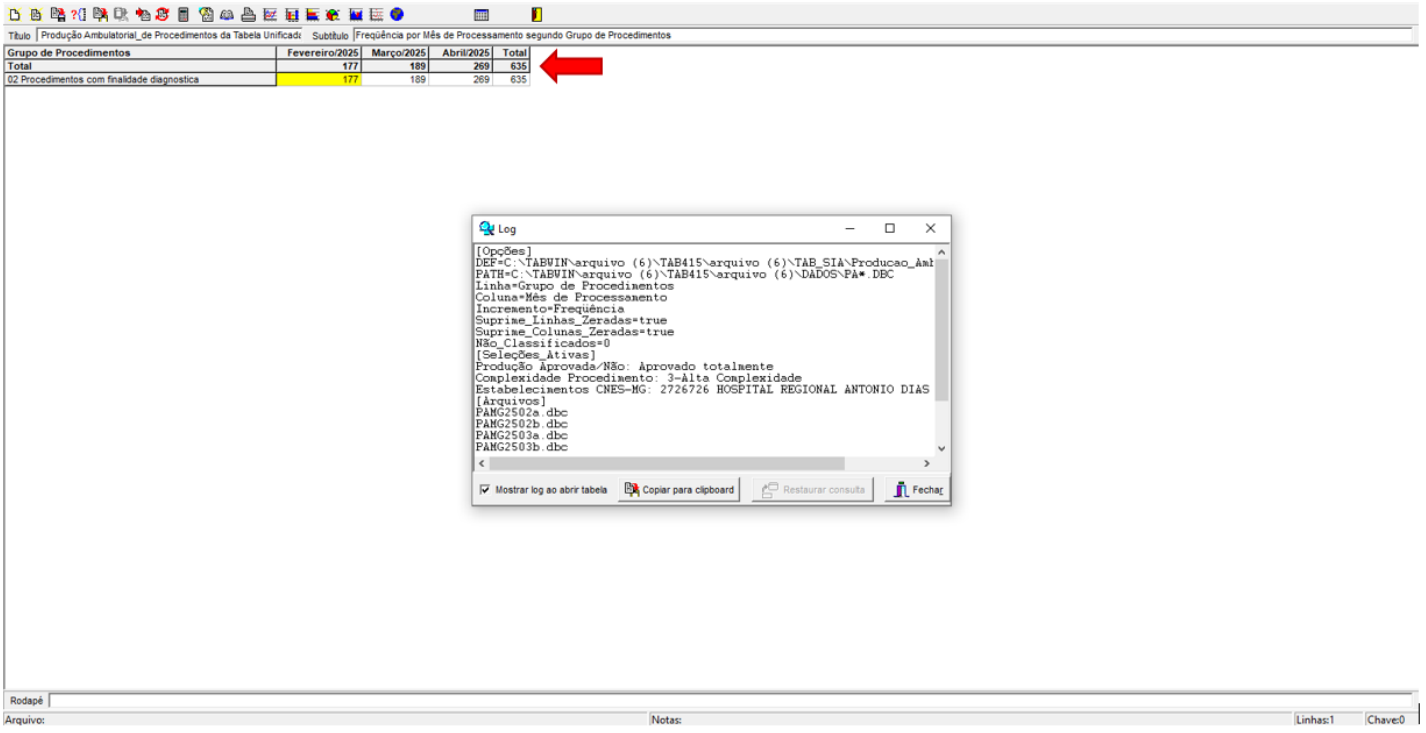
d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

Observações:

- Após incluir cada uma das “Seleções Ativas” devem ser tabuladas nas “Categorias Selecionadas” as seguintes informações:
    - Produção aprovada/Não: APROVADO TOTALMENTE
    - Complexidade Procedimento: 3 – ALTA COMPLEXIDADE
    - Estabelecimentos CNES-MG/LOCALIZAR CATEGORIA: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25 (são sempre dois arquivos: PAMGXXXXa. dbc; PAMGXXXXb. dbc)

e) Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro/25, março/25 e abril/25):



2.2. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO

2.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em AIHs) realizada nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos, em dado período.
Fundamentação	A adoção desse indicador e seu monitoramento visam: i. garantir o incremento de acesso à internação hospitalares a população do território; ii. a indução do uso de toda a capacidade operacional da unidade; um processo constante de monitoramento do tempo de permanência e indicação do giro do leito de acordo com o esperado para os grupos de diagnóstico relacionados (DRGs); iii. o cumprimento do quantitativo de atendimentos pactuado em contrato assistencial, conforme necessidade, interesse e disponibilidade financeira do gestor SUS e do território;gerando assim o uso eficiente do recurso público. Do ponto de vista global, tal análise projeta a capacidade de atendimento total da unidade quando se supera os processos da gestão menos eficientes e se alcança o valor ótimo de “produção” assistencial. As metas foram definidas considerando um escalonamento percentual dentro do limite máximo de produção. Tem como limite a capacidade de atendimento total da unidade, considerando estrutura física e tempo de permanência esperado para o perfil de complexidade assistencial.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto das internações nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto das internações nos leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos realizadas nos meses avaliados no período.
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).

<table>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Relatório emitido pelo DATASUS (sistema TABWIN).</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">Cumprimento da produção de serviços hospitalares por linha de cuidado (leitos cirúrgicos, obstétricos, clínicos e pediátricos)</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente</td><td>DEZ/24 (1ª avaliação)</td><td>1.794 AIH's</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (2ª avaliação)</td><td>1.850 AIH's</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (3ª avaliação)</td><td>1.905 AIH's</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente</td><td>SET/25 (4ª avaliação)</td><td>1.961 AIH's</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente</td><td>DEZ/25 (5ª avaliação)</td><td>2.017 AIH's</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (6ª avaliação)</td><td>2.073 AIH's</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (7ª avaliação)</td><td>2.128 AIH's</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente</td><td>JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)</td><td>2.184 AIH's</td></tr>
</table>
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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="6">LINHA DE BASE</td><td>Período</td><td>Produção de AIHs</td></tr>
<tr><td>2022</td><td>7.193</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>8.228</td></tr>
<tr><td>jan/24, fev/24</td><td>1.470</td></tr>
<tr><td>mar/24, abr/24, mai/24</td><td>1.937</td></tr>
<tr><td>jun/24, jul/24, ago/24 (1º Periodo avaliatório)</td><td>2.304</td></tr>
<tr><td>set/24, out/24, nov/24 (2º Periodo avaliatório)</td><td>2.288</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>Para definição de tal produção hospitalar mínima (em AIHs) e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi considerada a seguinte metodologia:
1) Projetada a capacidade máxima instalada em função do tempo de permanência, por clínicas, adotado como referência as unidades SUS</td></tr>
</table>

que utilizam a metodologia DRG no Brasil e o número de leitos existentes na Unidade, considerado uma taxa de ocupação de 85% e 30 dias de funcionamento, conforme apresentado a seguir:

Tipo de leito	Capacidade (leitos)	MP Real	MP Prevista	Produção 2019-2021 (Total)	Média Mensal	Produção Máxim/mês MP real	Produção Máxim/mês MP prevista
01 Cirúrgico	57	8,1	4,7	9.182	255	190	310
02 Obstétricos	15	2,8	2,0	5.229	145	143	193
03 Clínico*	27	5,7	4,5	5.605	156	127	155
07 Pediátricos	10	5,1	3,6	1.509	42	53	70
Total	109			**21.525**	**598**	**512**	**728**
Total por Trimestre		-		-	1.794	1.537	2.184

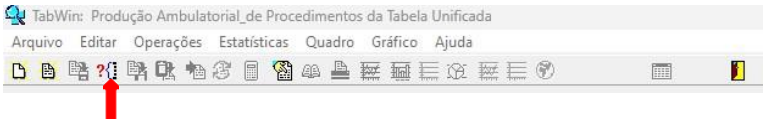
2) Para definição das metas por período avaliatório foram escalonados entre o primeiro e o último período avaliatório, os valores referentes à média mensal da produção calculada no momento da elaboração do Estudo de Viabilidade (2022) e a produção máxima estimada, conforme explicitado acima. Dessa forma, chega-se ao incremento de 22% na produção dos leitos cirúrgicos, 33% nos leitos obstétricos e 63% nos leitos pediátricos. Para os leitos clínicos a produção será mantida (a Unidade já opera na sua capacidade máxima para esse tipo de leito). Considerando os quatro tipos de leitos, o aumento da produção hospitalar alcançará 22% ao término da vigência do Contrato de Gestão.

2.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.3 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES POR LINHA DE CUIDADO

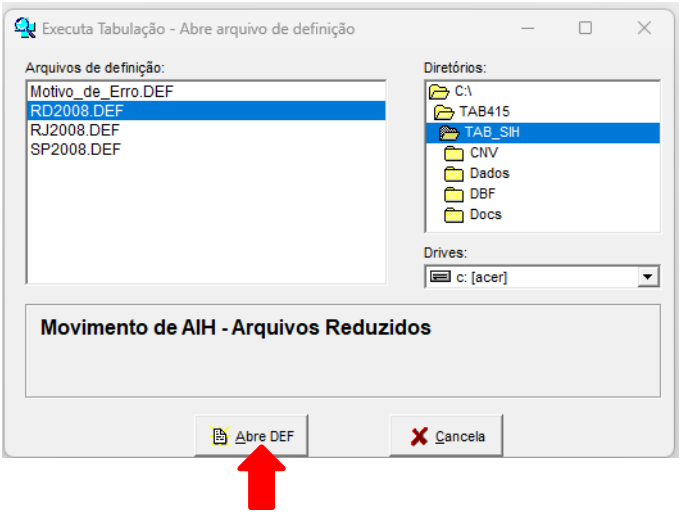
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acesse o TABWIN 415

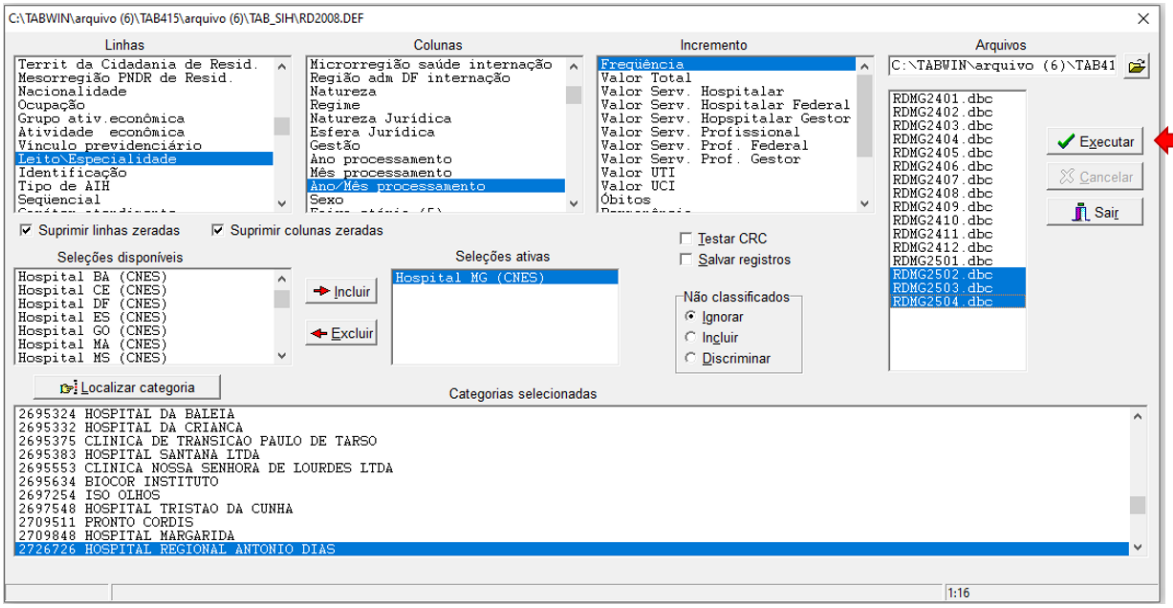
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:

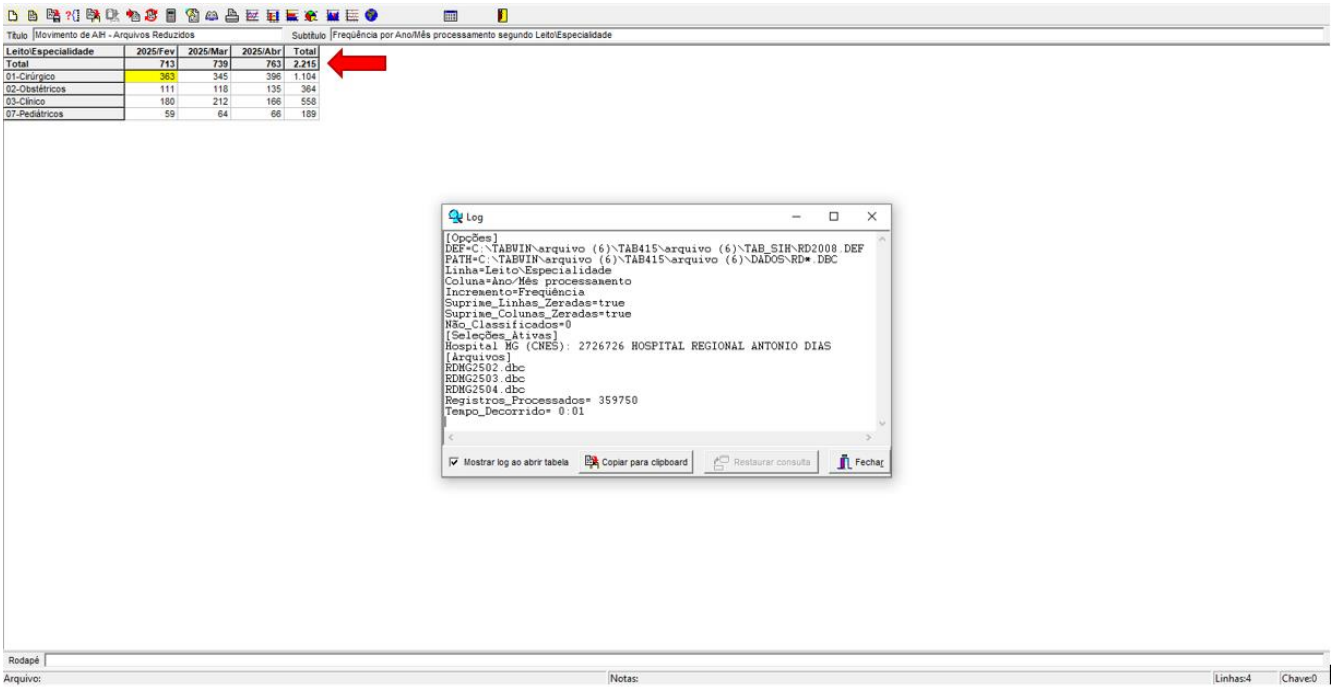


Observações:

- Após incluir a “Seleção Ativa” deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25:

e) Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro/25, março/25 e abril/25):



Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos
Subtítulo: Freqüência por Ano/Mês processamento segundo Leito\Especialidade

Leito\Especialidade	2025/Fev	2025/Mar	2025/Abr	Total
Total	713	739	763	2.215
01-Cirúrgico	363	345	396	1.104
02-Obstétricos	111	118	135	364
03-Clínico	180	212	166	558
07-Pediátricos	59	64	66	189

Log

```
[Opções]
DEF=C:\TABWIN\arquivo (6)\TAB415\arquivo (6)\TAB_SIH\RD2008.DEF
PATH=C:\TABWIN\arquivo (6)\TAB415\arquivo (6)\DADOS\RD*.DBC
Linha=Leito\Especialidade
Coluna=Ano/Mês processamento
Incremento=Frequência
Suprime_Linhas_Zeradas=true
Suprime_Colunas_Zeradas=true
Não_Classificados=0
[Seleções_Ativas]
Hospital MG (CNES): 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
[Arquivos]
RDMG2502.dbc
RDMG2503.dbc
RDMG2504.dbc
Registros_Processados= 359750
Tempo_Decorrido= 0:01
```

Mostrar log ao abrir tabela | Copiar para clipboard | Restaurar consulta | Fechar

Rodapé
Arquivo: | Notas: | Linhas:4 | Chave:0

2.3. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

2.3.1. MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, em leitos de UTI Adulto. Observação: para esse indicador será contabilizado somente os leitos de UTI Adulto – tipo II, pois o HRAD está habilitado para essa categoria.
Fundamentação	Visa avaliar o grau de utilização dos leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto). Mede a utilização do leito considerando a otimização da capacidade instalada em 95%. O leito hospitalar, sobretudo de cuidado intensivo, deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deve ser utilizado de forma ótima, a fim de aumentar o acesso e estar disponível para indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação de sua saúde.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI Adulto - tipo II realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI Adulto - tipo II realizadas nos 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 (sistema TABWIN).
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
Cumprimento da produção de diárias em UTI Adulto	JUN/24, JUL/24, AGO/24	AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente	DEZ/24 (1ª avaliação)	697 diárias
	SET/24, OUT/24, NOV/24	NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente	MAR/25 (2ª avaliação)	707 diárias
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente	JUN/25 (3ª avaliação)	717 diárias
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente	SET/25 (4ª avaliação)	728 diárias
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente	DEZ/25 (5ª avaliação)	738 diárias
	SET/25, OUT/25, NOV/25	NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente	MAR/26 (6ª avaliação)	749 diárias
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente	JUN/26 (7ª avaliação)	759 diárias
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente	JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)	770 diárias

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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).

Linha de base atualizada

	Período	Diárias de UTI Adulto
LINHA DE BASE	2022	3.338
	2023	3.025
	jan/24, fev/24	570
	mar/24, abr/24, mai/24	622
	jun/24, jul/24, ago/24 (1 º Periodo	905
	set/24, out/24, nov/24 (2 º Periodo avaliatório)	845

*Observação: ressalta-se que no PCEP formalizado com o município de Patos de Minas (vigência até 17/12/2025) o quantitativo pactuado de diárias de UTI engloba as diárias de acompanhantes, diferentemente do Contrato de Gestão, o qual engloba
especificamente as diárias dos pacientes em terapia intensiva.

Referências para o cálculo das metas pactuadas

Para definição da produção das diárias de UTI Adulto - tipo II e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi considerada a seguinte metodologia:

1) Projetada a capacidade máxima de diárias de UTI Adulto - tipo II considerando o número de leitos existentes na Unidade, uma taxa de ocupação de 95% e 30 dias de funcionamento, conforme apresentado a seguir:

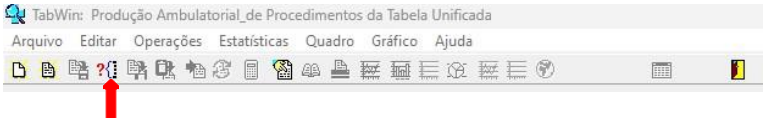
	<table><tr><th>Tipo de UTI</th><th>Capacidade (leitos)</th><th>Produção 2019-2021 (Total)</th><th>Média Diárias por Leito</th><th>Produção Máxim/mês [3]</th><th>Produção Máxim/PA</th></tr><tr><td>UTI adulto - tipo II [1]</td><td>9</td><td>13.937</td><td>25,8</td><td>257</td><td>770</td></tr></table> 2) Para definição das metas por período avaliatório foram escalonados entre o primeiro e o último período avaliatório, os valores referentes à média mensal da produção de diárias calculada no momento da elaboração do Estudo de Viabilidade (2022) e a produção máxima estimada, conforme explicitado acima. Dessa forma, chega-se ao incremento de 10% na produção de diárias ao término da vigência do Contrato de Gestão.

2.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.4 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI ADULTO

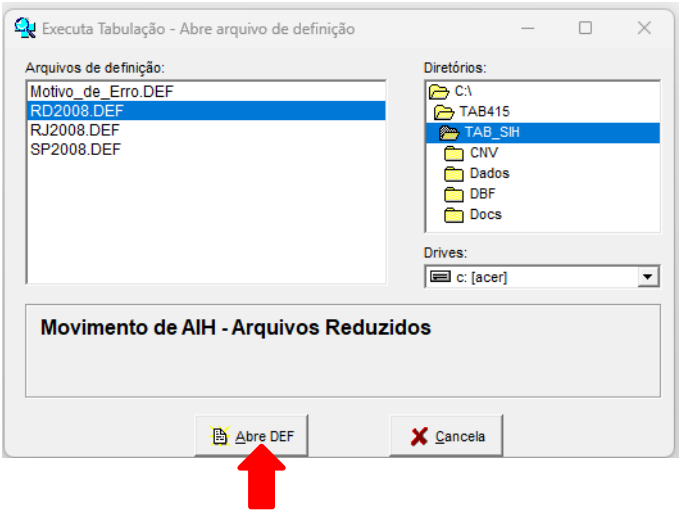
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acesse o TABWIN 415

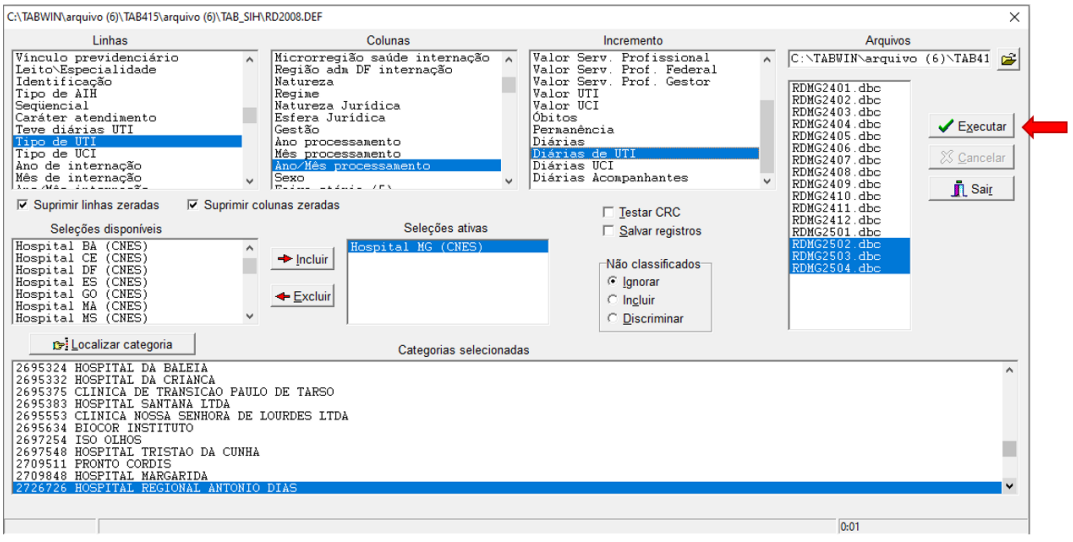
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



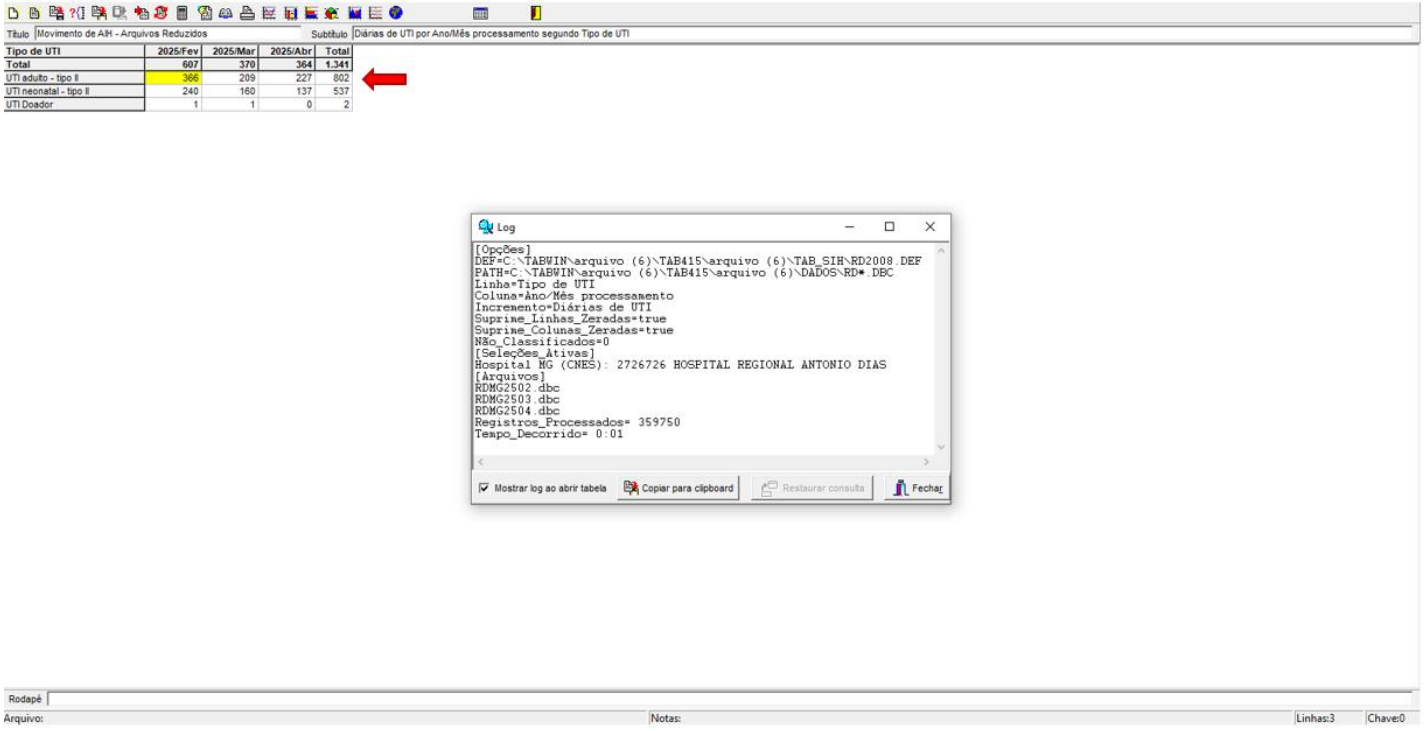
Observações:

- Após incluir a “Seleção Ativa” deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25:

RDMG2504.dbc

e) Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro/25, março/25 e abril/25). Especificamente, os dados referentes à UTI Adulto - tipo II constarão na terceira linha da tabela abaixo:



2.4. CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

2.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL
Descrição	Consiste na apuração da produção hospitalar (em diárias) realizada em dado período, em leitos de UTI Neonatal (recém-nascidos até 31 dias). Observação: para esse indicador será contabilizado somente os leitos de UTI Neonatal – tipo II pois o HRAD está habilitado para essa categoria.
Fundamentação	Visa avaliar o grau de utilização dos leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Mede o perfil de utilização do leito considerando a otimização da capacidade instalada em 95%. O leito hospitalar, sobretudo de cuidado intensivo, deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deve ser utilizado de forma ótima, a fim de aumentar o acesso e estar disponível para indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação de sua saúde.
Fórmula de cálculo do indicador	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI (leitos de terapia intensiva neonatal – UTI Neo - tipo II + leitos de cuidado intermediário neonatal – UCI Neo) realizadas no período.
Resultado no período avaliado	Somatório do número absoluto de diárias em leitos de UTI (leitos de terapia intensiva neonatal – UTI Neo - tipo II + leitos de cuidado intermediário neonatal – UCI Neo) realizadas nos 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 (sistema TABWIN).
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
Cumprimento da produção de diárias em UTI Neonatal	JUN/24, JUL/24, AGO/24	AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente	DEZ/24 (1ª avaliação)	583 diárias
	SET/24, OUT/24, NOV/24	NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente	MAR/25 (2ª avaliação)	610 diárias
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente	JUN/25 (3ª avaliação)	636 diárias
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente	SET/25 (4ª avaliação)	663 diárias
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente	DEZ/25 (5ª avaliação)	690 diárias
	SET/25, OUT/25, NOV/25	NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente	MAR/26 (6ª avaliação)	716 diárias
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente	JUN/26 (7ª avaliação)	743 diárias
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente	JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)	770 diárias

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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).

Linha de base atualizada

	Período	Diárias de UTI Neonatal
LINHA DE BASE	2022	2.815
	2023	3.032
	jan/24, fev/24	432
	mar/24, abr/24, mai/24	681
	jun/24, jul/24, ago/24 (1 º Periodo	593
	set/24, out/24, nov/24 (2 º Periodo avaliatório)	845

*Observação: ressalta-se que no PCEP formalizado com o município de Patos de Minas (vigência até 17/12/2025) o quantitativo pactuado de diárias de UTI engloba as diárias de acompanhantes, diferentemente do Contrato de Gestão, o qual engloba
especificamente as diárias dos pacientes em terapia intensiva.

Referências para o cálculo das metas pactuadas

Para definição da produção das diárias de UTI e das metas a serem alcançadas ao longo da parceria, foi considerada a seguinte metodologia:

1) Projetada a capacidade máxima de diárias de UTI Neo - tipo II e UCI Neo, considerando o número de leitos existentes na Unidade, uma taxa de ocupação de 95% e 30 dias de funcionamento, conforme apresentado a seguir:

Tipo de UTI	Capacidade (leitos)	Produção 2019-2021 (Total)	Média Diárias por Leito	Produção Máxim/mês [3]	Produção Máxim/PA
UTI neonatal - tipo II [2]	9	6.803	21,6	257	

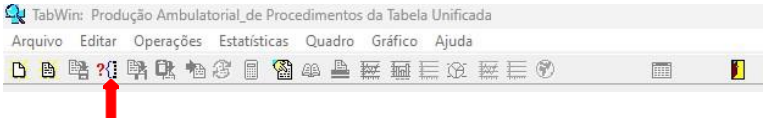
2) Para definição das metas por período avaliatório foram escalonados entre o primeiro e o último período avaliatório, os valores referentes à média mensal da produção de diárias calculada no momento da elaboração do Estudo de Viabilidade (2022) e a produção máxima estimada, conforme explicitado acima. Dessa forma, chega-se ao incremento de 32% na produção de diárias ao término da vigência do Contrato de Gestão.

2.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.1.5 – CUMPRIMENTO DA PRODUÇÃO DE DIÁRIAS DE UTI NEONATAL

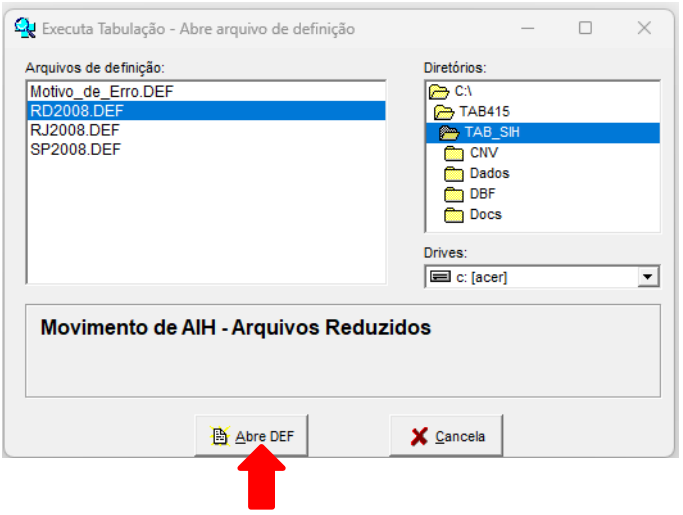
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acesse o TABWIN 415

b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO

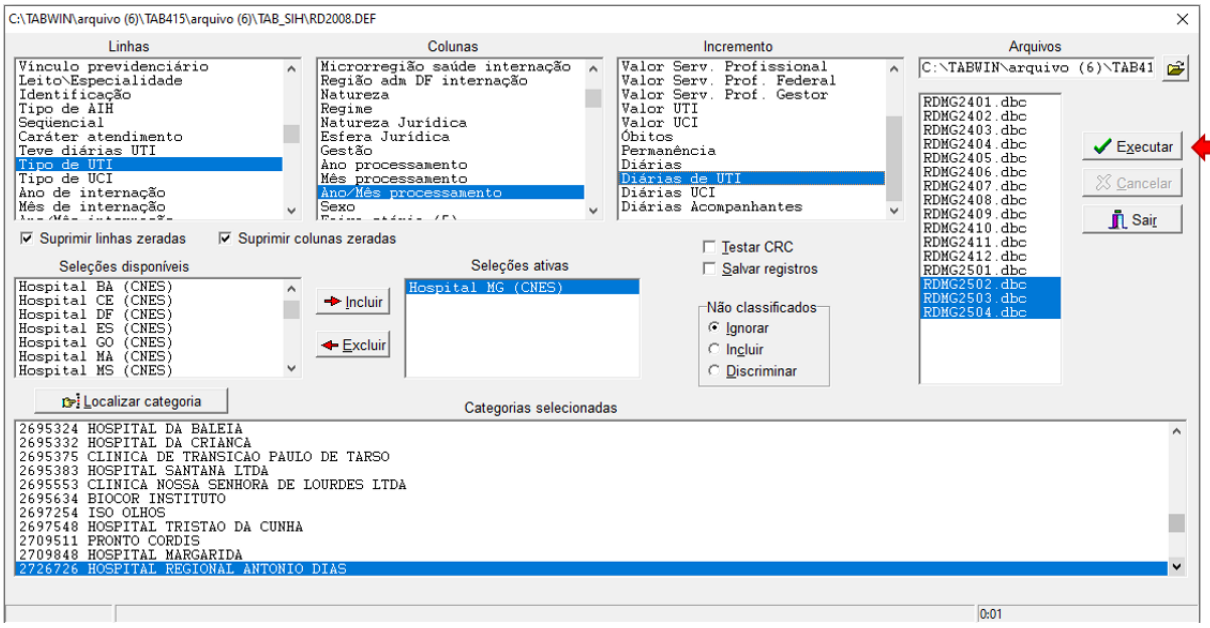


c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



PARA LEITOS DE UTI NEO

i. Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



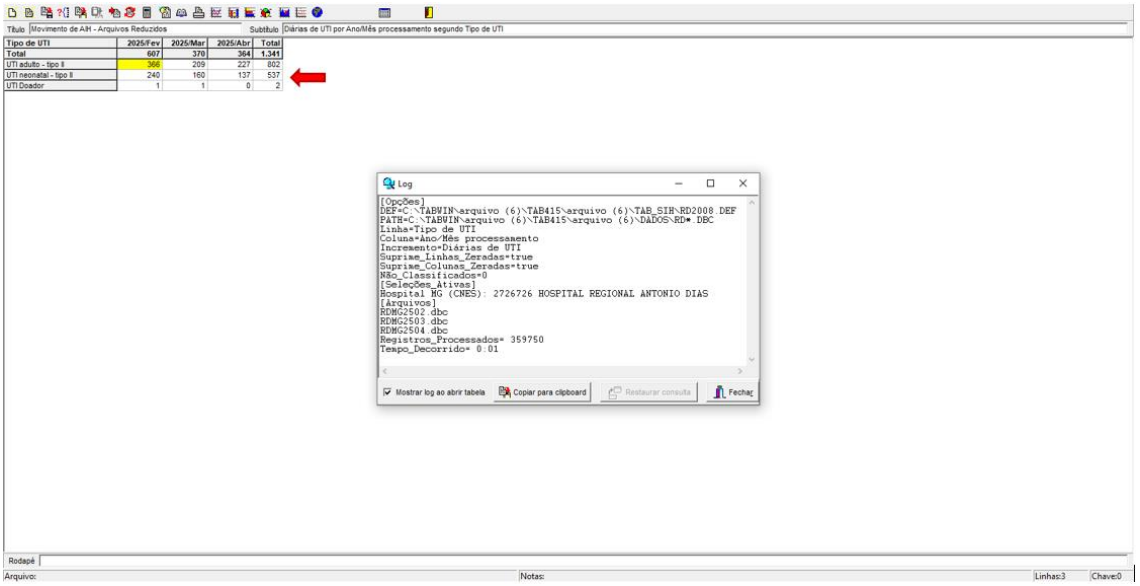
Observações:

- Após incluir a “Seleção Ativa” deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25:

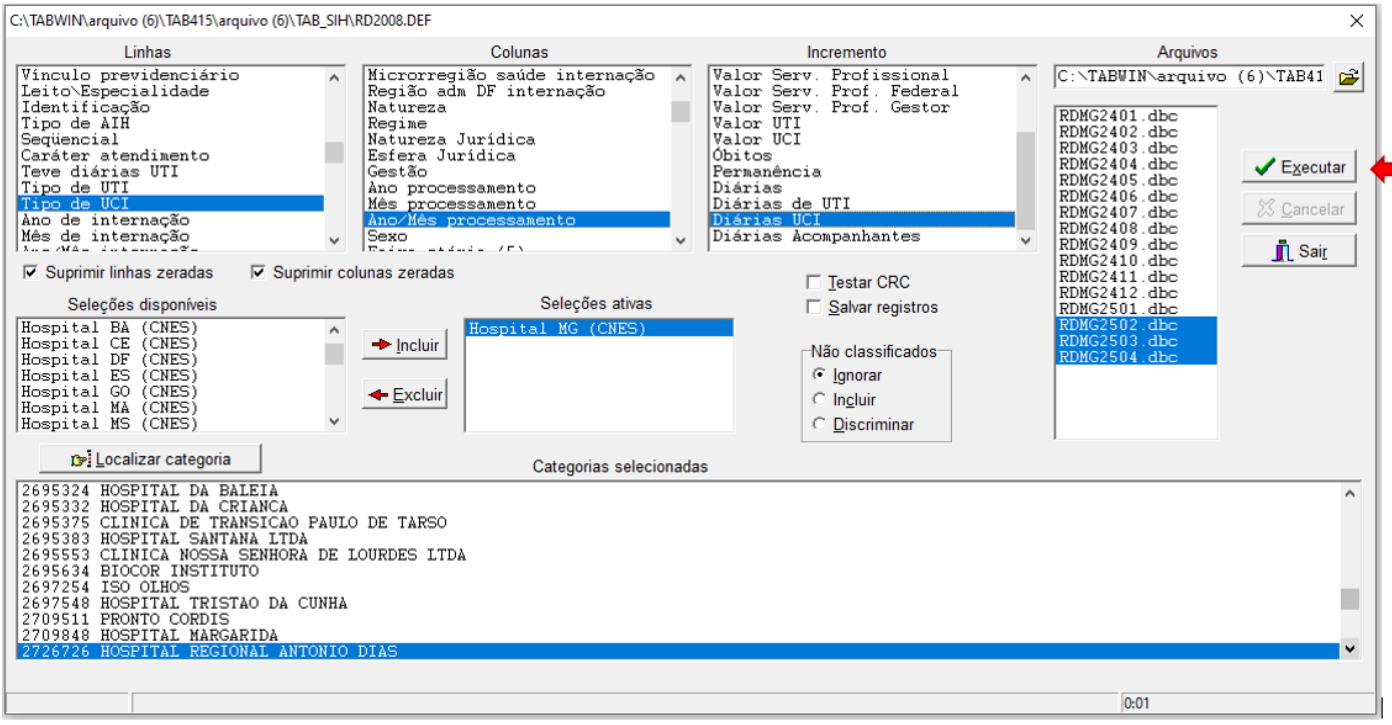
RDMG2504.dbc

ii. Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro, março e abril/25). Especificamente, os dados referentes à UTI Neo - tipo II constarão na quarta linha da tabela abaixo:



PARA LEITOS DE UCI NEO

i. Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



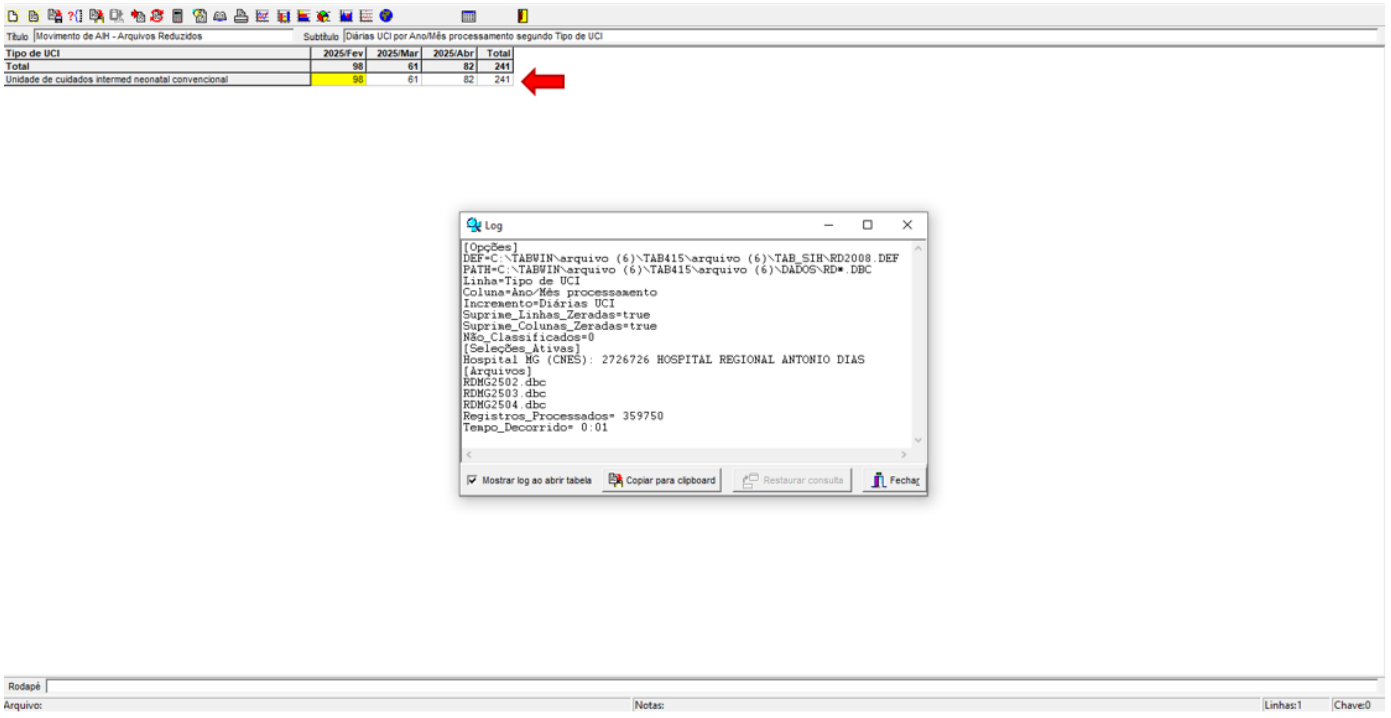
Observações:

- Após incluir a “Seleção Ativa” deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS

- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/25:

RDMG2504.dbc

ii. Será gerada uma tela com as informações solicitadas para os meses de competência, correspondentes aos arquivos selecionados no TABWIN, os quais são disponibilizados pelo Ministério da Saúde (nesse caso, fevereiro/25, março/25 e abril/25):



2.5. CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA

2.5.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA
Descrição	Consiste na apuração do total de contas faturadas (apresentadas) nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (Sistema de Informações Hospitalares - SIH e o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA) realizadas no máximo 1 mês subsequente à alta hospitalar.
Fundamentação	Este indicador prima para que o processo de faturamento seja fidedigno e realizado tempestivamente, refletindo o processo assistencial e gerando informações para tomada de decisão. Também é uma forma de garantir a comprovação do cumprimento das obrigações e metas contratuais, a captação tempestiva de recursos, assim como a disponibilização das informações assistenciais nos Sistemas de Informações Oficiais para tomada de decisão de forma ágil. Finalmente os registros tempestivos e adequados garantem que não haja perdas de dados e consequentemente perdas de habilitações, o monitoramento efetivo do contrato com a OSS, as revisões contratuais com o gestor SUS e o pleito de novas habilitações.
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado Mensal = [Nº de contas faturadas (apresentadas) até o primeiro mês subsequente à alta / Nº total de alta de pacientes dentro da competência faturada] x 100.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do Índice de Contas Faturadas (apresentadas) em até 1 mês após a alta.
Unidade de medida	Percentual.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Relatório de processamento emitido pelo DATA SUS ou SMS e relatório de altas do Sistema de Gestão Hospitalar.
Polaridade	Maior Melhor.

<table>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente</td><td>DEZ/24 (1ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (2ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (3ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente</td><td>SET/25 (4ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente</td><td>DEZ/25 (5ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (6ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (7ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente</td><td>JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
</table>
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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th></th><th>PERÍODO</th><th>ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS</th></tr>
<tr><td rowspan="5">LINHAS DE BASE</td><td>2022</td><td>99%</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>97,47%</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>SERÁ APURADO EM MAR/25</td></tr>
<tr><td>MAR/24, ABR/24, MAI/25</td><td>104,57%</td></tr>
<tr><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td></td><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>SERÁ APURADO EM MAR/25</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>Meta calculada tendo como base o desempenho acordado no Plano de Metas da Fhemig com a SEPLAG/MG (ano de 2022/2023) para todas as Unidades que compõem a Rede.</td></tr>
</table>

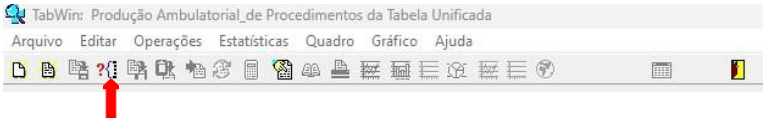
2.5.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.2 – ÍNDICE DE CONTAS FATURADAS (APRESENTADAS) EM ATÉ 1 MÊS APÓS A ALTA

- **Para cálculo do numerador do indicador (Nº de contas faturadas (apresentadas) até o primeiro mês subsequente à alta):**

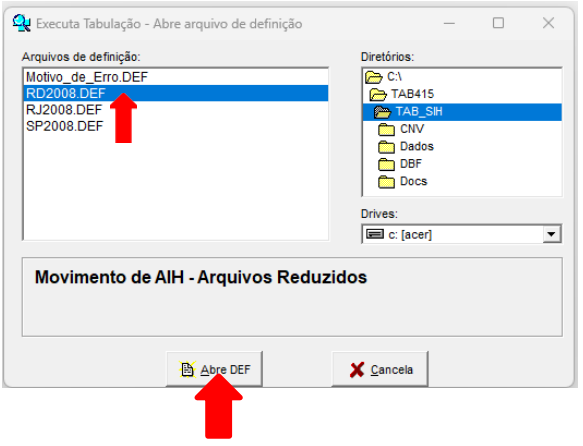
Após instalação do Sistema TABWIN, conforme documento ANEXO, seguir o passo a passo para apurar a produção ambulatorial e hospitalar no referido sistema:

a) Acesse o TABWIN 415

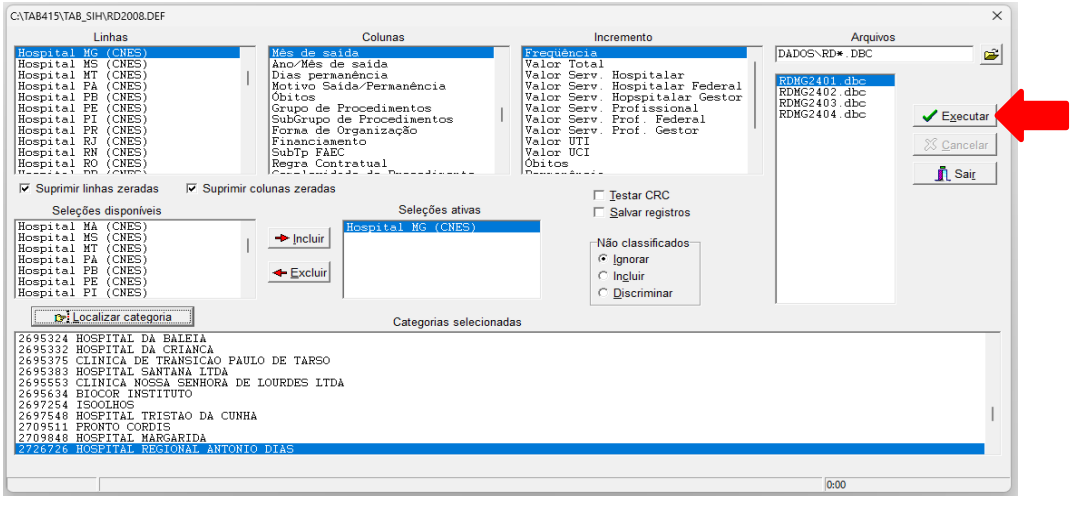
b) Abrir o ícone: EXECUTAR TABULAÇÃO



c) Clicar nos itens de tabulação marcados:



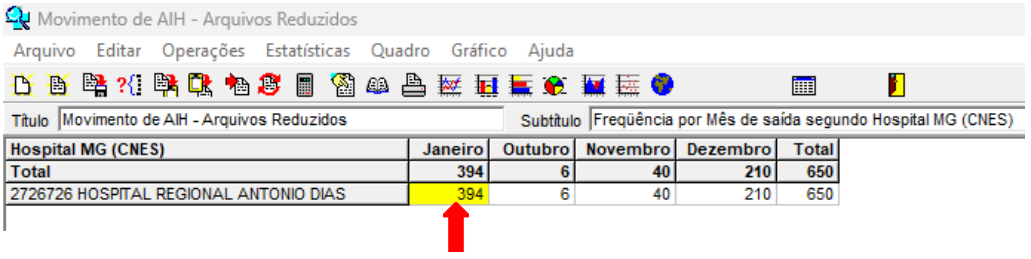
d) Na tela seguinte clicar nos itens de tabulação marcados e depois em EXECUTAR:



Observações:

- Após incluir a “Seleção Ativa” deve ser tabulada na “Categoria Selecionada” a seguinte informação:
  - Estabelecimentos CNES-MG: 2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS
- Periodicamente os arquivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde deverão ser importados para o Sistema TABWIN. Atualmente o último arquivo disponível é referente ao mês de abril/24.
- Para o cálculo desse indicador, cada um dos arquivos de produção deve ser tabulado separadamente. Se for apurado o trimestre janeiro/24, fevereiro/24 e março/24, deverão ser tabulados as competências janeiro/24, fevereiro/24, março/24 e abril/24, para serem refletidas as contas faturadas no próprio mês da competência e no seguinte, conforme o indicador preconiza.
- As informações serão fornecidas, conforme abaixo:

COMPETÊNCIA JANEIRO/24

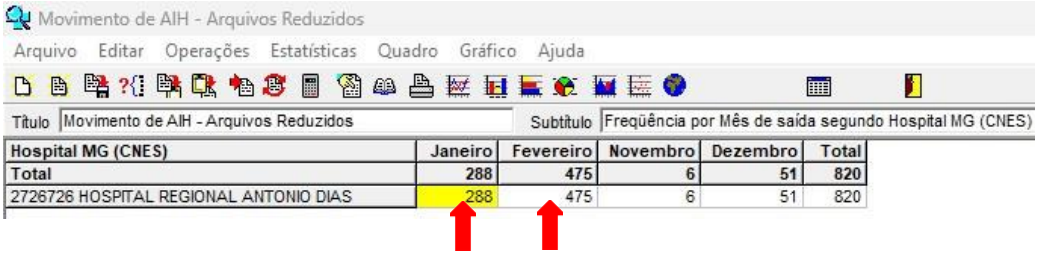

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Janeiro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Total	394	6	40	210	650
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	394	6	40	210	650

COMPETÊNCIA FEVEREIRO/24

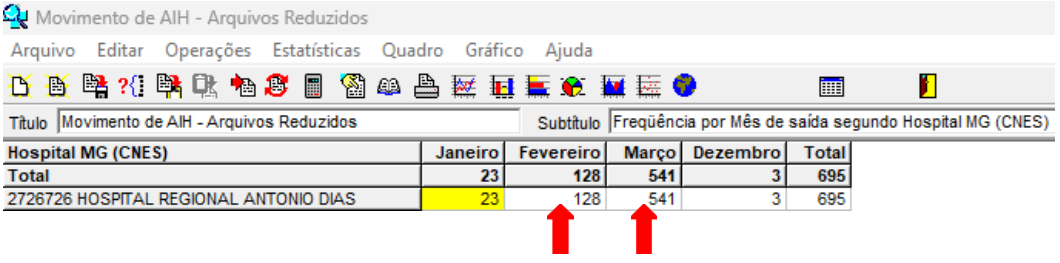

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Janeiro	Fevereiro	Novembro	Dezembro	Total
Total	288	475	6	51	820
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	288	475	6	51	820

COMPETÊNCIA MARÇO/24

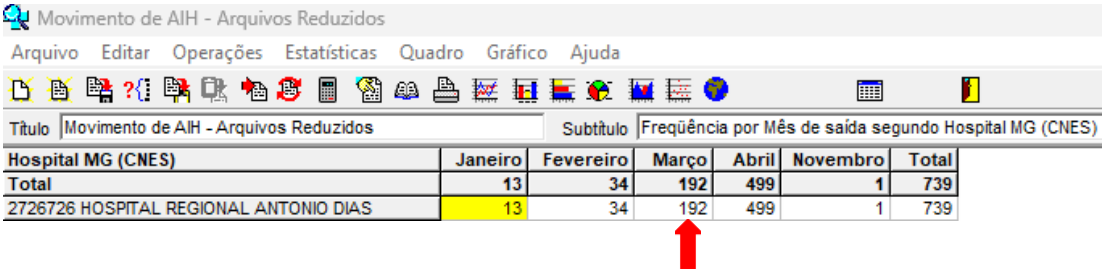

Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - Arquivos Reduzidos — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Janeiro	Fevereiro	Março	Dezembro	Total
Total	23	128	541	3	695
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	23	128	541	3	695

COMPETÊNCIA ABRIL/24

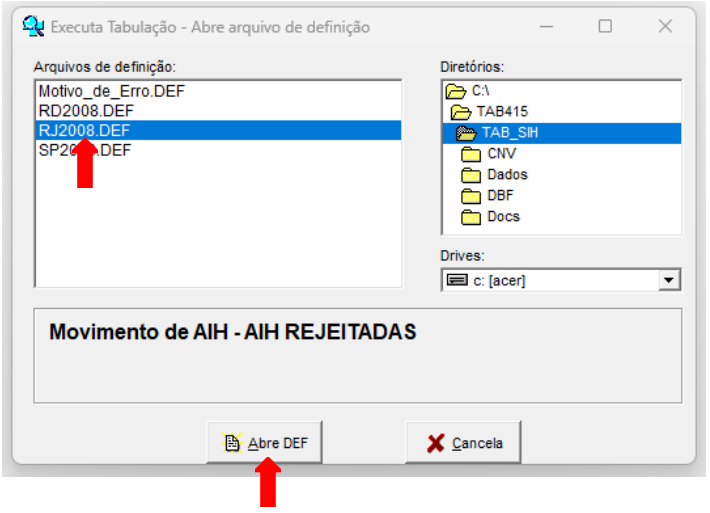


Hospital MG (CNES)	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Novembro	Total
Total	13	34	192	499	1	739
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	13	34	192	499	1	739

e) As informações acima, referentes às competências analisadas, deverão ser organizadas, conforme quadro abaixo:

Competência	Quantidade aprovada (faturamento)			
	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24
jan/24	394	288		
fev/24		475	128	
mar/24			541	192

f) A seguir deverá ser realizada a tabulação no TABWIN, mas dessa vez com o grupo de arquivos rejeitados:



g) Na próxima tela, a tabulação deverá ser realizada exatamente como no item d.

➢ As informações serão fornecidas, conforme abaixo:

COMPETÊNCIA JANEIRO/24

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - AIH REJEITADAS — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Janeiro	Agosto	Setembro	Novembro	Dezembro	Total
Total	5	16	19	3	7	50
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	5	16	19	3	7	50

COMPETÊNCIA FEVEREIRO/24

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - AIH REJEITADAS — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Janeiro	Fevereiro	Setembro	Novembro	Dezembro	Total
Total	4	3	19	1	3	30
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	4	3	19	1	3	30

COMPETÊNCIA MARÇO/24

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - AIH REJEITADAS — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Fevereiro	Março	Novembro	Dezembro	Total
Total	2	1	1	1	5
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	2	1	1	1	5

COMPETÊNCIA ABRIL/24

Movimento de AIH - AIH REJEITADAS

Arquivo Editar Operações Estatísticas Quadro Gráfico Ajuda

Título: Movimento de AIH - AIH REJEITADAS — Subtítulo: Freqüência por Mês de saída segundo Hospital MG (CNES)

Hospital MG (CNES)	Fevereiro	Março	Abril	Dezembro	Total
Total	1	2	2	1	6
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	1	2	2	1	6

h) As informações acima, referentes às competências analisadas, deverão ser organizadas, conforme quadro abaixo:

Competência	Quantidade rejeitada (faturamento)			
	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24
jan/24	5	4		
fev/24		3	2	
mar/24			1	2

i) Em seguida, as informações do quadro do item e do item h devem ser somadas:

Competência	Soma da quantidade apresentada (faturamento)			
	jan/24	fev/24	mar/24	abr/24
jan/24	399	292		
fev/24		478	129	
mar/24			542	194

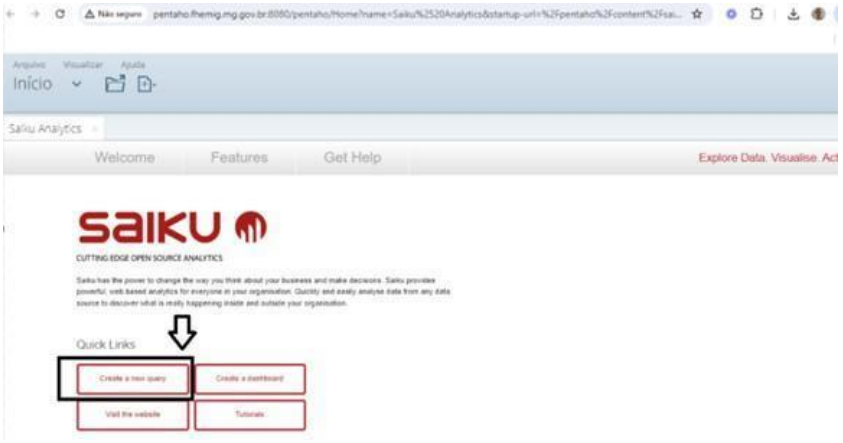
j) Para o cálculo do numerador da fórmula do indicador, deverão ainda ser somadas as quantidades apresentadas referentes ao próprio mês de competência e ao mês seguinte. Dessa forma, as informações serão apresentadas, conforme a seguir:

Competência	Soma da quantidade apresentada (faturamento) no mês de competência e no mês subsequente
jan/24	691
fev/24	607
mar/24	736

- **<u>Para cálculo do denominador do indicador (Nº total de alta de pacientes dentro da competência faturada):</u>**

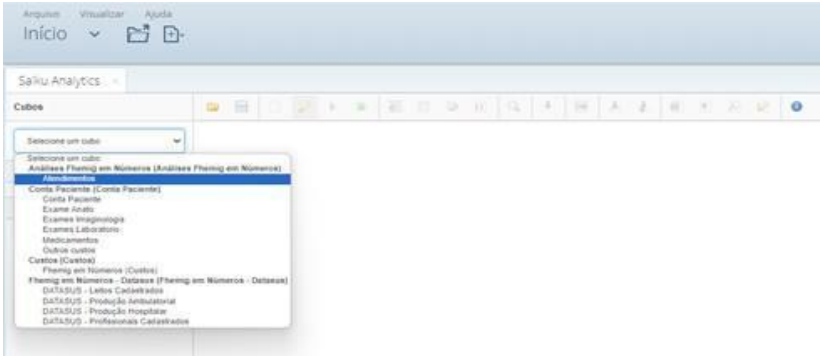
1. Acessar o endereço http://10.49.10.204/ e selecionar a opção “FHEMIG EM NÚMEROS”:

2. Selecionar a opção demonstrada abaixo:

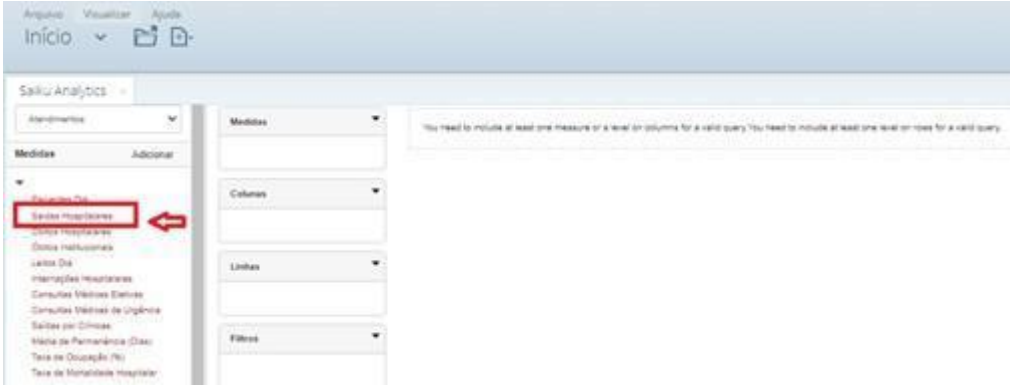


3. Na tela seguinte, deverão ser aplicados os filtros necessários para se pesquisar o "número de pacientes-dia" no período.

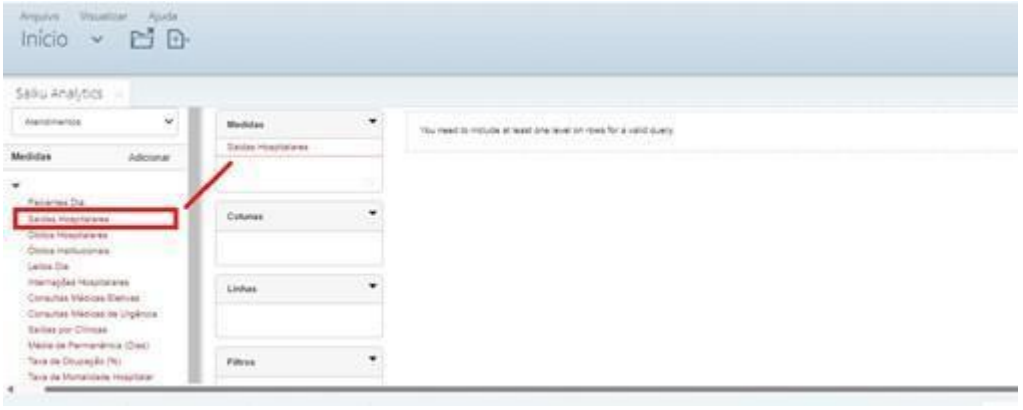
   ✓ Na opção "Selecione um cubo" clique na opção "Atendimentos":



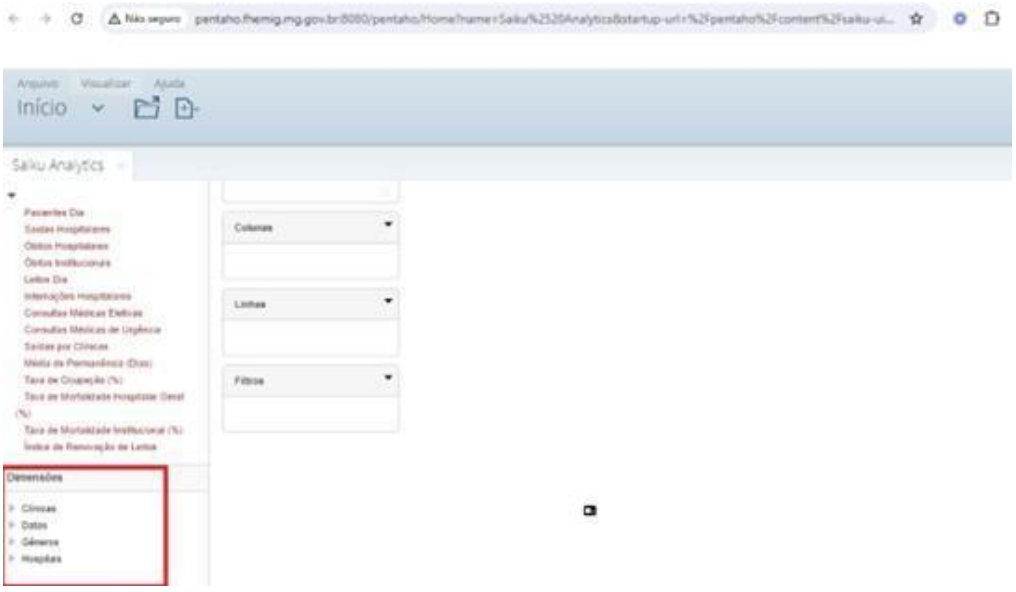
4. Selecionar "Saídas Hospitalares" no item "Medidas", clicando sobre ele:



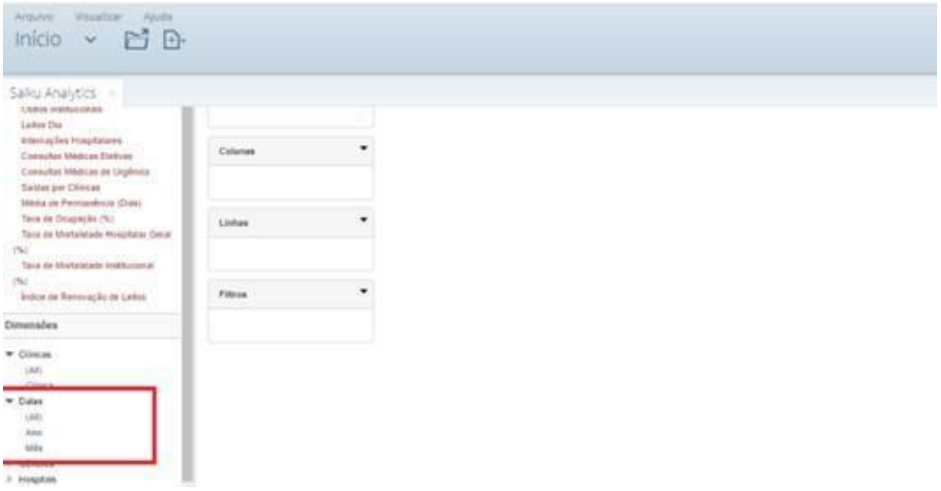
O item selecionado será movimentado para o local referente ao filtro "Medidas", conforme apontado na figura abaixo:



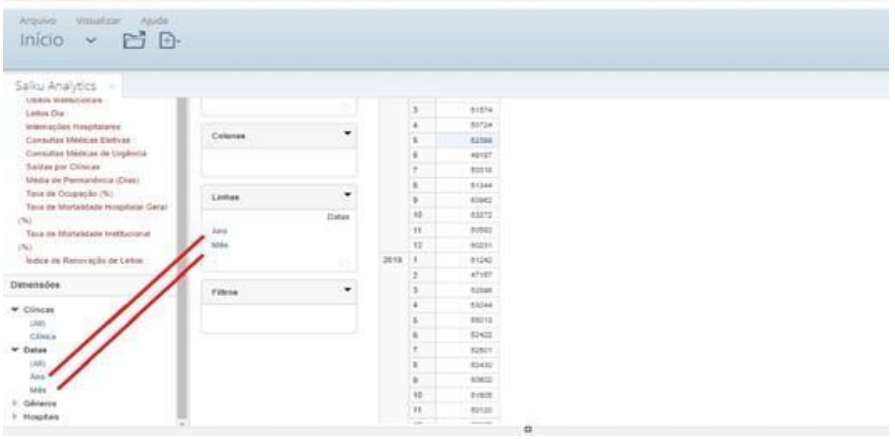
5. Rolar o mouse para baixo até o filtro “Dimensões”:



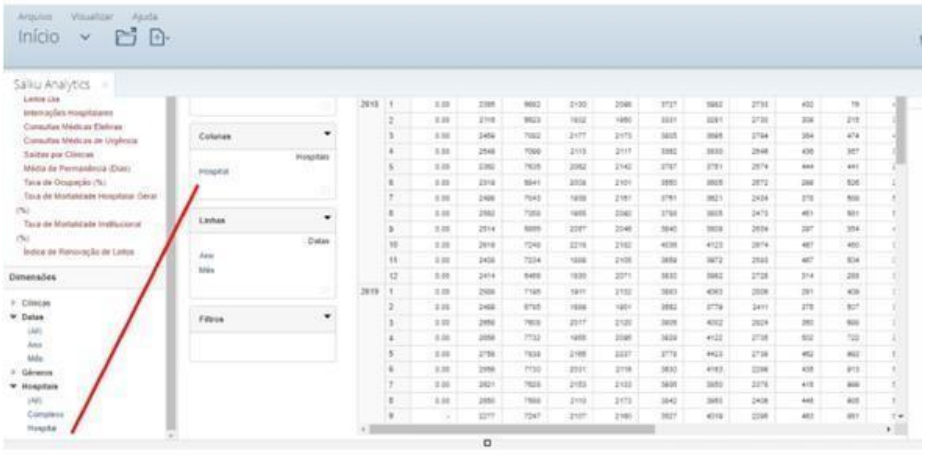
6. Clicar sobre a opção datas (aparecerá as opções ano e mês):



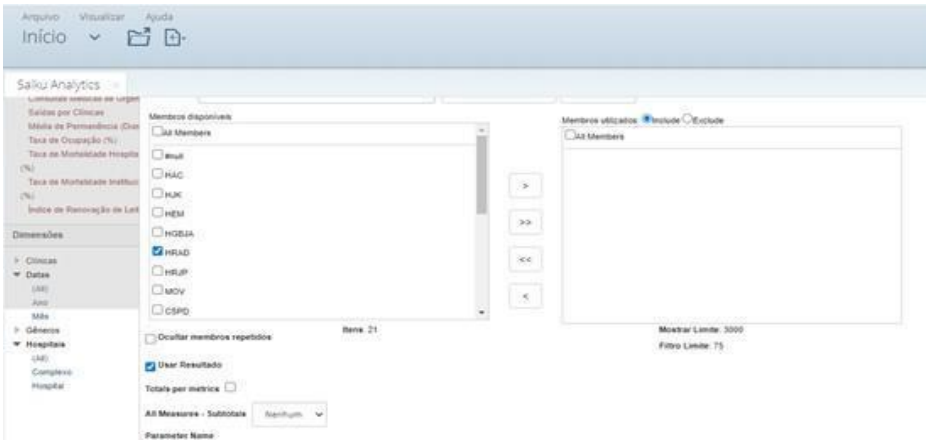
7. Clicar primeiramente sobre ano e em seguida sobre mês e ambos serão movimentados para o local referente ao filtro linhas, conforme apontado na figura abaixo:



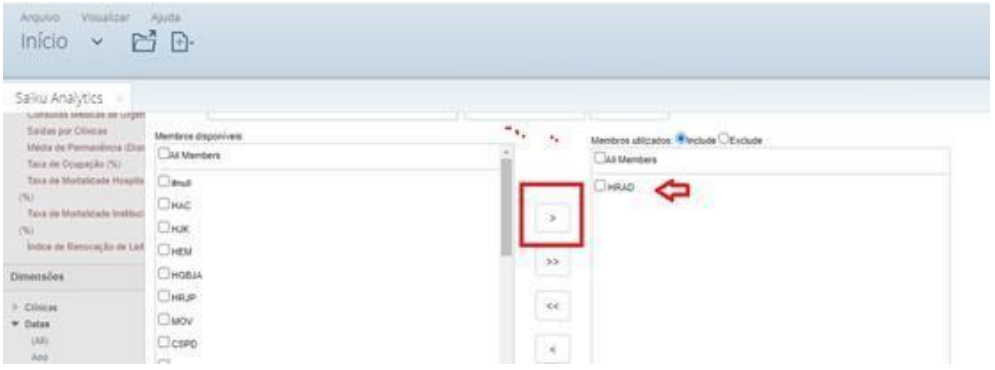
8. Clicar sobre a opção “Hospitais” e ele será movimentado para o local referente ao filtro Colunas, conforme apontado na figura abaixo:

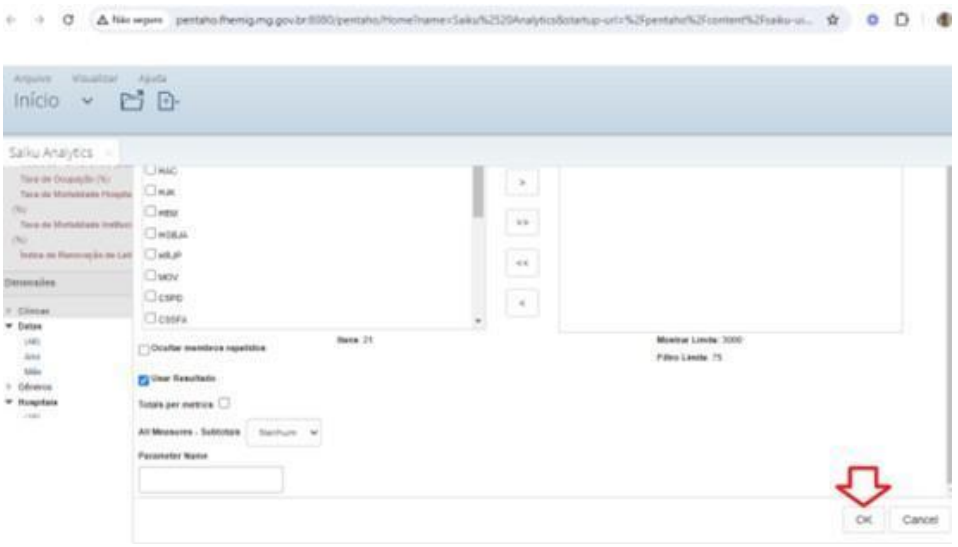


9. Clicar em Hospital que está dentro de “Coluna” e abrirá a tela para selecionar a unidade hospitalar que fará análise. Marcar o check box correspondente conforme figura:

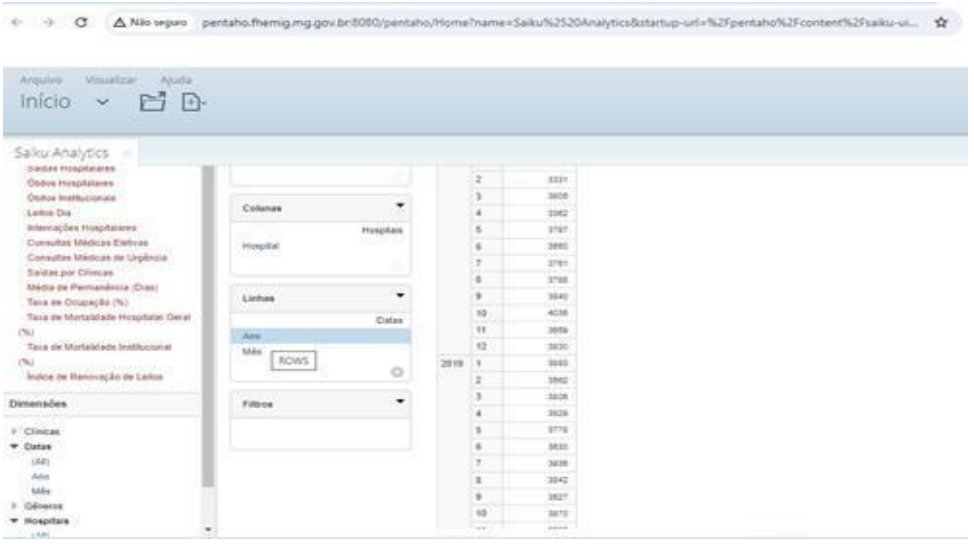


10. Clicar na opção de seta única e observar que a unidade analisada foi movimentada para a lateral e clicar em “OK” na parte inferior da tela.

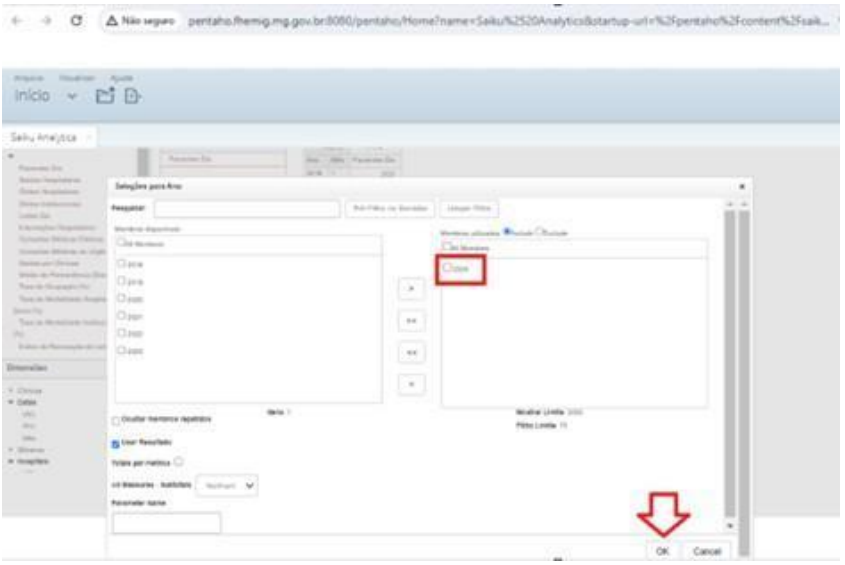




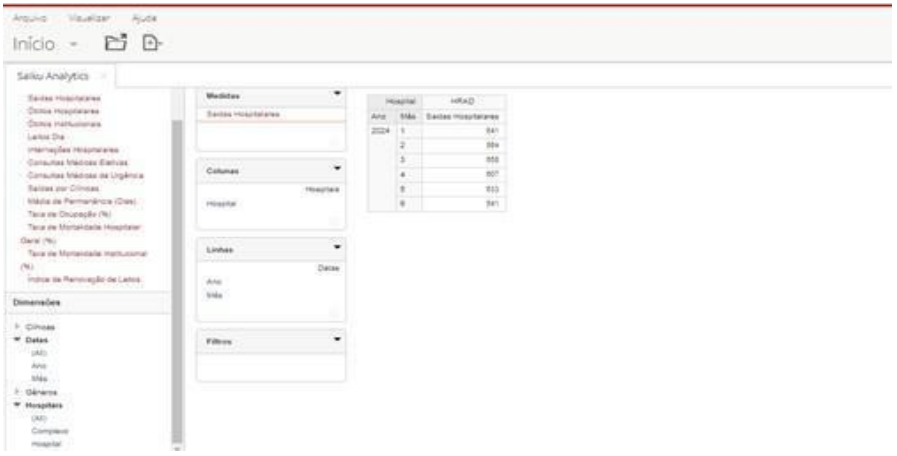
11. Clicar em ano para selecionar a competência:



12. Marcar o check box correspondente ao ano, clicar a seta única, observar a movimentação para o lado e clicar “OK” na parte inferior da tela.



13. O resultado será gerado na tela seguinte:



- **Para cálculo da fórmula do indicador:**

a) De posse das informações do numerador e denominador da fórmula, basta realizar uma divisão simples do número de contas apresentadas no mês de competência e no subsequente pelo número de altas realizadas no mês de competência e multiplicar por 100:

NUMERADOR

Competência	Soma da quantidade apresentada (faturamento) no mês de competência e no mês subsequente
jan/24	691
fev/24	607
mar/24	736

DENOMINADOR

Competência	Número de altas no mês de competência
jan/24	641
fev/24	564
mar/24	658

RESULTADO:

Competência	Resultado
jan/24	108%
fev/24	108%
mar/24	112%

2.6. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA

2.6.1. MATRIZ DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA
Descrição	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.
Fundamentação	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.
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado Mensal = (Total de AIHs rejeitadas na competência/total de registros de reapresentação até o fim do mês subsequente a glosa) x 100. * Glosas oriundas de ausência de habilitação e capacidade instalada não serão contabilizadas nesse indicador. * Situações de AIHs com mudança de números: para esses casos o indicador deverá ser apurado pelo monitoramento assistencial de maneira manual para não prejudicar o parceiro. O HRAD deverá comunicar casos de mudança de AIHs.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do Percentual de reapresentações de AIHs no mês subsequente à glosa.
Unidade de Medida	Percentual.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Relatório emitido pelo DATASUS.
Polaridade	Maior Melhor.

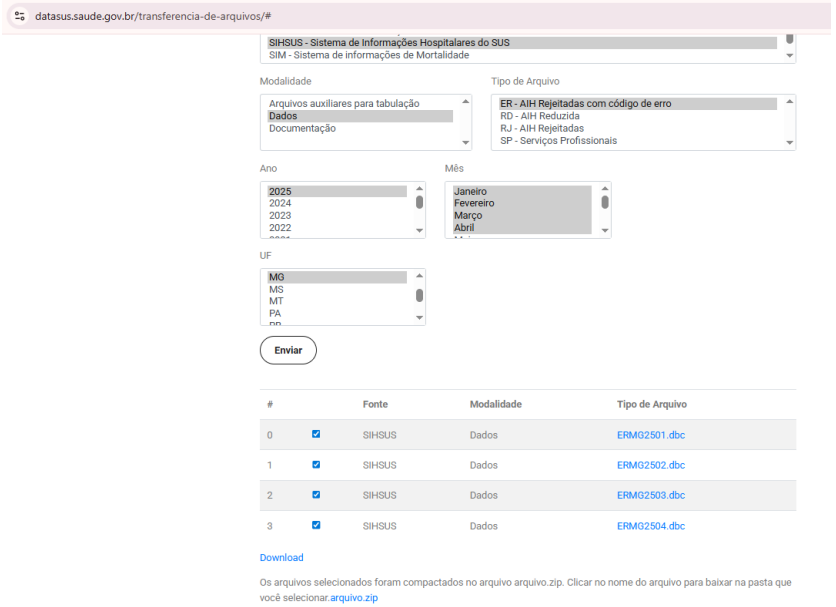
<table>
<tr><td>Cálculo de Desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>AGO/24, SET/24, OUT/24 respectivamente</td><td>DEZ/24 (1ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>NOV/24, DEZ/24, JAN/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (2ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>FEV/25, MAR/25, ABR/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (3ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>MAI/25, JUN/25, JUL/25 respectivamente</td><td>SET/25 (4ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>AGO/25, SET/25, OUT/25 respectivamente</td><td>DEZ/25 (5ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>NOV/25, DEZ/25, JAN/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (6ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>FEV/26, MAR/26, ABR/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (7ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>MAI/26, JUN/26, JUL/26 respectivamente</td><td>JUN/26, JUL/26, AGO/26 respectivamente (8ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
</table>
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 e hospitalar apresentada.
Obs. 2: A apuração dos indicadores da área temática 1 referente aos meses de abr/26 e mai/26 será realizada após processamento pelo DATASUS da produção ambulatorial e hospitalar apresentada, ou seja em jul/26 e ago/26 respectivamente. Caso não haja renovação do Contrato de Gestão, e haja descontos financeiros provenientes dessa apuração, a Fhemig irá proceder a ajuste de contas com a OS, por meio de desconto de saldo remanescente dos valores anteriormente repassados ou ressarcimento aos cofres públicos por meio de Documento de Arrecadação Estadual (DAE).
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="6">LINHAS DE BASE</th><th>PERÍODO</th><th>% REAPRESENTAÇÃO DE GLOSAS</th></tr>
<tr><td>2022</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>89%</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>SERÁ APURADO EM MAR/25</td></tr>
<tr><td>MAR/24, ABR/24, MAI/25</td><td>95,24%</td></tr>
<tr><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>SERÁ APURADO EM MAR/25</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>Meta definida diante da obrigatoriedade inegociável de reapresentação das AIHs glosadas junto ao Ministério da Saúde.</td></tr>
</table>

2.6.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 1.3 – PERCENTUAL DE REAPRESENTAÇÕES DE AIHS NO MÊS SUBSEQUENTE À GLOSA

PASSO 1: Extração das AIHs rejeitadas com motivo de erro (SIH-ER) no site do DATASUS: (https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#)

1. Selecionar itens conforme imagem abaixo (mês de exemplo: jan/2025) e clicar em enviar.

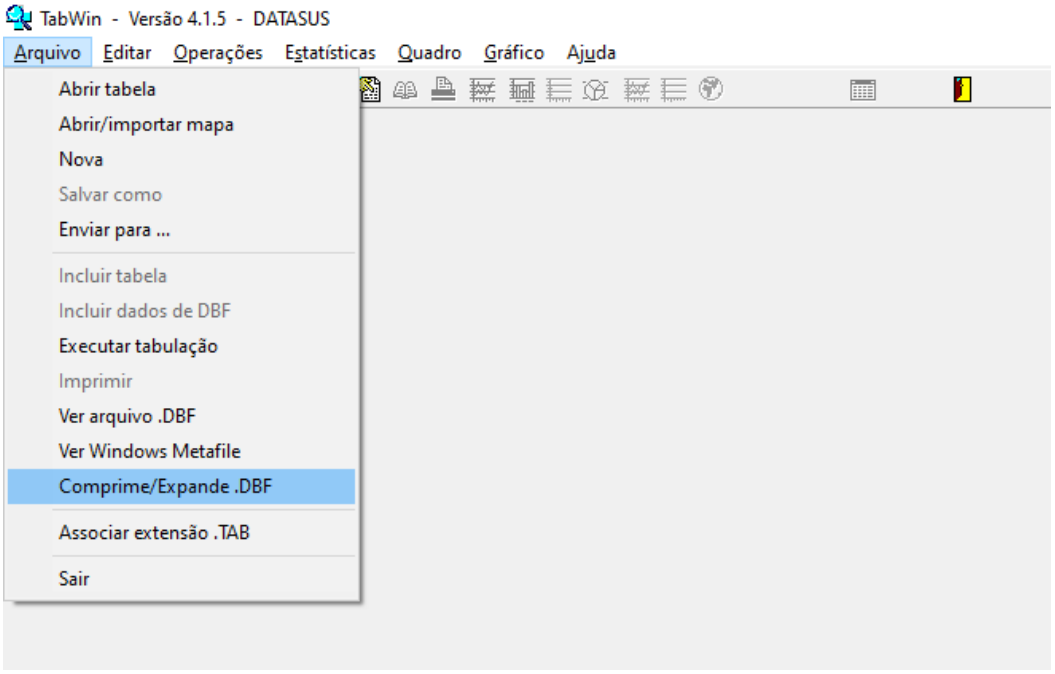
2. Baixar a pasta zipada com o(s) arquivo(s) .dbc, conforme abaixo:



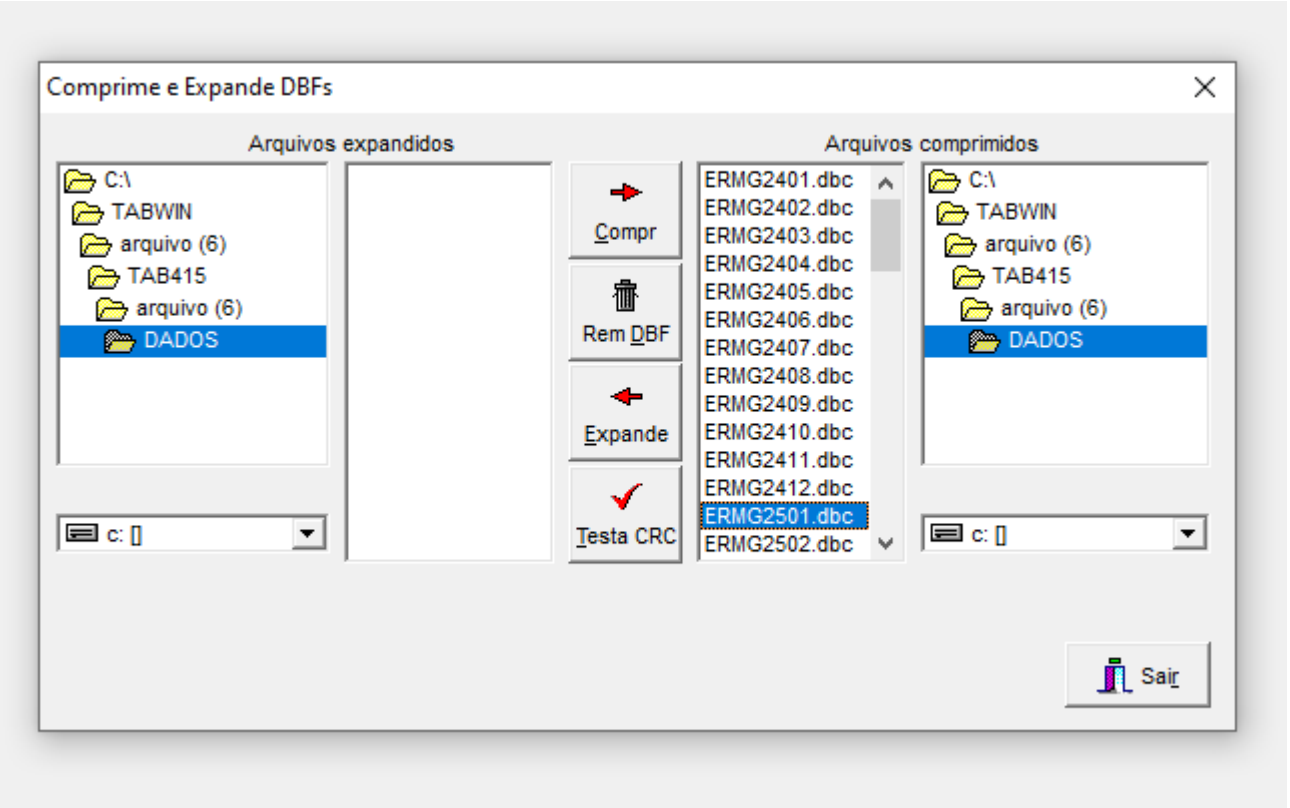
Obs.: lembre-se de extrair os arquivos da pasta zipada para uma pasta do seu computador.

PASSO 2: Conversão o(s) arquivo(s) .dbc para .dbf (TABWIN)

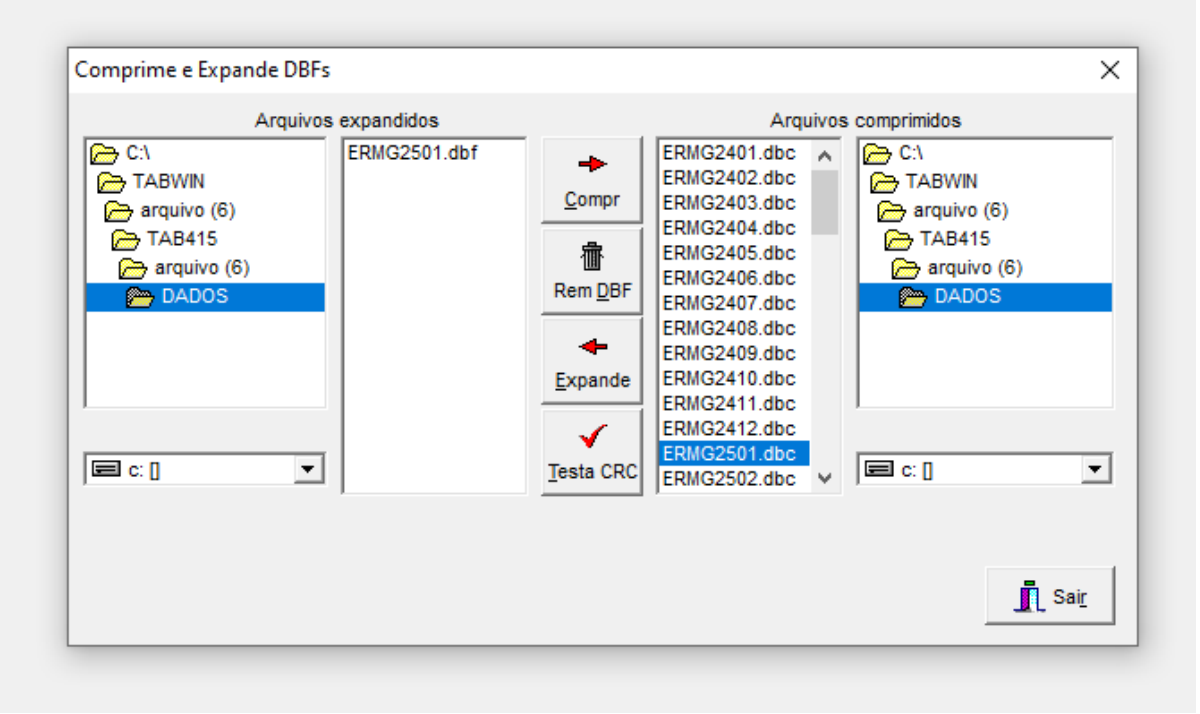
1. Abrir o TABWIN, clicar em Arquivos, clicar em comprimir /expandir. DBF



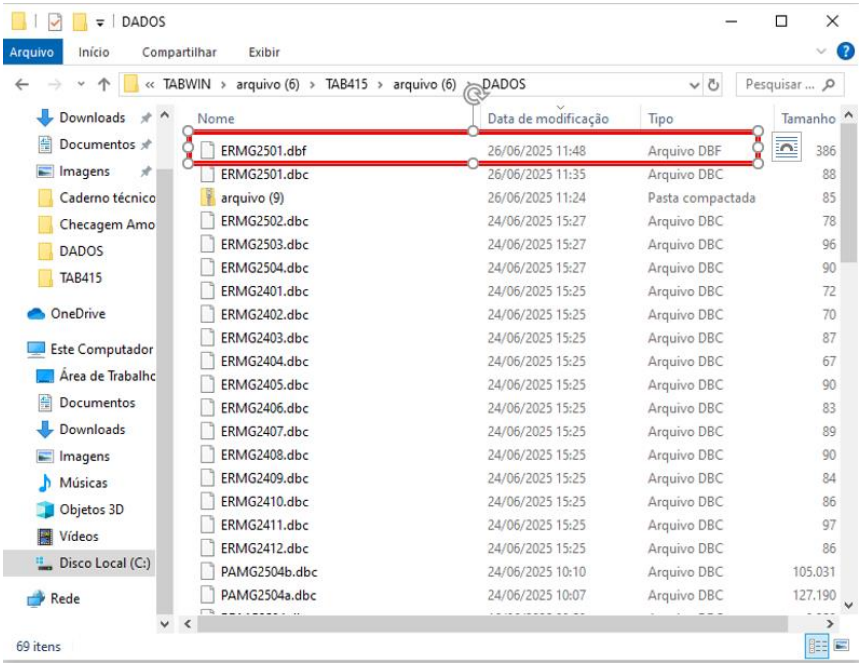
2. Em **Arquivos Comprimidos**, escolher pasta com os .dbc baixados:



3. Selecionar o(s) arquivo(s) .dbc desejados (ex.: ERMG2501) e clicar em **Expande**

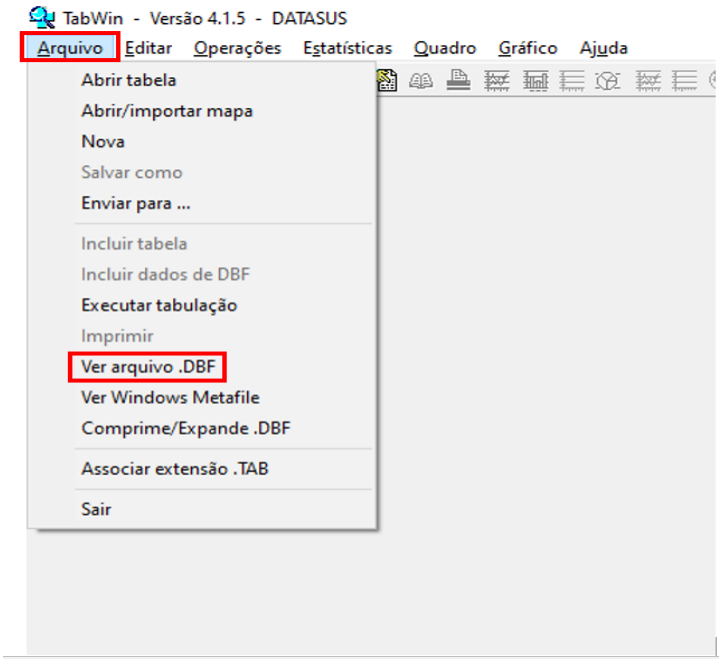


4. Novo(s) o(s) arquivo(s) .dbf serão salvos na pasta selecionada à esquerda (Arquivos expandidos). Conferir a pasta:

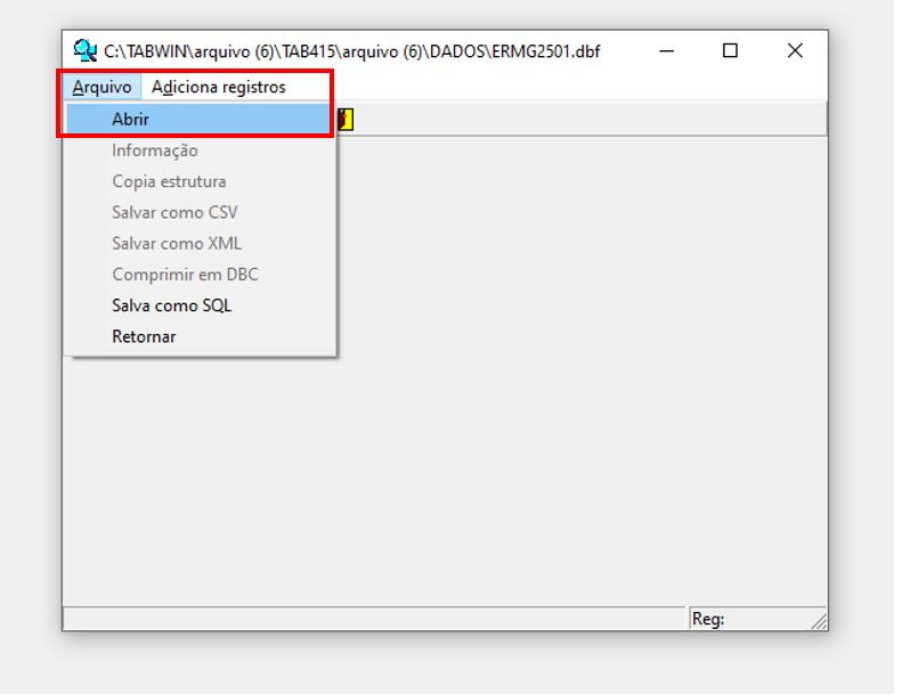


Passo 3: Visualização das AIHs rejeitadas com o código do erro - arquivo .dbf (TABWIN)

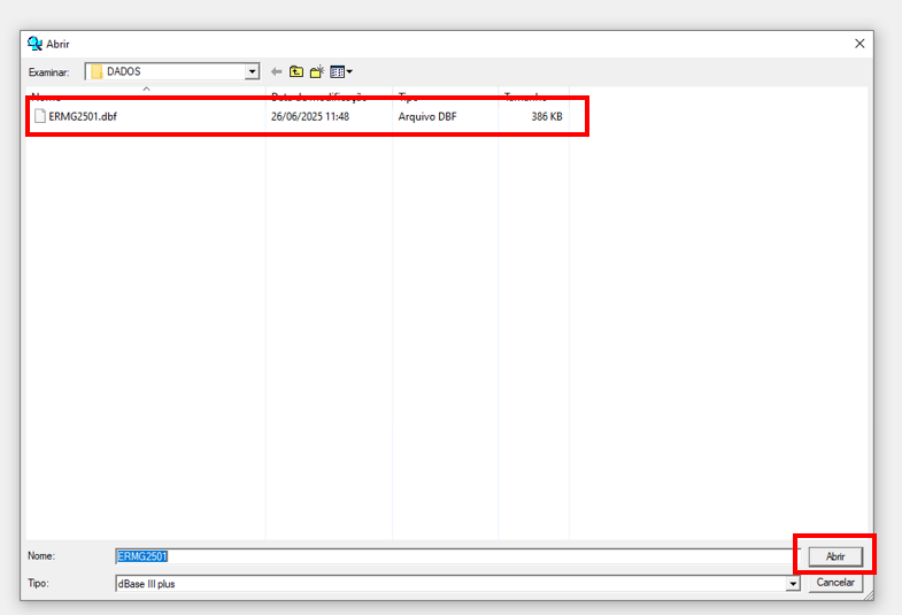
1. Abrir o TABWIN, clicar em “Arquivo”, depois clicar em “Ver arquivo” .dbf



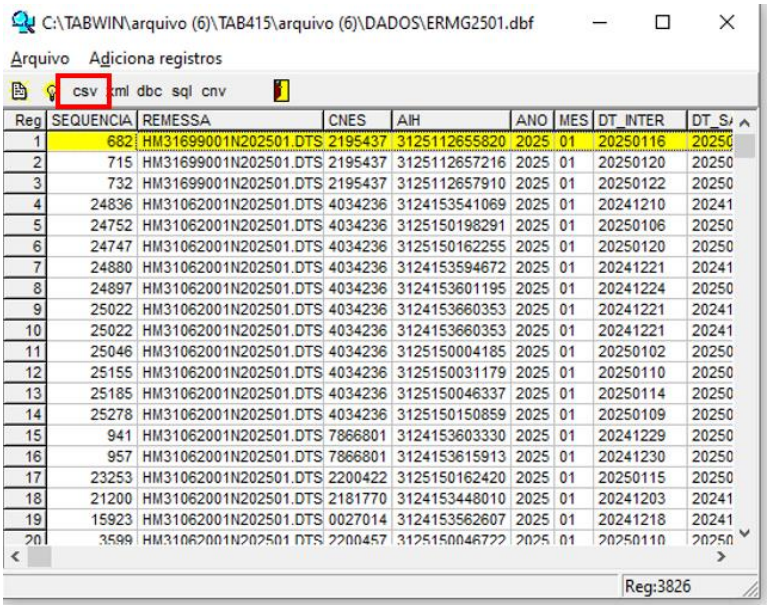
2. Na nova janela, clicar em “Arquivo” e em “Abrir”



3. Selecione o arquivo .dbf desejado e clicar em “abrir”: Localize o arquivo dbf na pasta em que ele foi expandido.

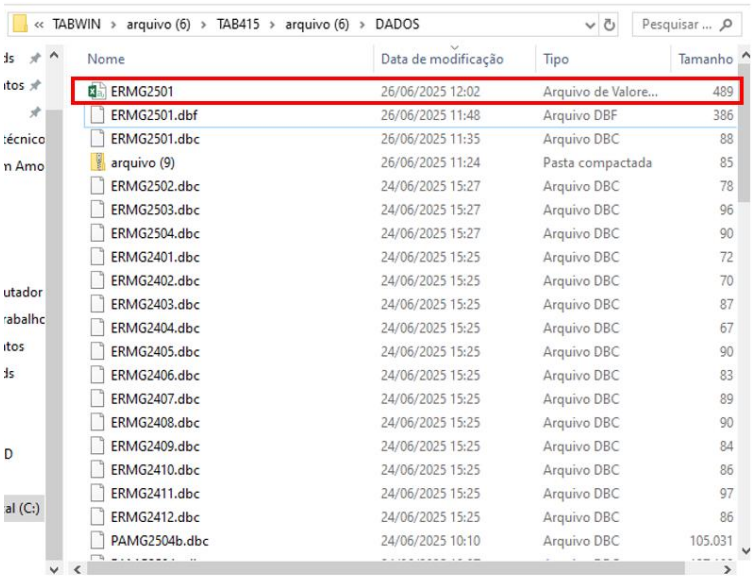


4. Extrair tabela em csv para abrir com o Excel:

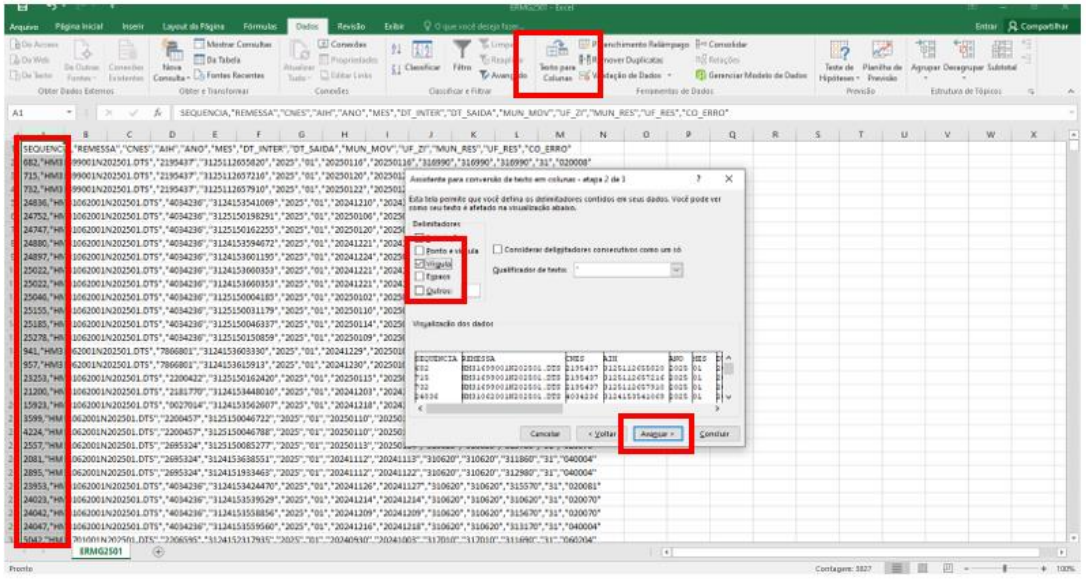


Reg	SEQUENCIA	REMESSA	CNES	AIH	ANO	MES	DT_INTER	DT_S
1	682	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112655820	2025	01	20250116	20250
2	715	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112657216	2025	01	20250120	20250
3	732	HM31699001N202501.DTS	2195437	3125112657910	2025	01	20250122	20250
4	24836	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153541069	2025	01	20241210	20241
5	24752	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150198291	2025	01	20250106	20250
6	24747	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150162255	2025	01	20250120	20250
7	24880	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153594672	2025	01	20241221	20241
8	24897	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153601195	2025	01	20241224	20250
9	25022	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153660353	2025	01	20241221	20241
10	25022	HM31062001N202501.DTS	4034236	3124153660353	2025	01	20241221	20241
11	25046	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150004185	2025	01	20250102	20250
12	25155	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150031179	2025	01	20250110	20250
13	25185	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150046337	2025	01	20250114	20250
14	25278	HM31062001N202501.DTS	4034236	3125150150859	2025	01	20250109	20250
15	941	HM31062001N202501.DTS	7866801	3124153603330	2025	01	20241229	20250
16	957	HM31062001N202501.DTS	7866801	3124153615913	2025	01	20241230	20250
17	23253	HM31062001N202501.DTS	2200422	3125150162420	2025	01	20250115	20250
18	21200	HM31062001N202501.DTS	2181770	3124153448010	2025	01	20241203	20241
19	15923	HM31062001N202501.DTS	0027014	3124153562607	2025	01	20241218	20241
20	3599	HM31062001N202501.DTS	2200457	3125150046722	2025	01	20250110	20250

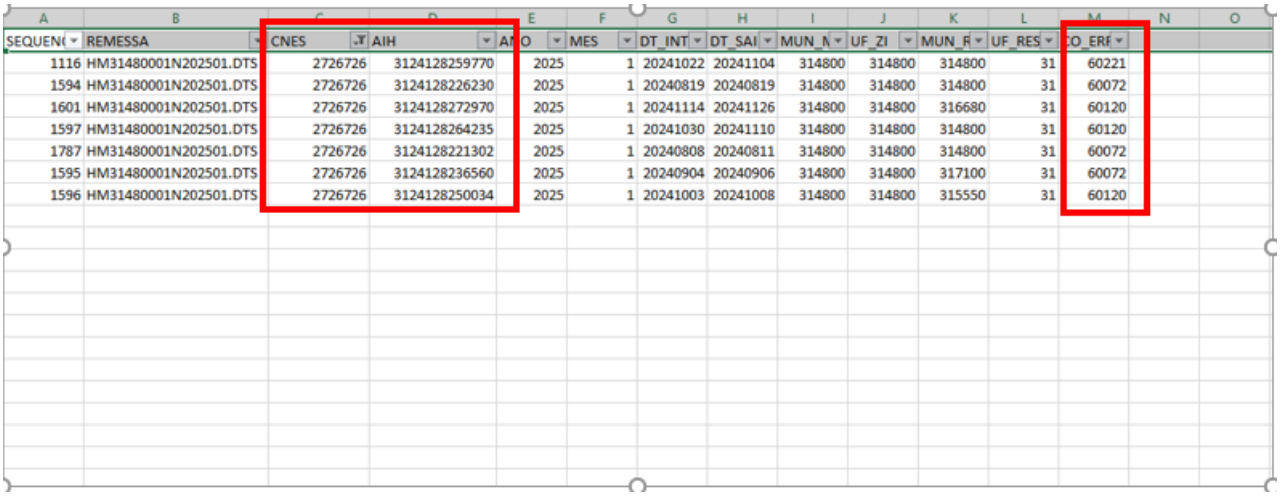
5. O arquivo csv irá salvar na mesma pasta do arquivo expandido



6. Abra o arquivo em Excel e faça a seguinte formatação: selecionar a 1ª coluna, vá até aba dados e localize o botão que possui a função “texto para coluna”, avançar e selecione “vírgula” , depois “avançar”.



7. Selecione os filtros necessários: CNES (26726 - Hospital Regional Antonio Dias. As colunas necessárias serão as que contém o número do CNES, AIH e COD Erro:



SEQUEN	REMESSA	CNES	AIH	ANO	MES	DT_INT	DT_SAI	MUN_N	UF_ZI	MUN_R	UF_RES	CO_ERR
1116	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128259770	2025	1	20241022	20241104	314800	314800	314800	31	60221
1594	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128226230	2025	1	20240819	20240819	314800	314800	314800	31	60072
1601	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128272970	2025	1	20241114	20241126	314800	314800	316680	31	60120
1597	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128264235	2025	1	20241030	20241110	314800	314800	314800	31	60120
1787	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128221302	2025	1	20240808	20240811	314800	314800	314800	31	60072
1595	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128236560	2025	1	20240904	20240906	314800	314800	317100	31	60072
1596	HM31480001N202501.DTS	2726726	3124128250034	2025	1	20241003	20241008	314800	314800	315550	31	60120

Passo 4: Filtrar e listar AIHs rejeitadas no mês.
Excluir os CO_ERRO que representam glosas oriundas de ausência de habilitação e capacidade instalada:
'000057', '000073', '020057', '020073', '030057', '030073', '050008', '050098', '050156', '050166', '050198',
'060020', '060021', '060022', '060023', '060024', '060025', '060026', '060027', '060028', '060029',
'060030', '060031', '060032', '060033', '060034', '060035', '060036', '060037', '060038', '060040',
'060072', '060079', '060082', '060083', '060084', '060088', '060120', '060136', '060137', '060145',
'060149', '060150', '060168', '060169', '060180', '060182', '060185', '060186', '060187', '060188',
'060189', '060210', '060214', '060215', '060217', '060221'.

1. Com a lista filtrada, verificar se cada uma daquelas AIHs aparecem novamente no arquivo SIH-ER (AIHs rejeitadas) ou no arquivo SIH-RD (AIHs aprovadas) do mês seguinte (ex.: fev/2025). Basta seguir a mesma metodologia, modificando somente a seleção da exportação do site do DATASUS.

2. As AIHs que não aparecerem em nenhum dos dois arquivos não foram reapresentadas.

Sugestão: Para comparar as AIHs do mês anterior com o mês subsequente, sugere-se utilizar a função procv. Essa função permite verificar quais AIHs estarão presentes na planilha a ser consultada.

Trata-se de evolução técnica para o processo de monitoramento, tornando-o automatizado, para que se tenha os resultados mais tempestivos e com maior transparência, mediante uso do painel pelo Power BI.

3. ÁREA TEMÁTICA 02: PROCESSOS E QUALIDADE

Os indicadores referentes aos Processos e Qualidade têm a importância de mensurar a qualidade das atividades das unidades. Por meio desses indicadores será possível visualizar pontos de atenção nos processos da unidade que exijam correções e melhorias. Tendo em vista a busca constante por oferecer serviço de saúde pública cada vez melhor para a sociedade, a gestão da qualidade e dos processos torna-se fundamental, pois através do monitoramento, revisão e melhoria dos processos é possível garantir um serviço cada vez mais qualificado.

3.1. CUMPRIMENTO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

3.1.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO
Descrição	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. 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 somente no momento da alta hospitalar. Não será permitido a disponibilidade de impressos nos corredores dos referidos formulários, para serem preenchidos por demanda, em situações de reclamações, ou outros fluxos. **Cálculo de Amostragem:** 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, ambulatório e pronto atendimento) deverá ser utilizada a seguinte fórmula:

	Tamanho da amostra = $\frac{384,16}{1+(0,9604)/(0,025N)}$ ***N**= usuários atendidos na Unidade. A fórmula disposta acima representa uma amostragem com 95% de confiança e 0,05% de margem de erro.
Fundamentação	O objetivo desse indicador de Pesquisa de Satisfação é priorizar e considerar a perspectiva do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado. 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.
Fórmula de cálculo do indicador	∑Número de promotores - Número de detratores / Número total de respondentes no período **Numerador** (**número de promotores)**: Aqueles que classificam o serviço com uma nota de 9 a 10 no período, estão contentes com o atendimento. **(número de detratores)**: aqueles que classificam o serviço com uma nota de 0 a 6 no período, estão descontentes com o atendimento. **Denominador** (**número total de respondentes**): número total de pessoas que responderam o formulário no período. **Resultado mensal = $\frac{\text{(NPS-A + NPS-P + NPS-I) x 100}}{3}$** Sendo: NPS-A = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Ambulatório) NPS-P = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes do Pronto Atendimento) NPS-I = (Número de promotores – Número de Detratores) X100 (Número de respondentes da Internação)

<table>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Média dos resultados mensais da Satisfação do Usuário.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Número absoluto</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Formulários de pesquisa impressos e/ou digitais. Relatórios de consolidação dos dados.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero
Obs.: Para o 3º PA será considerado “Não se aplica” nesse indicador, pois será o período para implantação da nova metodologia e medida da linha de base.</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="6">PERCENTUAL DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (NPS)</td><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (3ª avaliação)</td><td>Implantar o NPS e medir a linha de base</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (4ª avaliação)</td><td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o NPS 80. Após esse alcance a meta é NPS ≥ 80.</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente</td><td>SET/25 (5ª avaliação)</td><td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o NPS 80. Após esse alcance a meta é NPS ≥ 80.</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente</td><td>DEZ/26 (6ª avaliação)</td><td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o NPS 80. Após esse alcance a meta é NPS ≥ 80.</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (7ª avaliação)</td><td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o NPS 80. Após esse alcance a meta é NPS ≥ 80.</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (8ª avaliação)</td><td>Aumentar 5% em relação ao valor do Trimestre anterior até alcançar o NPS 80. Após esse alcance a meta é NPS ≥ 80.</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>Não se aplica, pois se trata de nova metodologia. Será obtido no resultado do monitoramento do 3º período avaliatório.</td></tr>
</table>

Referências para o cálculo das metas pactuadas	A meta foi definida tendo como base resultados obtidos pela literatura hospitalar: - Bain & Company. Relatório Satisfação do paciente nos hospitais privados brasileiros. 2016. Disponível em: https://www.bain.com/contentassets/9e46222b008c4784849eff749166a4af/bain_brief_brochura_hospitais_nps_sao_paulo2.pdf . Acesso em: 16 de janeiro de 2025. Track.co. Relatório NPS de Saúde. 2022. Disponível em: https://track.co/blog/relatorio-nps-de-saude/#RELATORIO_NPS_DE_SAUDE_2022 . Acesso em: 16 de janeiro de 2025. Qualidade Unimed BH. Disponível em https://www.unimedbh.com.br/transparencia/qualidade-unimed-bh. Acesso em 16 de janeiro de 2025.

3.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.1 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Para mensuração deste indicador deverá ser realizada pesquisa de satisfação no momento da alta do usuário, conforme cálculo de amostragem, preferencialmente por meio digital (por meio de tablets e/ou totens), a partir de dez/24, adotando os critérios da metodologia **Net Promoter Score (NPS)** sendo apresentada a seguinte pergunta:

Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você recomendar nossa unidade de saúde para um familiar ou amigo?

As possibilidades de respostas devem ser apresentadas em uma escala tipo Likert de 10 pontos, tendo os seguintes valores:

- ✓ O usuário atribui uma nota de 0 a 10.
- ✓ As respostas são segmentadas em três grupos:
  - **Respostas de 0 a 6 – Detratores**: Usuários insatisfeitos
  - **Respostas de 7 a 8 – Neutros**: Usuários indiferentes
  - **Respostas de 9 a 10 – Promotores**: Usuários satisfeitos

Como é calculado o NPS:

O percentual de clientes neutros deverá ser desconsiderado e subtraído o percentual de detratores do percentual de promotores, usando a seguinte fórmula:

$$\text{Resultado mensal NPS} = \frac{(\text{Número de promotores} - \text{Número de Detratores})}{(\text{Número de respondentes})} X100$$

O resultado é um número que varia de -100 a 100 que é o Net Promoter Score.

A meta de NPS é alcançar níveis de excelência. Ou seja, conquistar, cada vez mais, promotores para o seu serviço.

Calculo de Amostragem:

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 deverá ser utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Tamanho da amostra} = \frac{384{,}16}{1 + (0{,}9604)/(0{,}025 \text{x} N)}$$

*N= usuários atendidos na Unidade.

A fórmula disposta acima representa uma amostragem com 95% de confiança e 0,05 % de margem de erro.

O quantitativo obtido acima deverá ser distribuído proporcionalmente conforme o número de atendimentos realizados nos seguintes setores: Pronto Atendimento, Ambulatório, Unidade de Internação, Laboratório, Radiologia, UTI Adulto, UTI Neonatal e Maternidade.

3.2. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

3.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS
Descrição	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 continuam no prazo de resposta. Assim, os dados desses últimos dias serão contabilizados no período avaliatório seguinte e assim sucessivamente.
Fundamentação	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.
Fórmula de cálculo do indicador	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.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais do Percentual de Resposta ao Usuário da Ouvidoria SUS em até 10 dias corridos.
Unidade de medida	Percentual.

Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).

Fonte de Comprovação	Relatório ouvidoria SUS extraído pela OSS e pela Coordenação Regionalizada.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero
Meta	

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	100%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	100%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	100%
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	100%
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	100%
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	100%
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	100%
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	100%

Observação: para o mês de junho/24 será considerado não se aplica para o indicador.

Linha de base atualizada

	PERÍODO	% RESPOSTA OUVIDORIA
LINHAS DE BASE	2022	100%
	2023	100%
	2024	100%
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	100%
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	100%
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	100%

Referências para o cálculo das metas pactuadas	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%).

3.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.2 – PERCENTUAL DE RESPOSTA AO USUÁRIO DA OUVIDORIA SUS EM ATÉ 10 DIAS CORRIDOS

A OSS deverá produzir mensalmente um relatório extraído do sistema de Ouvidoria SUS (Ponto de Resposta), contendo informações com o número de demandas recebidas, a data de entrada e a data de conclusão da resposta por parte da OSS.

Não serão consideradas as demandas recebidas nos 10 últimos dias corridos do período em análise, visto que as mesmas continuam no prazo de resposta. Os dados desses últimos dias serão contabilizados no período avaliatório seguinte e assim sucessivamente.

Trimestralmente, a OSS deverá compilar o resultado e apresentá-lo no Relatório de Monitoramento Trimestral, conforme modelo disponibilizado pela Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais – SEPLAG/MG.

3.3. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

3.3.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA
Descrição	O indicador busca mensurar a execução tempestiva da codificação de todas as altas, através da taxa de atendimentos hospitalares codificados do mês de competência, em relação ao montante de atendimentos realizados no período e disponíveis para codificação no sistema DRG.
Fundamentação	Altas codificadas tempestivamente refletem na qualidade das informações geradas pelo Sistema DRG, em especial na significância estatística dos dados e na tradução real da assistência prestada numa instituição hospitalar em um determinado período. Dessa forma, é um indicador relevante, ao impactar diretamente na consistência das informações geradas.
Fórmula de cálculo do indicador	Percentual mensal = (Total de altas codificadas no DRG da competência/ Total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar na competência) x 100.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais (trimestre) do Percentual de Codificação DRG de Alta.
Unidade de medida	Percentual.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil e relatório de Altas do Sistema de Gestão Hospitalar.
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	100%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	100%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	100%
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	100%
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	100%
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	100%
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	100%
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	100%

Linha de base atualizada

	PERÍODO	% CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA
LINHAS DE BASE	2022	111,35%
	2023	107,68%
	2024	112,93%
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	110,71%
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	108,19%
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	105,35%

Referências para o cálculo das metas pactuadas

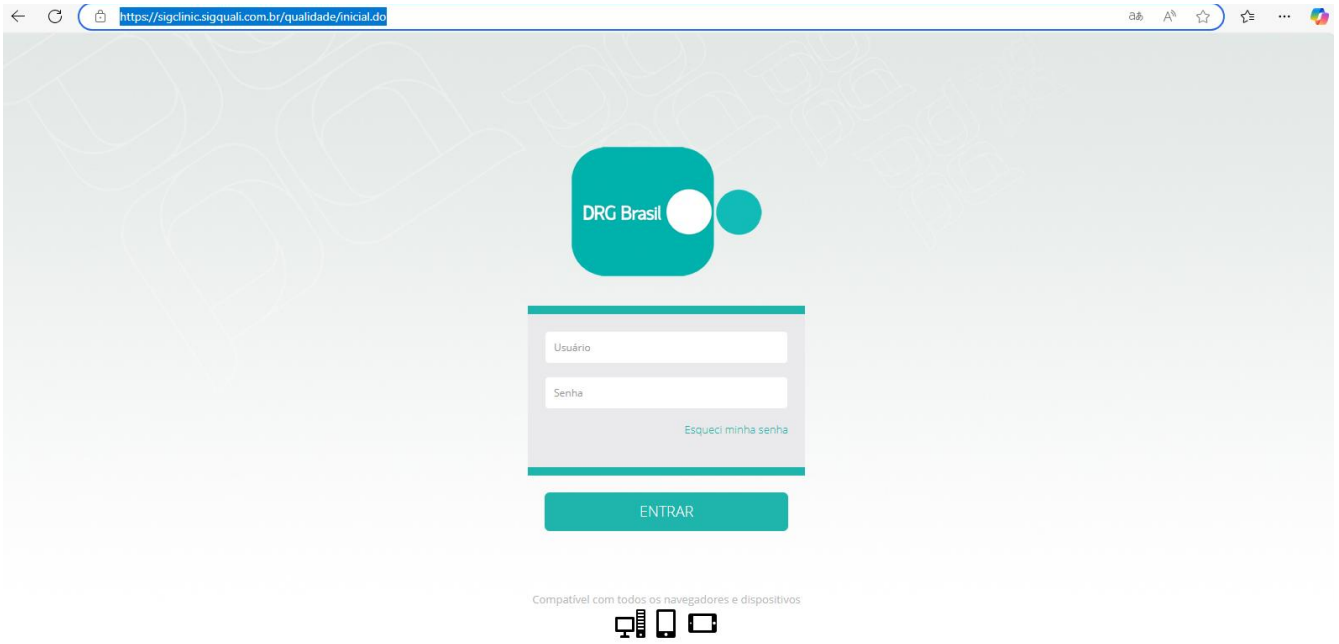
Mesma meta pactuada no Pacto de Gestão Participativa da Fhemig para o ano de 2024.

3.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.3 – PERCENTUAL DE CODIFICAÇÃO DRG DE ALTA

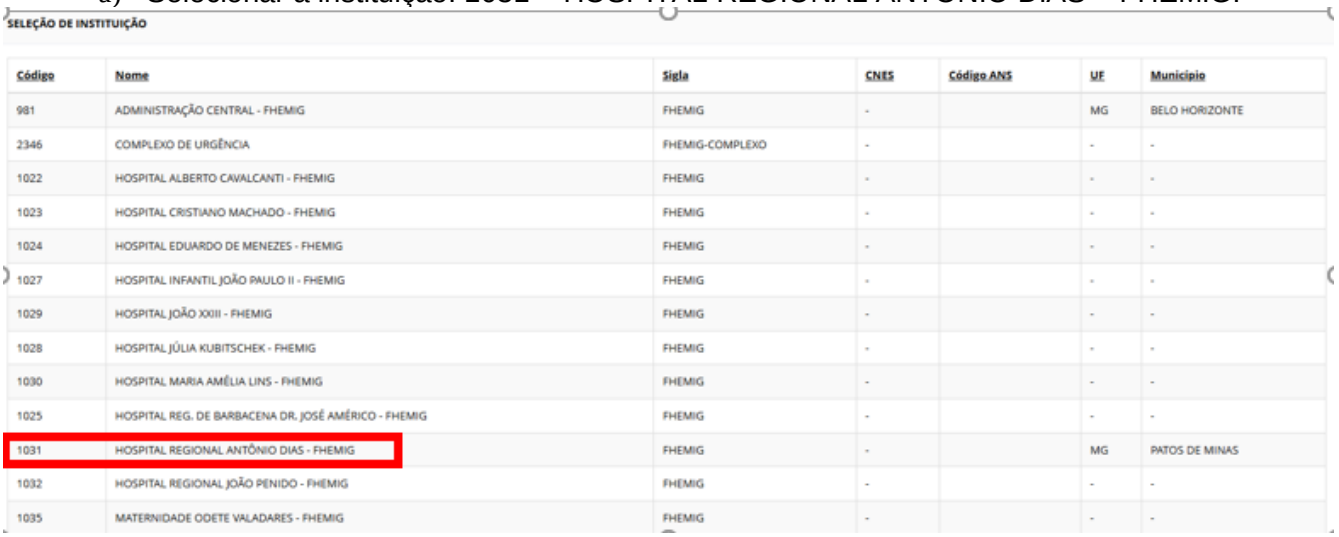
- **Para cálculo do numerador (total de altas codificadas no DRG):**

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: DRG Brasil

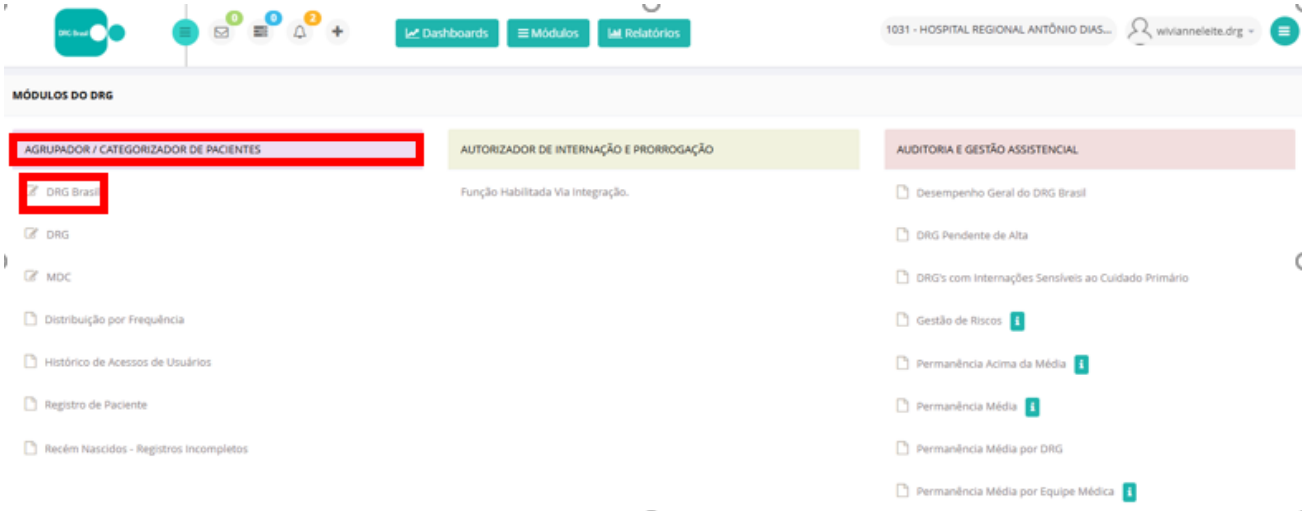


a) Selecionar a instituição: 1031 – HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG:


SELEÇÃO DE INSTITUIÇÃO

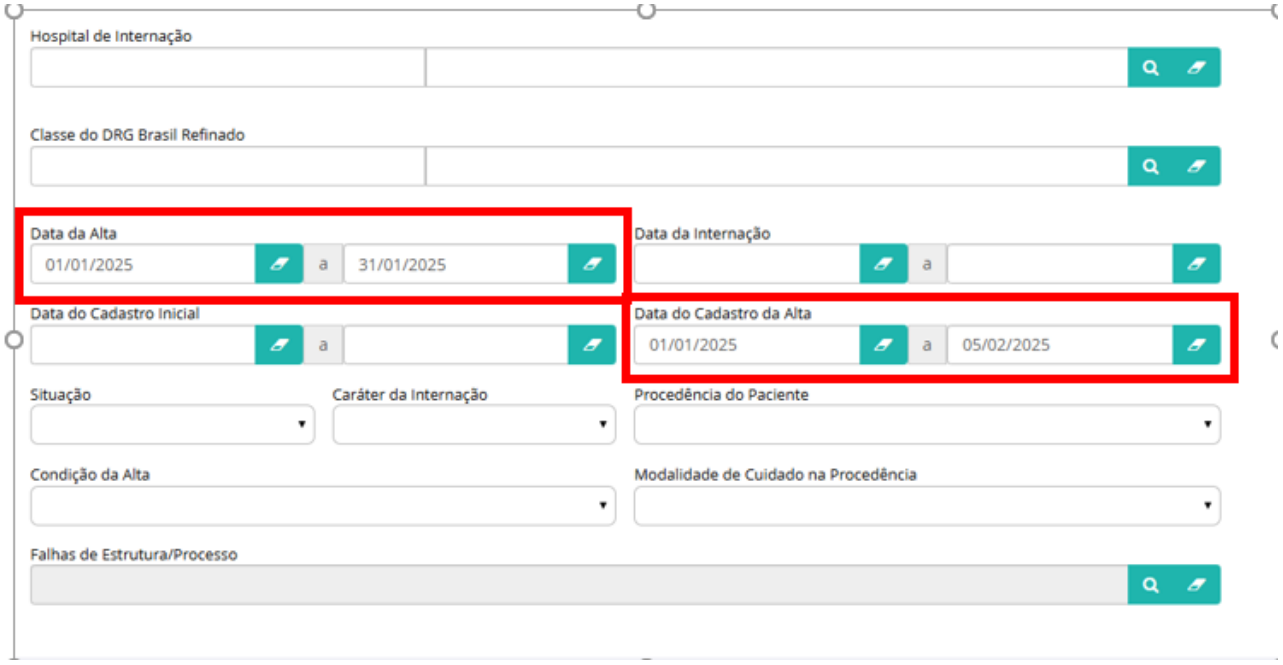
Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
2346	COMPLEXO DE URGÊNCIA	FHEMIG-COMPLEXO	-		-	-
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1023	HOSPITAL CRISTIANO MACHADO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	PATOS DE MINAS
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

b) Selecionar a opção de módulos e na aba de **agrupador/ categorizador de pacientes** selecionar **DRG Brasil**



c) Na página seguinte fazer os seguintes filtros:

Data da alta: colocar o primeiro e último dia do mês de referência
Data do cadastro da alta: será o primeiro dia do mês de referência e a data final será o 3° dia útil do mês (o mesmo dia que estiver fazendo o levantamento dos dados).



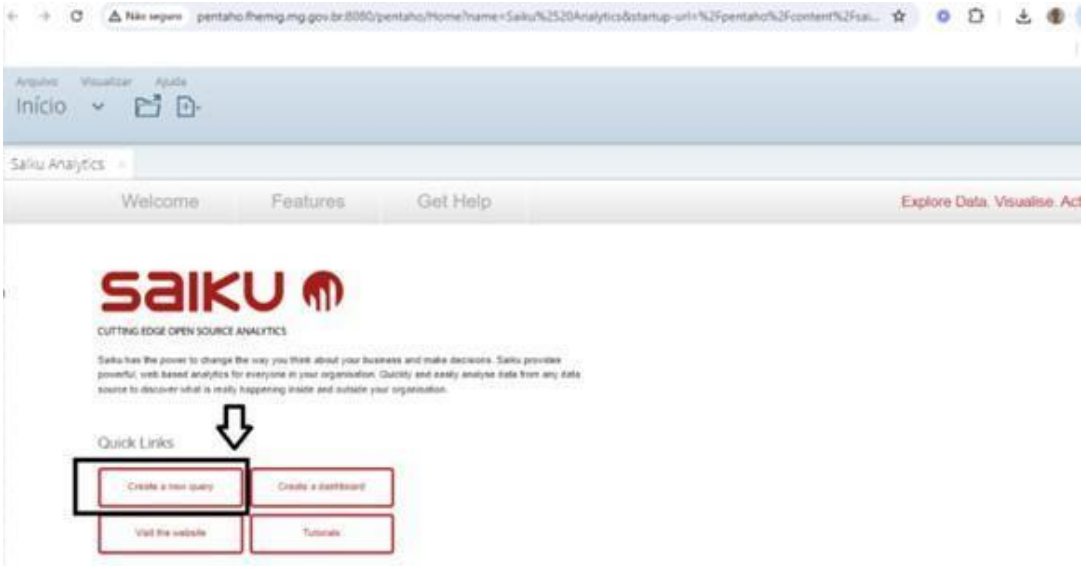
c) Selecionar a opção pesquisar. A página seguinte emitirá o resultado das altas codificadas no HRAD no período escolhido:

- **Para obtenção do denominador (total de altas lançadas no Sistema de Gestão**

Hospitalar):

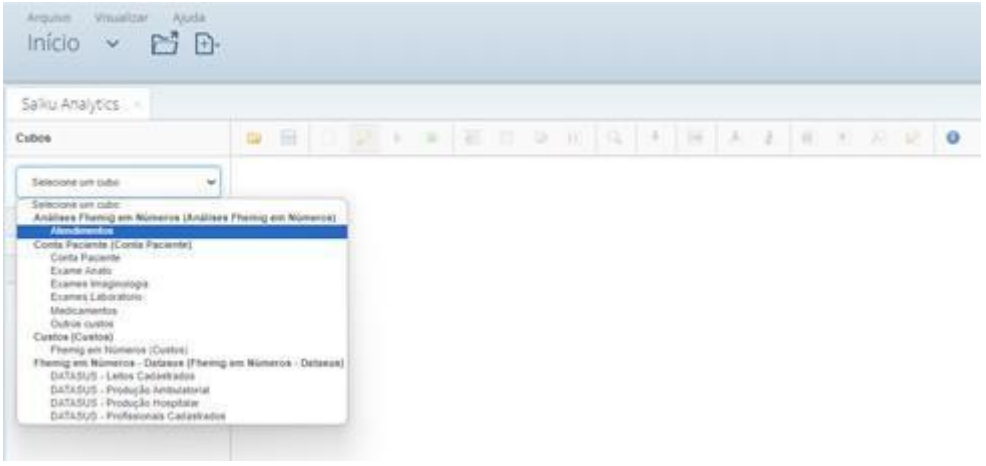
1. Acessar o endereço http://10.49.10.204/ e selecionar a opção “FHEMIG EM NÚMEROS”:

2. Selecionar a opção demonstrada abaixo:

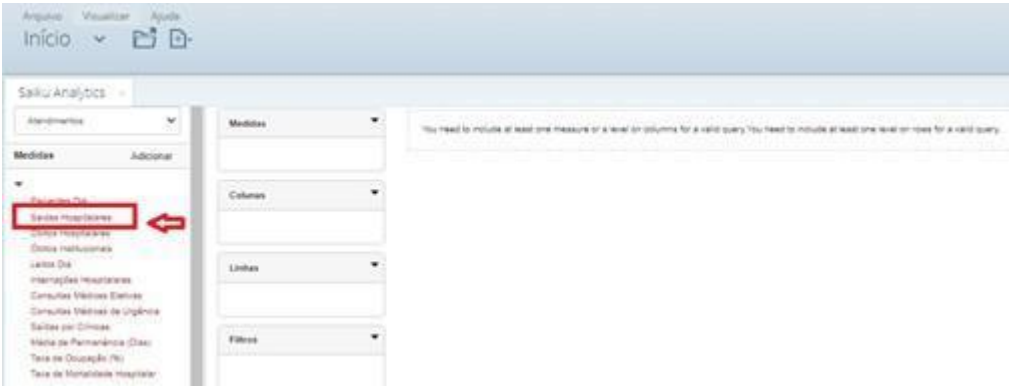


3. Na tela seguinte, deverão ser aplicados os filtros necessários para se pesquisar o “número de pacientes-dia” no período.

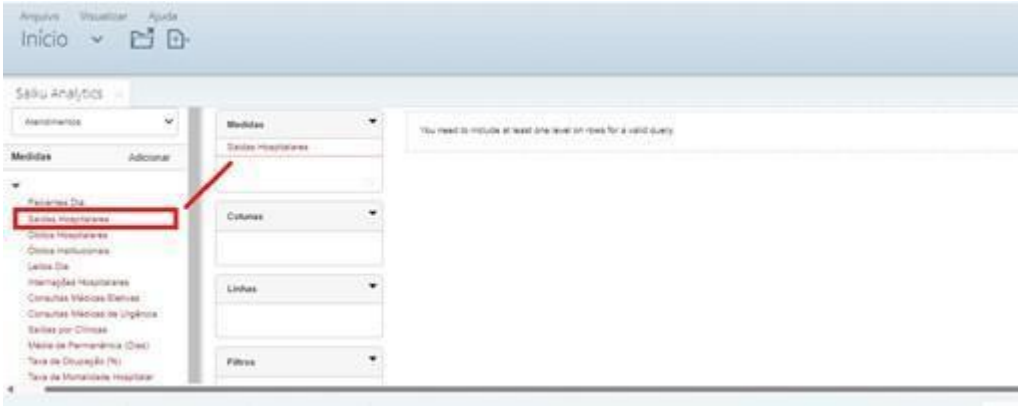
   ✓ Na opção “Selecione um cubo” clique na opção “Atendimentos”:



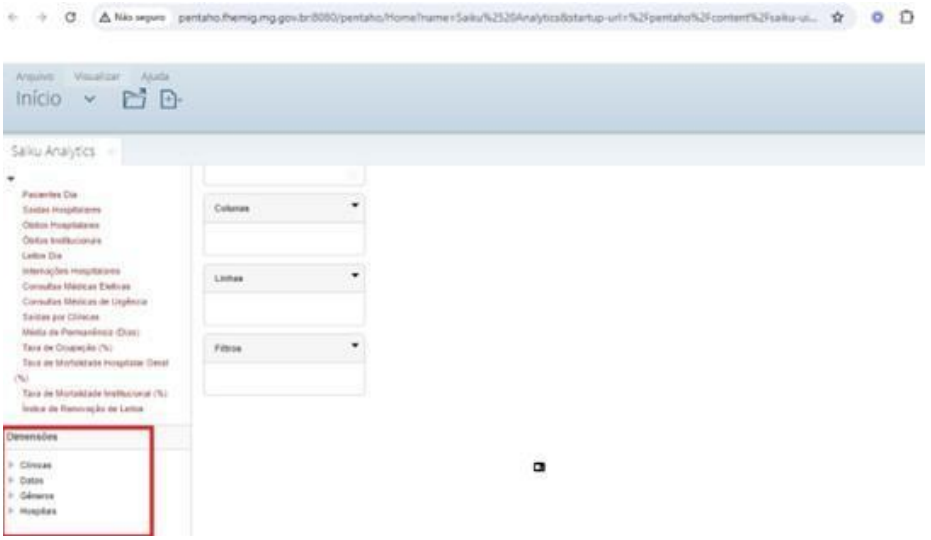
4. Selecionar “Saídas Hospitalares” no item “Medidas”, clicando sobre ele:



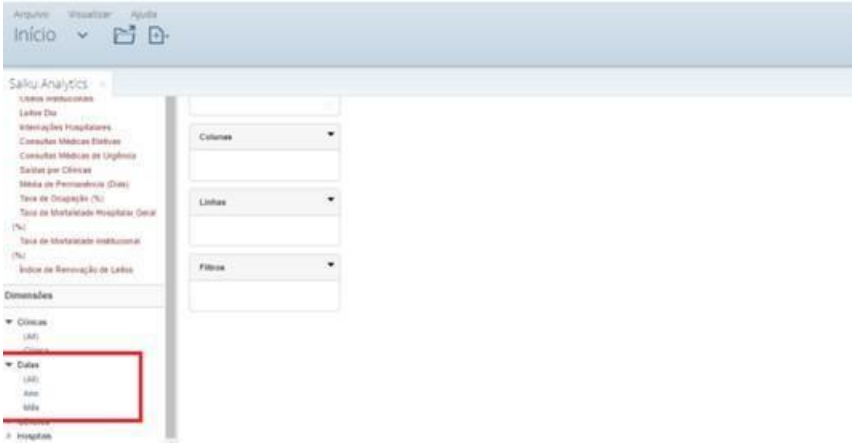
O item selecionado será movimentado para o local referente ao filtro “Medidas”, conforme apontado na figura abaixo:



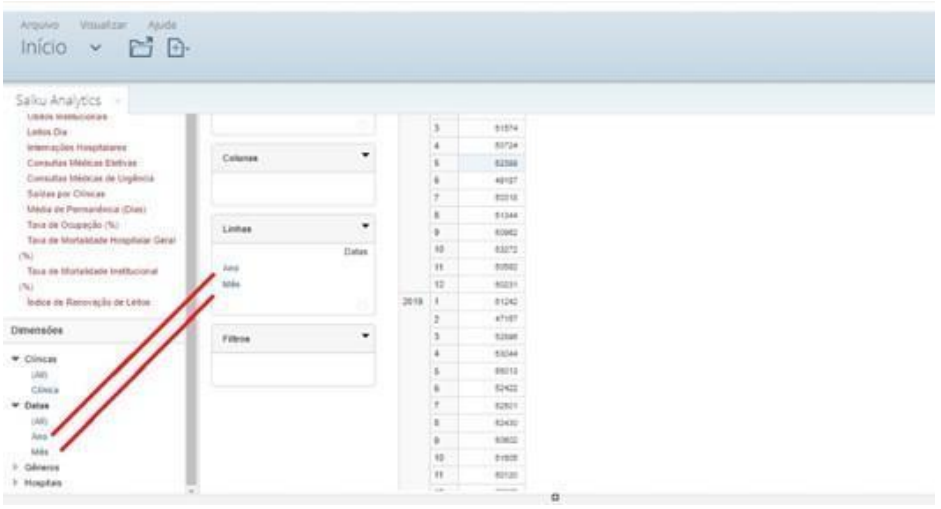
5. Rolar o mouse para baixo até o filtro “Dimensões”:



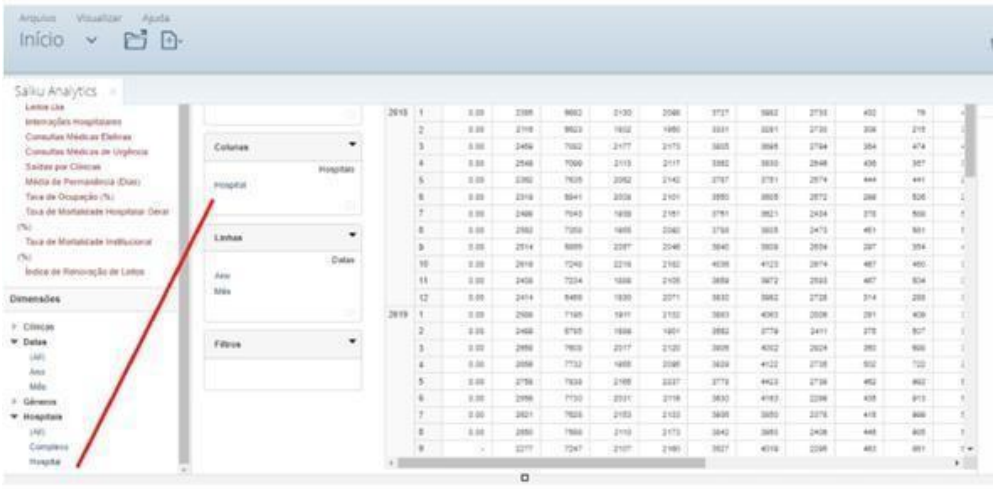
6. Clicar sobre a opção datas (aparecerá as opções ano e mês):



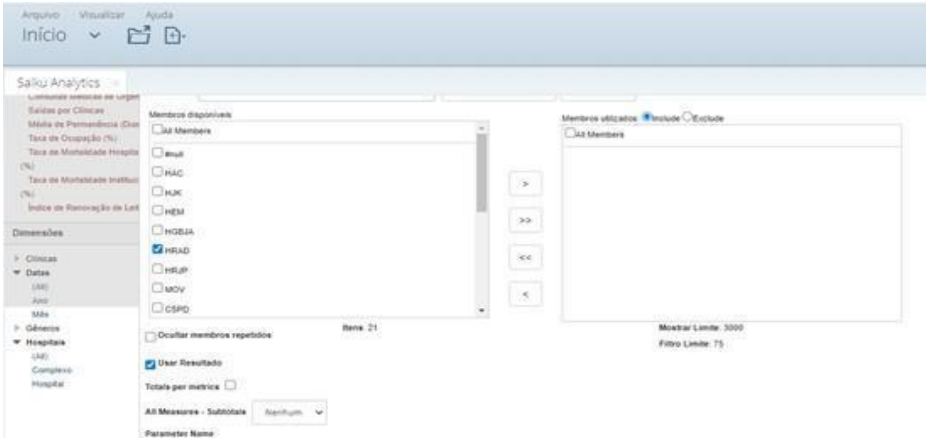
7. Clicar primeiramente sobre ano e em seguida sobre mês e ambos serão movimentados para o local referente ao filtro linhas, conforme apontado na figura abaixo:


Arquivo
Visualizar
Ajuda
Início
Saiku Analytics
Colunas
Linhas
Datas
Ano
Mês
Filtros
Dimensões
Clínicas
Clínica
Datas
Ano
Mês
Gêneros
Hospitais

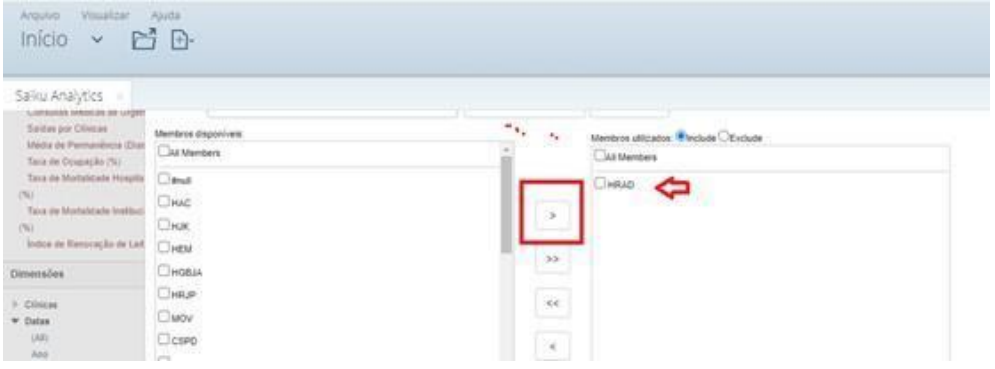
8. Clicar sobre a opção “Hospitais” e ele será movimentado para o local referente ao filtro Colunas, conforme apontado na figura abaixo:

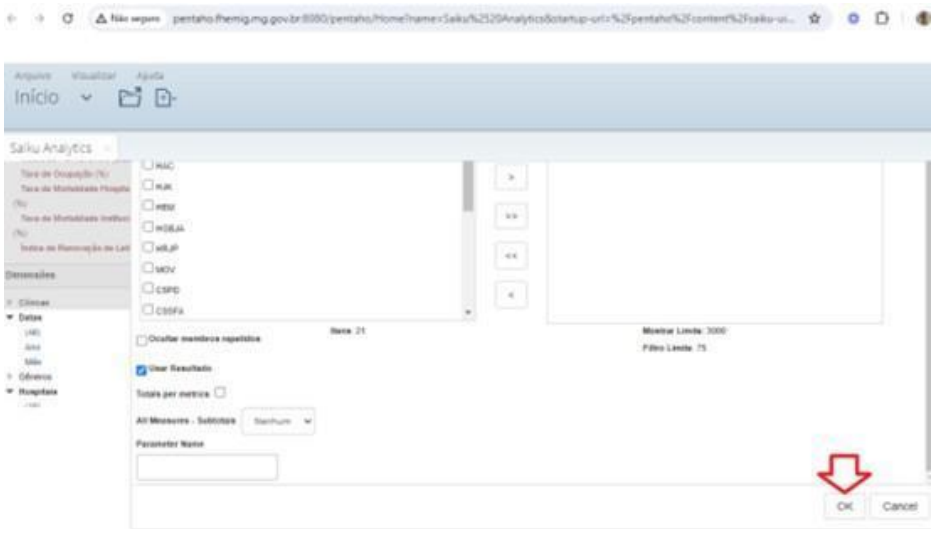


9. Clicar em Hospital que está dentro de “Coluna” e abrirá a tela para selecionar a unidade hospitalar que fará análise. Marcar o check box correspondente conforme figura:

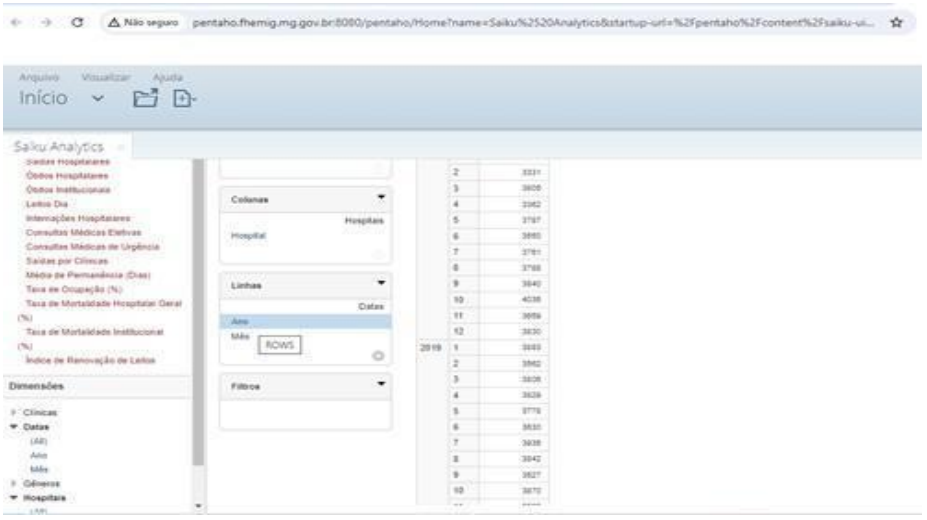


10. Clicar na opção de seta única e observar que a unidade analisada foi movimentada para a lateral e clicar em “OK” na parte inferior da tela.

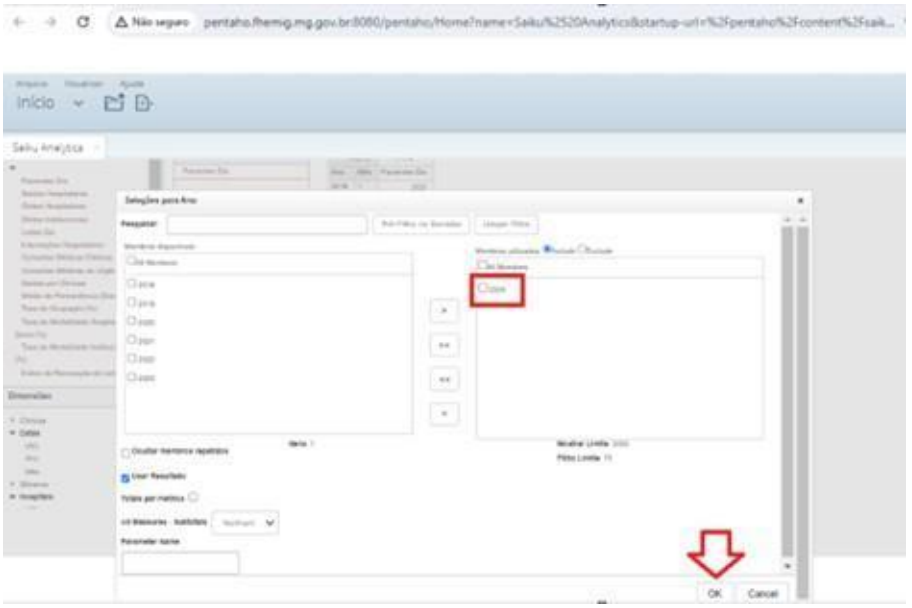




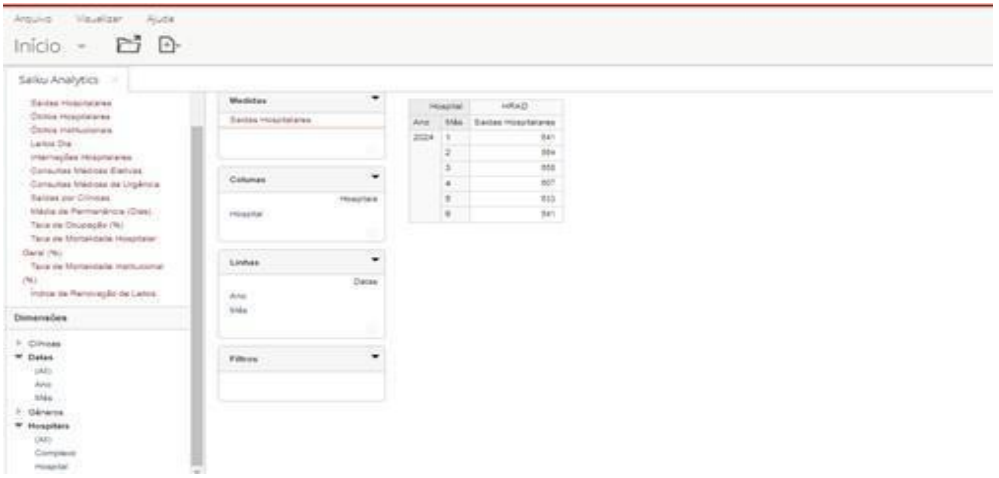
11. Clicar em ano para selecionar a competência:



12. Marcar o check box correspondente ao ano, clicar a seta única, observar a movimentação para o lado e clicar “OK” na parte inferior da tela.



13. O resultado será gerado na tela seguinte:



- **<u>Para cálculo da fórmula do indicador:</u>**

De posse das informações do numerador e denominador da fórmula, basta realizar uma divisão simples do total de altas codificadas no DRG da competência pelo total de altas lançadas no Sistema de Gestão Hospitalar na competência multiplicar por 100.

3.4. CUMPRIMENTO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC

3.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA - IQCC

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA - IQCC
Descrição	O IQCC representa uma pontuação desejada para uma codificação adequada e assertiva. Dessa forma, é possível avaliar a qualidade da codificação clínica da instituição por meio da comparação da pontuação institucional com a pontuação de uma codificação ideal de referência. São considerados a qualidade das informações do prontuário até a eficácia das informações codificadas no Sistema DRG. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	O indicador expressa a qualidade da codificação das altas realizadas em um determinado período de tempo, refletindo as condições reais do paciente e/ou procedimentos realizados, evitando-se assim, distorções quanto à complexidade dos DRG's e do Case Mix institucional.
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado do IQCC obtido no Sistema DRG referente ao período avaliado.
Resultado no período avaliado	Resultado do IQCC no período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Número absoluto.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil
Polaridade	Maior Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA - IQCC	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	≥ score da Fhemig
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	≥ score da Fhemig

Linha de base atualizada

LINHAS DE BASE	PERÍODO	IQCC
	2022	18
	2023	18
	2024	19
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	18
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	20
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	18

Referências para o cálculo das metas pactuadas

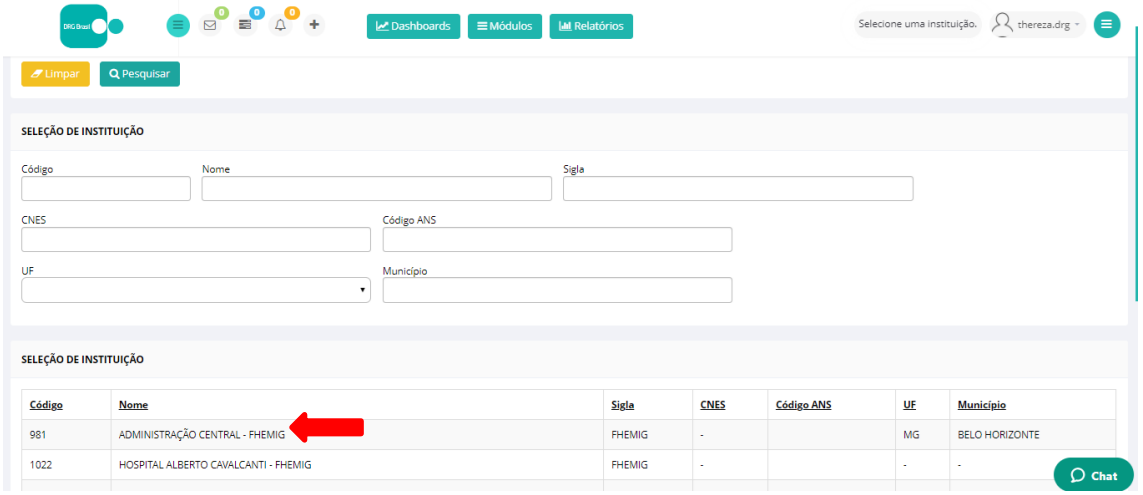
Objetiva-se por meio da parceria que o score da Unidade seja igual, ou melhor do que a média dos resultados de toda a Rede Fhemig.

3.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 2.4 – ÍNDICE DE QUALIDADE DE CODIFICAÇÃO CLÍNICA – IQCC

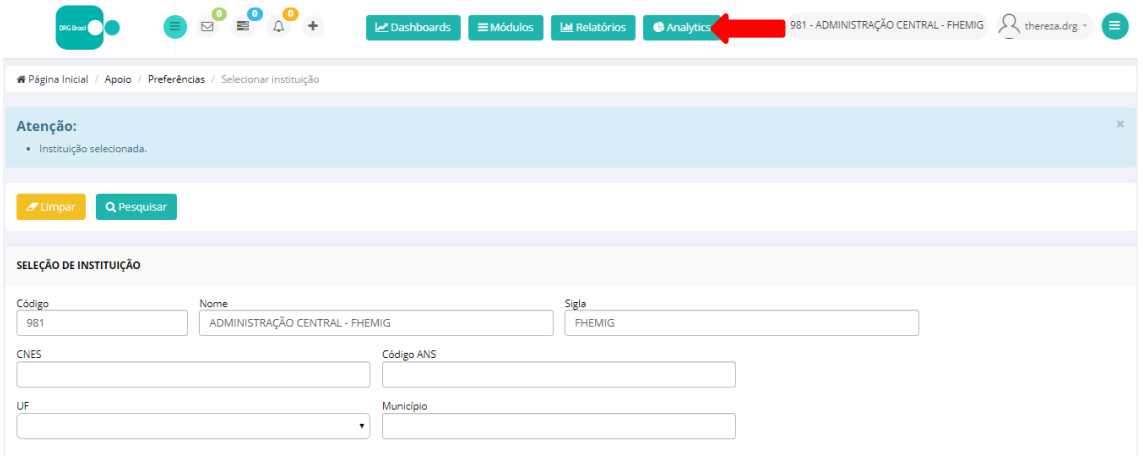
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG-BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE. NESSA DATA A UNIDADE NÃO PODERÁ FAZER ALTERAÇÕES NAS ALTAS JÁ CODIFICADAS!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do

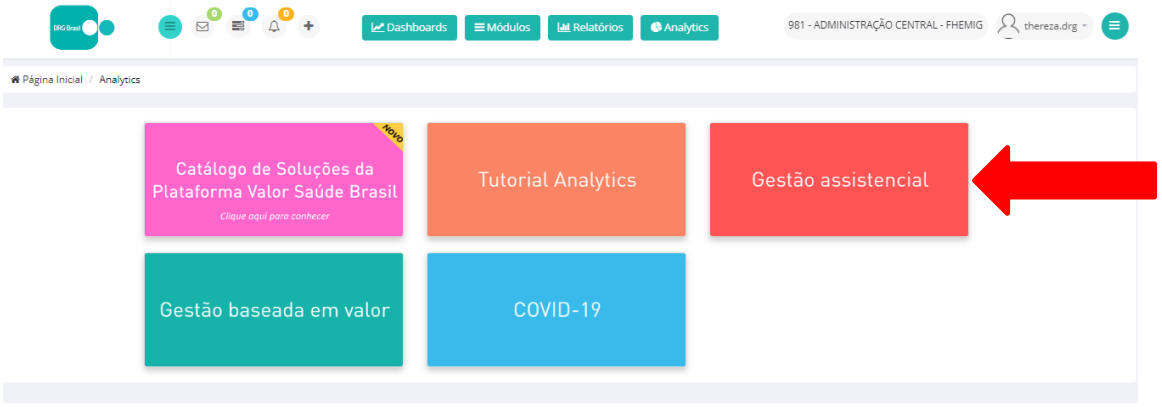
a) Selecionar a instituição: 981 – ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG:



b) Na página seguinte, selecionar a opção “ANALYTICS”:

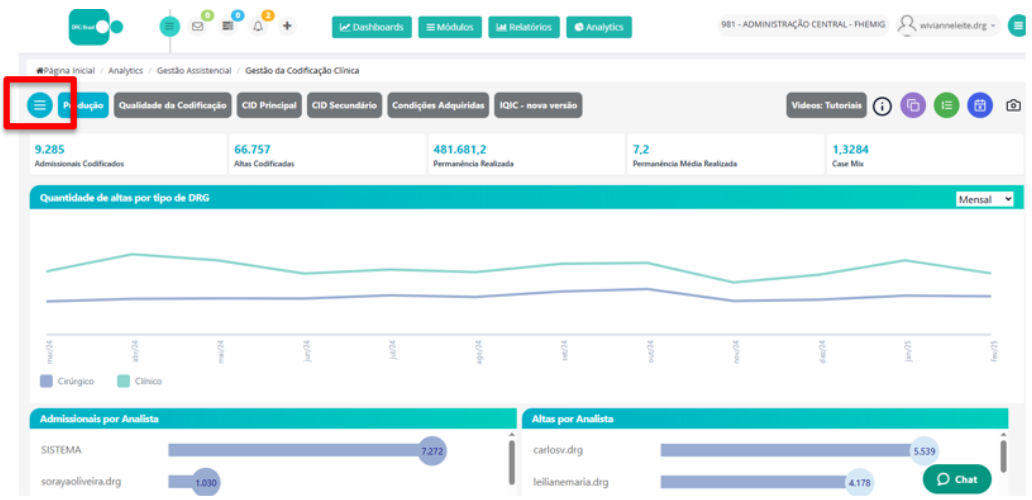


c) Na próxima página, clicar no ícone: “GESTÃO ASSISTENCIAL”:



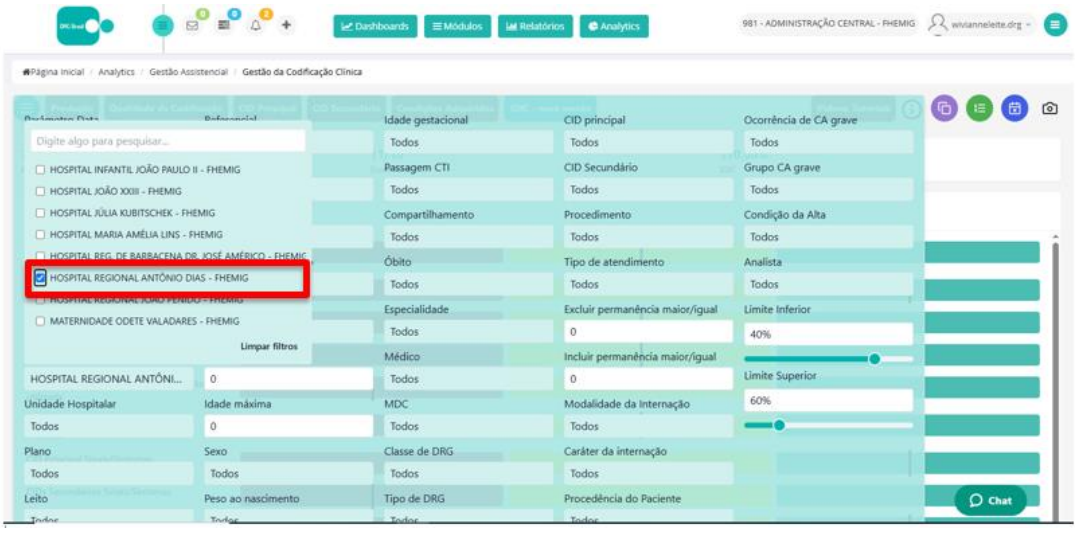
d) Na página seguinte entrar em: GESTÃO DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA:

e) Selecionar o ícone de Menu para escolher o filtro da pesquisa:

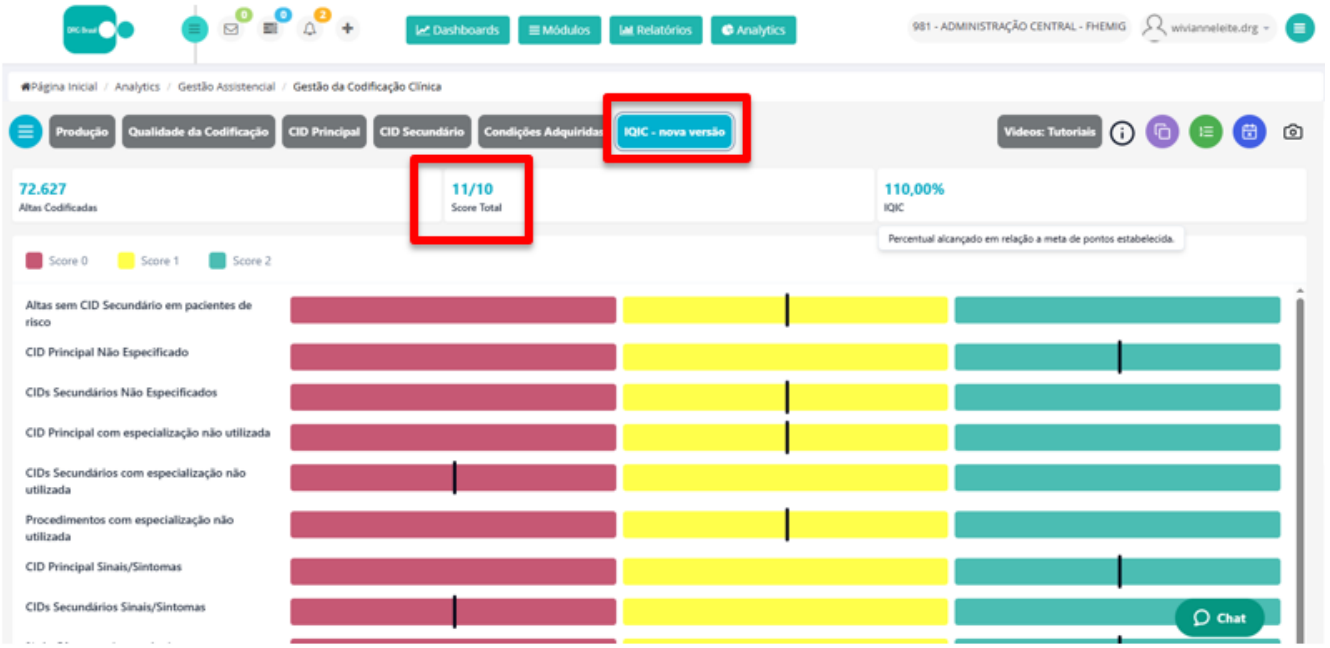


f) Selecionar o mês de referência.

g) Selecionar o hospital de referência: desmarcar todas as opções e deixar selecionado o checkbox com o nome do hospital que será analisado:



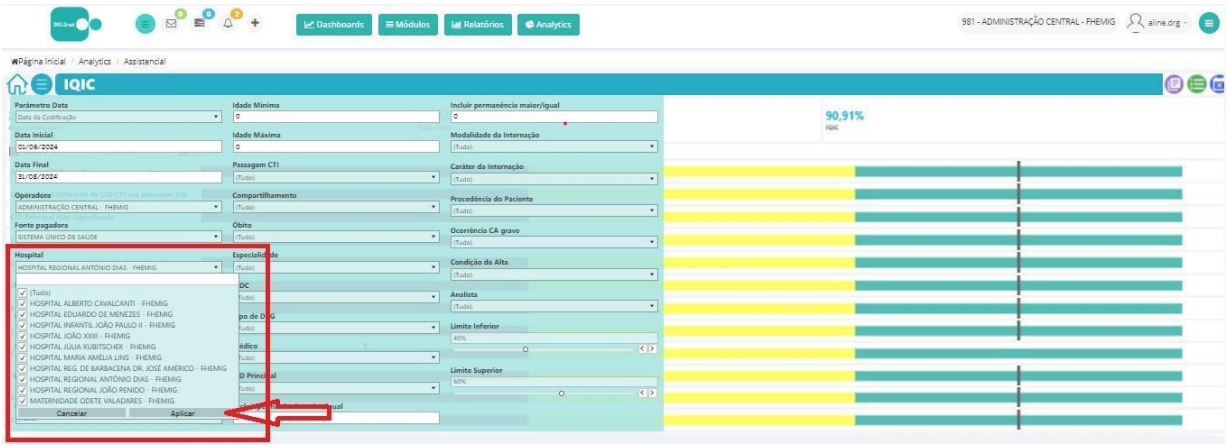
➢ Na tela seguinte, selecionar a opção **IQIC- nova versão.** Em seguida, aparecerá o score total: será emitido o score do hospital analisado, em relação ao score máximo projetado pelo algoritmo do sistema.



Como a meta estabelecida para o indicador, tem por base o Índice alcançado pela FHEMIG, a equipe de monitoramento assistencial, deverá seguir o mesmo passo a passo citado anteriormente, realizando os seguintes ajustes:

- Clicar no ícone de menu dos filtros

a) Selecionar o mês de referência.
b) Selecionar o hospital de referência: marcar todas as unidades da Fhemig.



- Na tela seguinte, selecionar a opção **IQIC- nova versão.** Em seguida, aparecerá o score total: será emitido o score da Fhemig, em relação ao score máximo projetado pelo algoritmo do sistema.

- Como a equipe do hospital de analisado não tem acesso ao Score da FHEMIG, a equipe de monitoramento assistencial, deverá encaminhar o print para conhecimento ao responsável pela elaboração do relatório gerencial de resultados.

- O resultado do score será considerado conforme exemplo abaixo, para os prints utilizados no passo a passo - Resultado FHEMIG/ Hospital analisado.

  Resultado score IQIC:9/2

4. ÁREA TEMÁTICA 03: ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O desenvolvimento tecnológico do campo da informação permitiu aumento na produção de dados assistenciais, possibilitando a análise da qualidade assistencial. Tendo em vista as garantias constitucionais de acesso ao serviço de saúde, tais informações são fundamentais para regular a qualidade da assistência prestada. Além disso, os dados assistenciais permitem caracterizar o hospital quanto ao seu tipo de atendimento e a sua efetividade. Os indicadores relacionados à assistência à saúde foram concebidos com intuito de padronizar e mensurar a qualidade dos serviços ofertados, alicerçados em evidências científicas. A partir desses indicadores, o gestor terá subsídios para a tomada de decisões, bem como poderá aprimorar a qualidade do serviço assistencial oferecido pela unidade.

Quanto à metodologia do Diagnosis Related Groups (DRG), que está atrelada a mensuração de 7 indicadores do Contrato de Gestão, trata-se de 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. Dessa forma os indicadores alicerçados na metodologia do DRG foram programados com o objetivo do alcance do referencial brasileiro no Percentil 50 de avaliação, o que por si só, já geraria importante eficiência, considerando a manutenção de um Case Mix (índice que resume a complexidade do conjunto de pacientes assistidos na unidade e no período).

A partir disso, o grupo de indicadores que compõem esta área temática visa mensurar a qualidade e eficiência de processos assistenciais, possibilitando análise dos resultados alcançados em relação a índices preconizados pela literatura e àqueles alcançados por outras instituições de saúde similares. Os indicadores que compõe essa área estão listados abaixo:

4.1. CUMPRIMENTO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

4.1.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR
Descrição	Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Trata-se de um indicador clássico, que tem relação com boas práticas de governança clínica e mostra se o leito hospitalar é gerido com eficiência. Atualmente é utilizado o patamar de eficiência mínima relativo ao Percentil 50 de assistência, referente ao mesmo conjunto de DRGs do referencial nacional de hospitais do SUS sem acreditação.
Fórmula de cálculo do indicador	Resultado para o período = Número total de pacientes-dia no período / Número total de pacientes que tiveram saída no período (incluindo óbitos).
Resultado no período avaliado	Resultado da Média de Permanência Hospitalar Geral para o período avaliado (trimestre).
Unidade de Medida	Número absoluto
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil
Polaridade	Menor Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≤ 5,8 dias
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≤ 5,5 dias
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABR/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	≤ MP prevista (repactuado)

Linha de base atualizada

	PERÍODO	MÉDIA DE PERMANÊNCIA
LINHAS DE BASE	2022	5,7
	2023	5,1
	2024	5
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	4,9
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	5,3
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	4,9

Referências para o cálculo das metas pactuadas

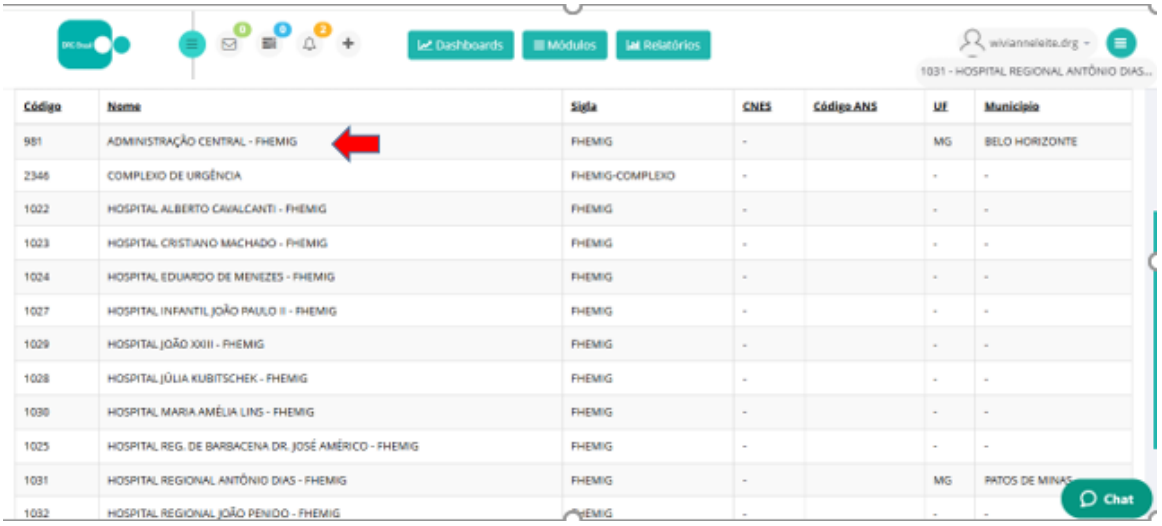
A meta foi obtida com base na média ponderada da Média de Permanência Hospitalar Geral, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme cálculo do algoritmo do Sistema DRG-Brasil à época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria (2022).

Indicador	2019	2020	2021	Média Ponderada
Média de Permanência Real	6,5	5,8	5,5	5,8
Média de Permanência Prevista conforme DRG	3,7	3,9	3,9	3,9

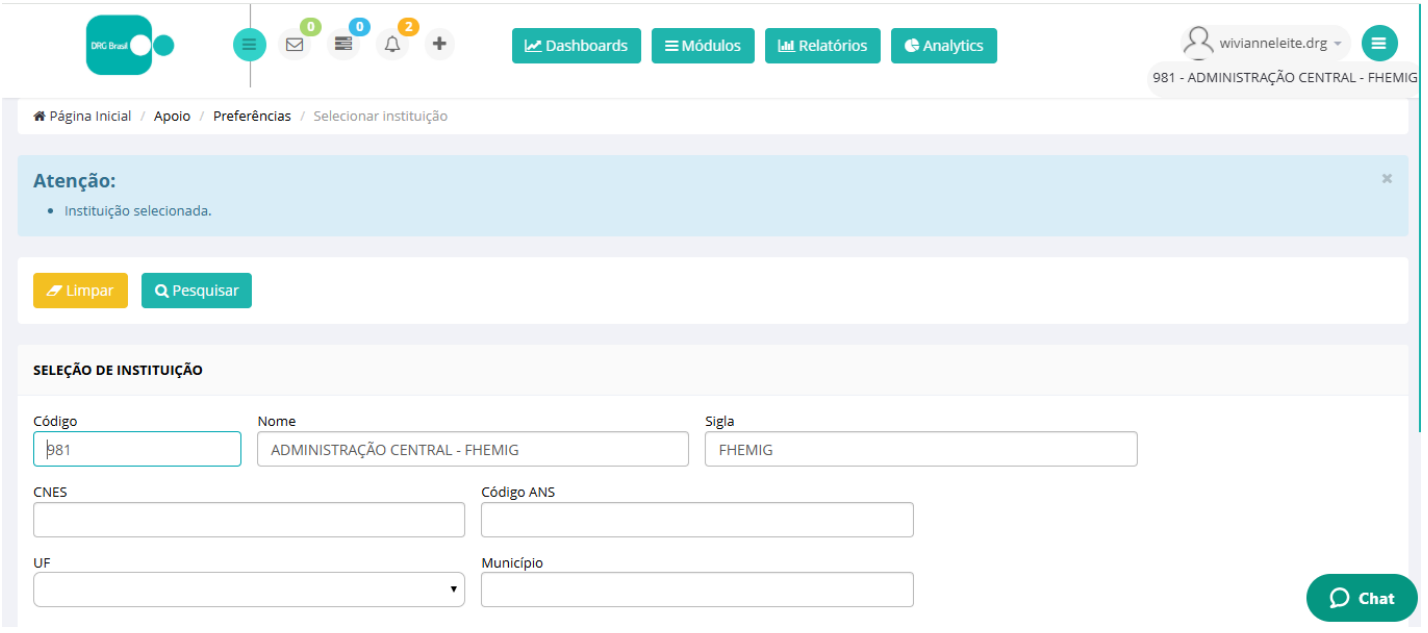
4.1.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

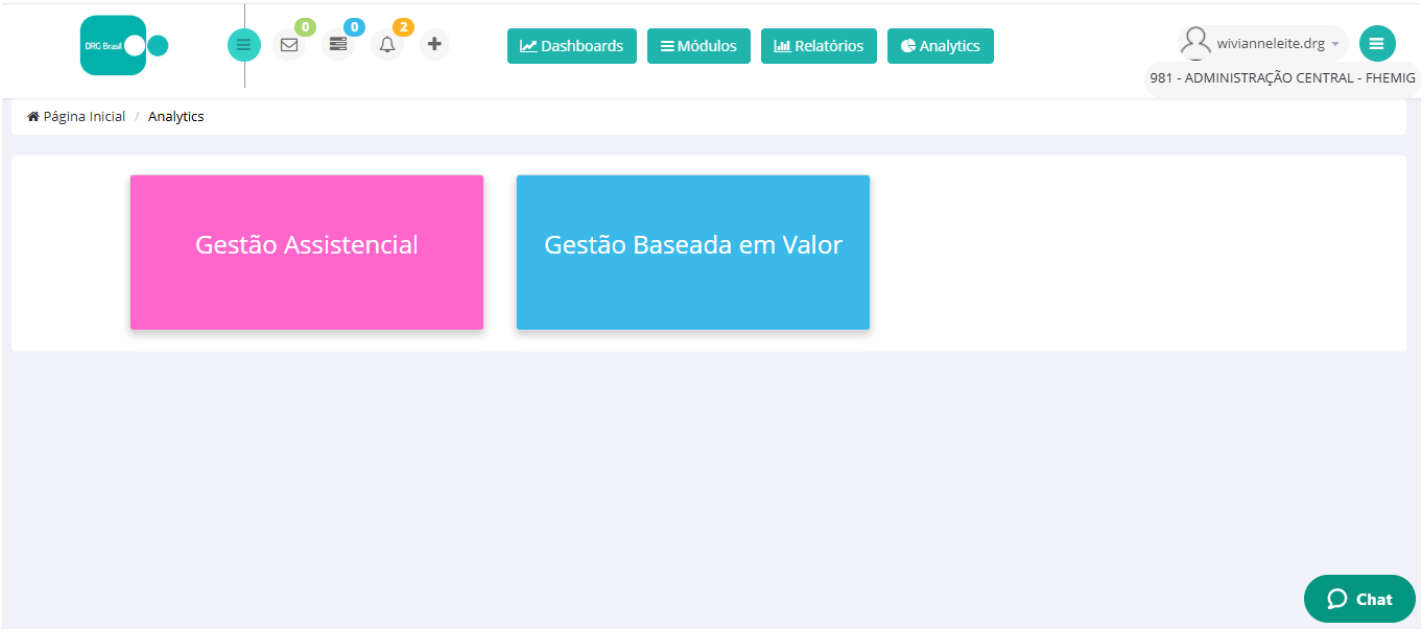
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Selecionar a instituição: 981 – ADMINISTRAÇÃO CENTRAL – FHEMIG:



3. Na página seguinte, selecionar: ANALYTICS:

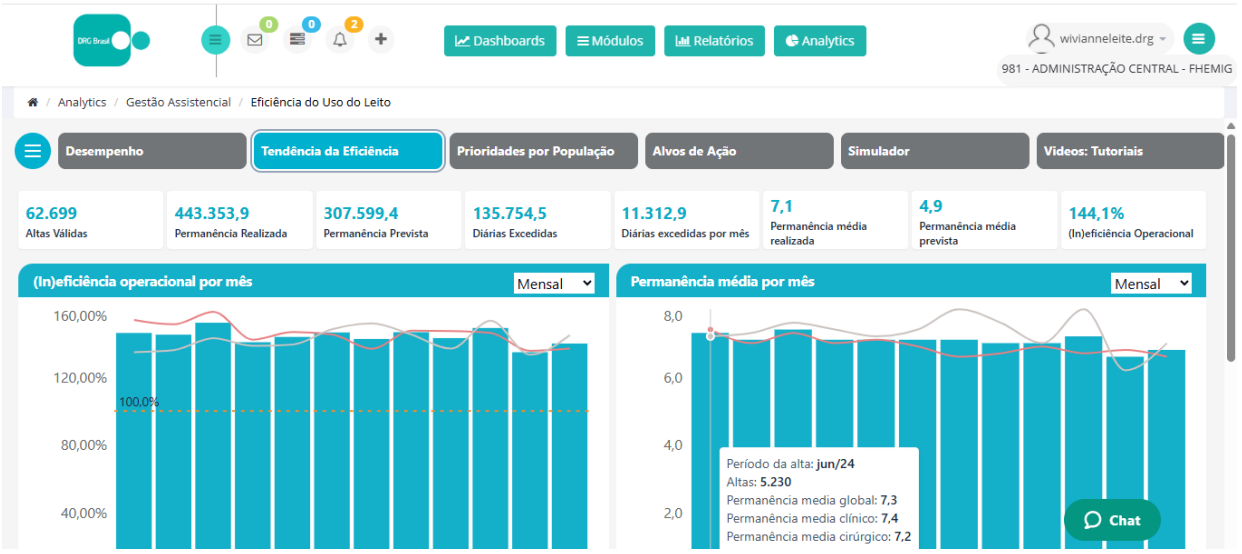


4. Na próxima página, selecionar: **GESTÃO ASSISTENCIAL**:

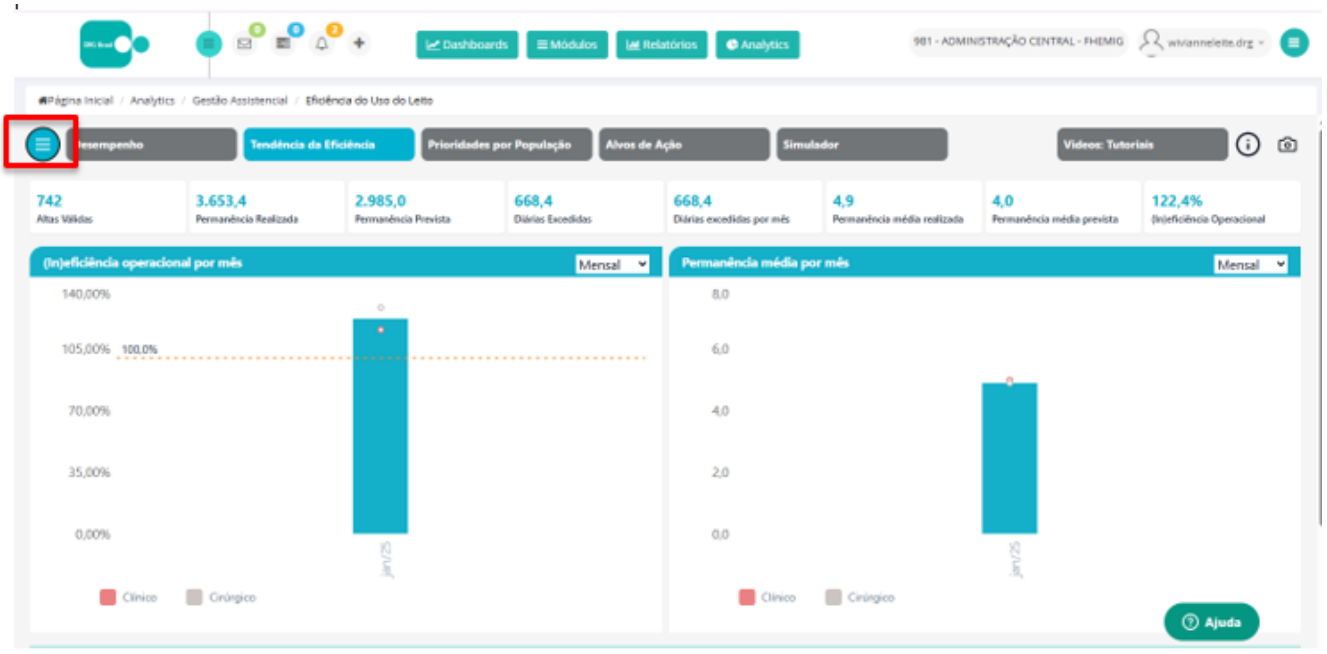


4. Na próxima página, selecionar: **EFICIÊNCIA DO USO DO LEITO**:

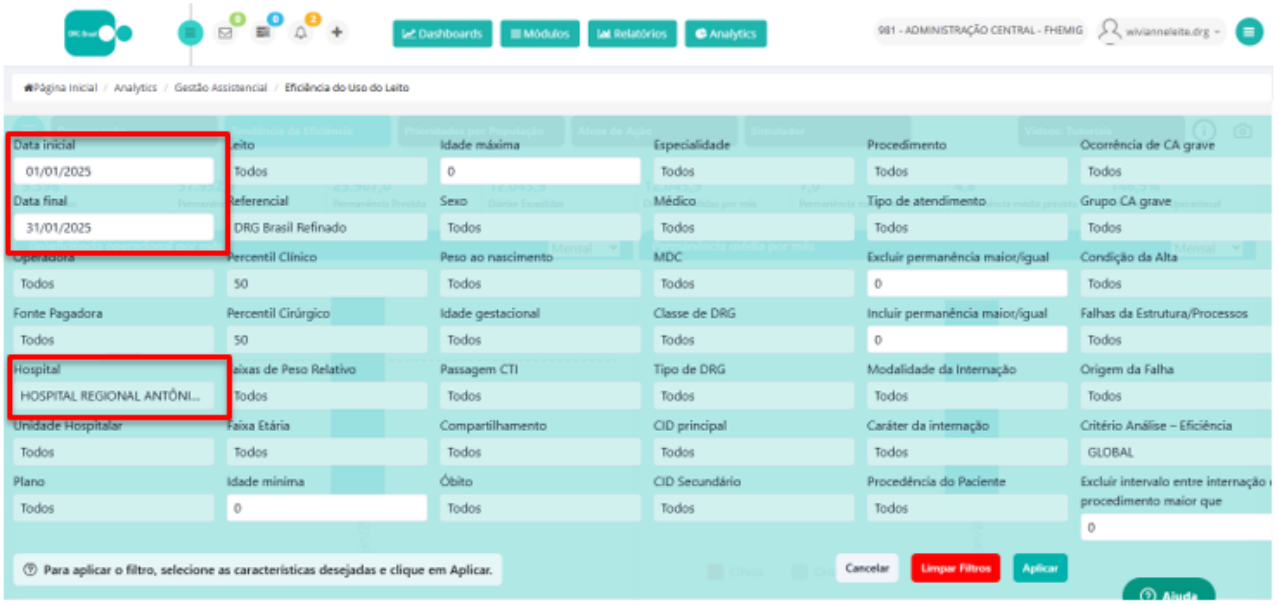
5. Na próxima página, selecionar: **TENDÊNCIA DA EFICIÊNCIA**:



➢ Selecionar o ícone de menu, para fazer o filtro da pesquisa



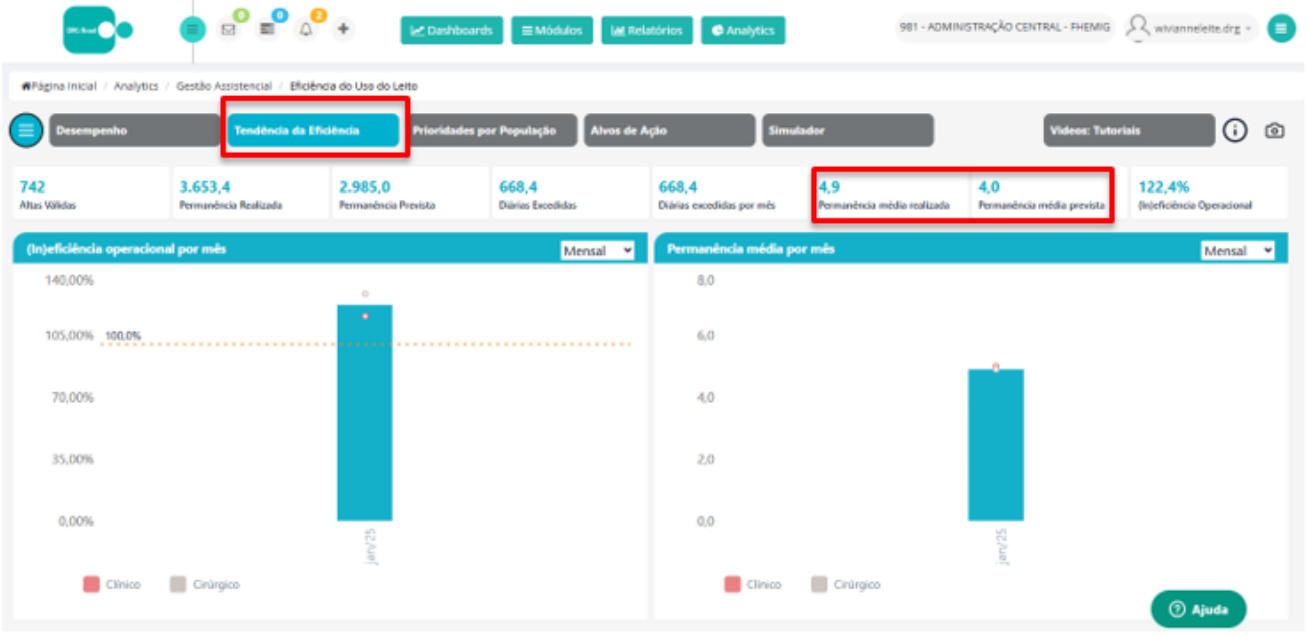
a) Selecionar o mês de referência.
b) Selecionar o hospital de referência: desmarcar todas as opções e deixar selecionado o checkbox com o nome do hospital que será analisado:



➢ Na tela deverá ser considerado os valores encontrados para:

a) **Permanência média Prevista:** meta a ser considerada para o indicador

b) **Permanência média realizada**: resultado da unidade para o indicador



4.2. CUMPRIMENTO DA TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

4.2.1. MATRIZ PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

Nome do Indicador	INDICADOR 3.2 – TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR
Descrição	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. Paciente-dia: corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital ou setor em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de paciente-dia de cada dia do mês. Leitos-dia: correspondem aos leitos disponíveis a pacientes no hospital ou setor em cada dia. O número de leitos-dia no mês será a somatória de leitos-dia de cada dia do mês.
Fundamentação	A mensuração da Taxa de ocupação fornece informações que permitem avaliar variáveis relacionadas à capacidade de atendimento institucional, bem como refletem os processos de gestão hospitalar que impactam diretamente na otimização do uso de leitos, tais como a regulação interna e externa de pacientes. Além disso, dentro de uma faixa adequada, essa taxa reflete economia de escala e escopo assistenciais. É um indicador complementar os do grupo 1.1. Considerando que as metas de produtividade monitoradas por meio dos indicadores do grupo 1.1 tiveram como referência a permanência esperada do DRG e se limitam na apresentação de quantidades, é importante assegurar que os tempos de permanência esperados sejam alcançados, no caso concreto do HRAD gerando redução de permanência, mas que os leitos não permaneçam ociosos. Assim, o monitoramento da ocupação mínima é importante. Em contraponto, caso as metas de ocupação sejam alcançadas em função da permanência injustificada de pacientes nos leitos, os indicadores do grupo 1.1 não serão alcançados. Ainda, indiretamente, a adoção deste indicador irá induzir que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) esteja atualizado e correspondendo a realidade de leitos do hospital.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa mensal = (Número de pacientes-dia no período / Número de leitos-dia cadastrados no CNES, no período) x 100.
Resultado no período avaliado	Média dos resultados mensais da Taxa de Ocupação Hospitalar.
Unidade de medida	Percentual.

<table>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Sistema de Informação de Gestão Hospitalar e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de Desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente</td><td>SET/24 (1ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente</td><td>DEZ/24 (2ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (3ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (4ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente</td><td>SET/25 (5ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente</td><td>DEZ/26 (6ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (7ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (8ª avaliação)</td><td>≥ 85%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><th>LINHAS DE BASE</th><th>PERÍODO</th><th>TX OCUPAÇÃO HOSPITALAR</th></tr>
<tr><td></td><td>2022</td><td>89,18%</td></tr>
<tr><td></td><td>2023</td><td>93,59%</td></tr>
<tr><td></td><td>2024</td><td>87,87%</td></tr>
<tr><td></td><td>MAR/24, ABR/24, MAI/25</td><td>89,84%</td></tr>
<tr><td></td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>97,34%</td></tr>
<tr><td></td><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>88,57%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>Meta estipulada com base nos valores preconizados na literatura. Conforme Agência Nacional de Saúde, a taxa de ocupação hospitalar acima do preconizado está relacionada com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. Valores abaixo de 75% indicam baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital, demonstrando indícios de falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.
Também foi avaliada a média ponderada da Taxa de Ocupação Hospitalar do HRAD, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021:</td></tr>
</table>

Indicador	2019	2020	2021	Média
Taxa de Ocupação Hospitalar	98%	83%	85%	89%

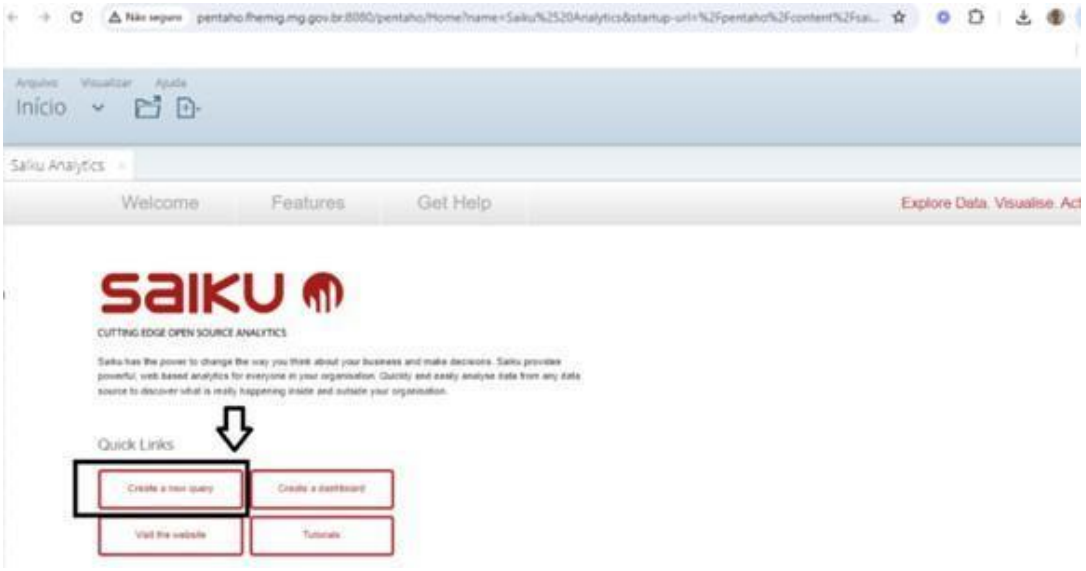
4.2.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO CNES E NO FHEMIG EM NÚMEROS SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

- **Primeira etapa: obter o numerador (número de pacientes-dia para a competência):**

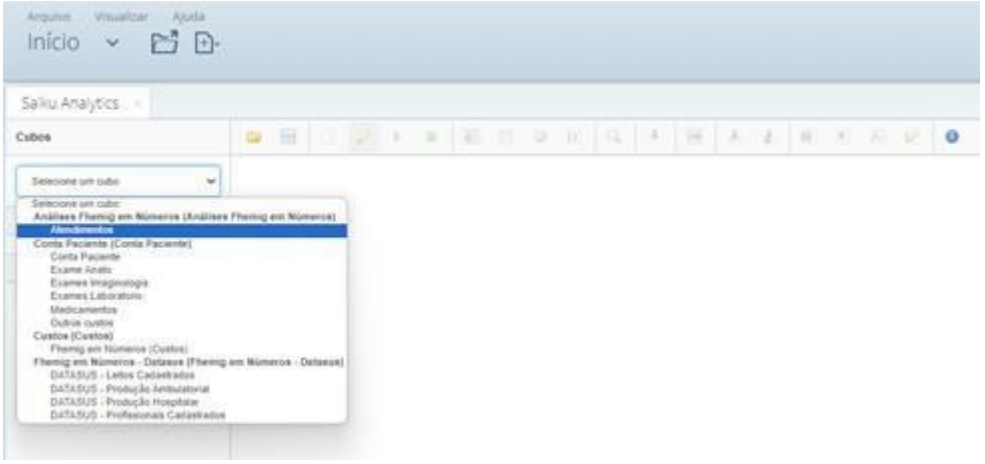
1. Acessar o endereço http://10.49.10.204/
2. Selecionar a opção “FHEMIG EM NÚMEROS”:

3. Selecionar a opção demonstrada abaixo:

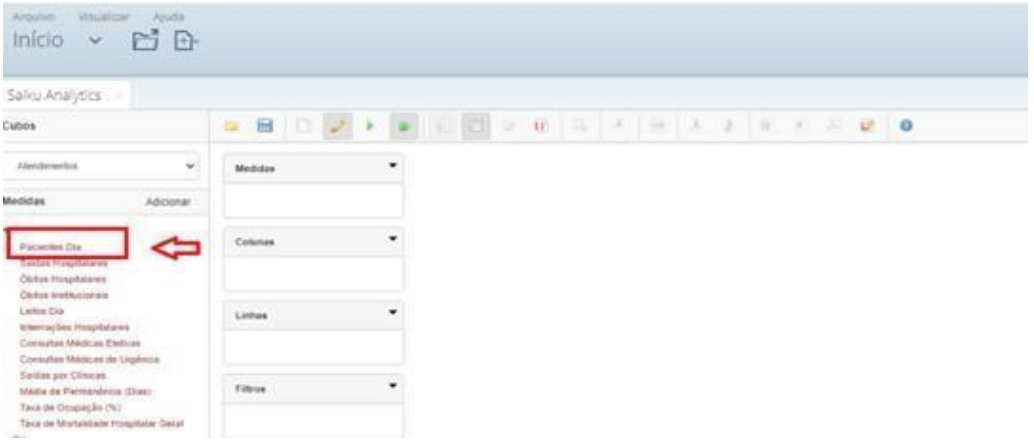


4. Na tela seguinte, deverão ser aplicados os filtros necessários para se pesquisar o “número de pacientes-dia” no período.

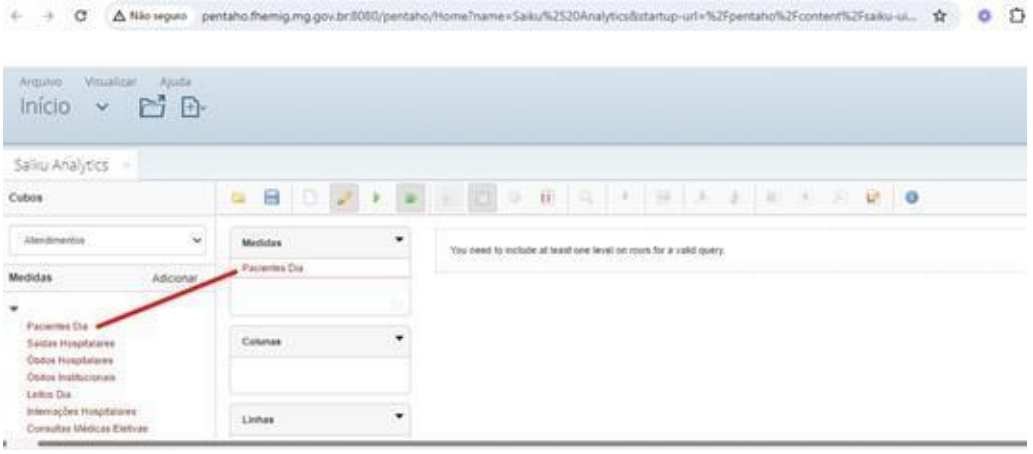
➔ Na opção “Selecione um cubo” clique na opção “Atendimentos”:



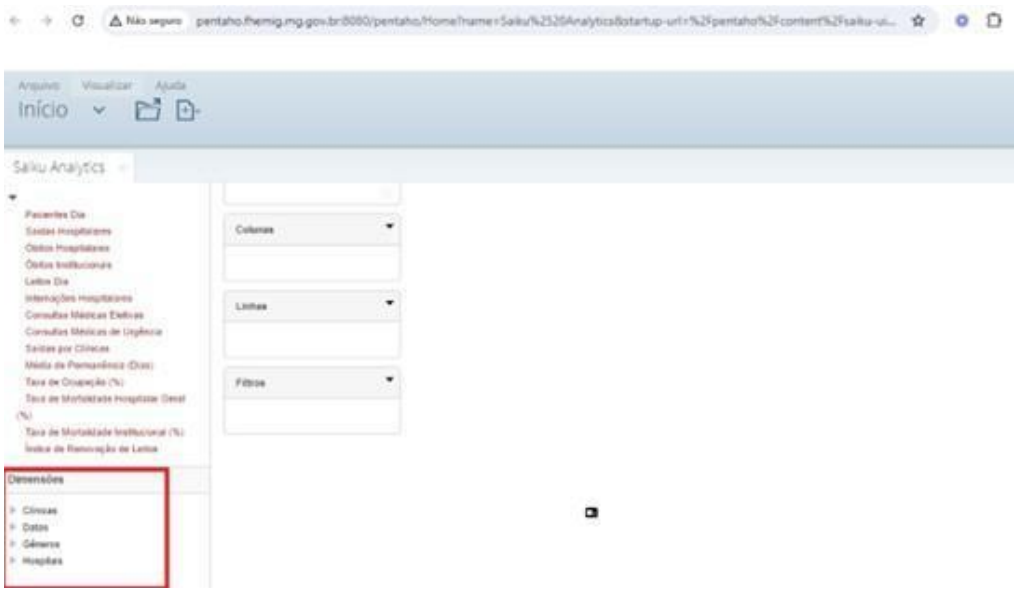
5. Selecionar “Pacientes-dia” no item “Medidas”, clicando sobre ele:



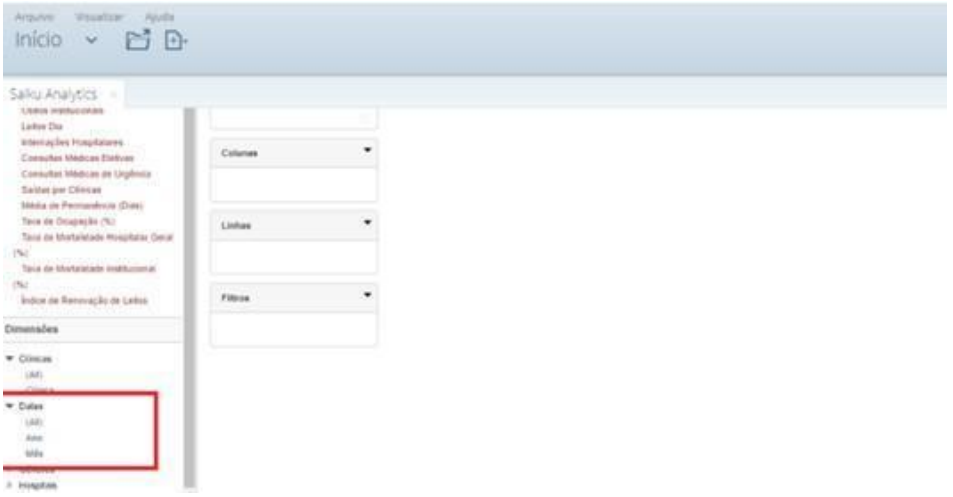
O item selecionado será movimentado para o local referente ao filtro “Medidas”, conforme apontado na figura abaixo:



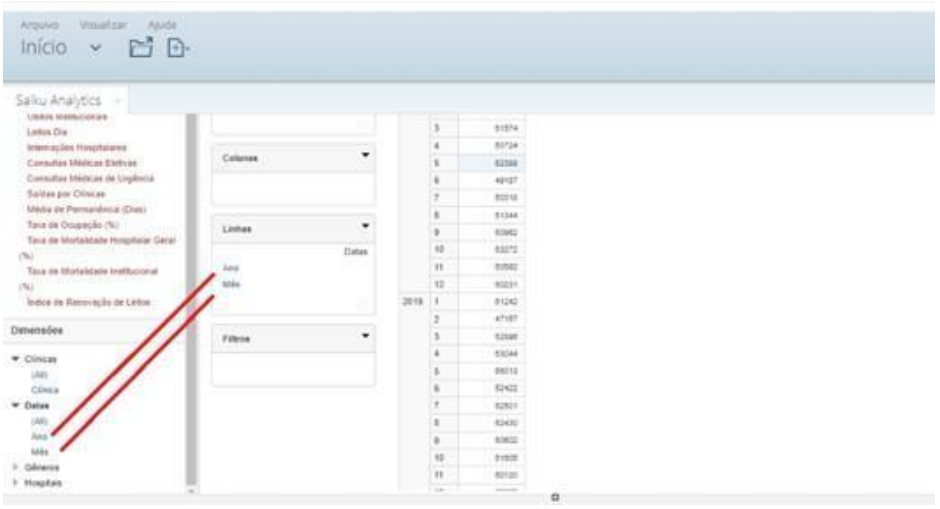
6. Rolar o mouse para baixo até o filtro “Dimensões”:



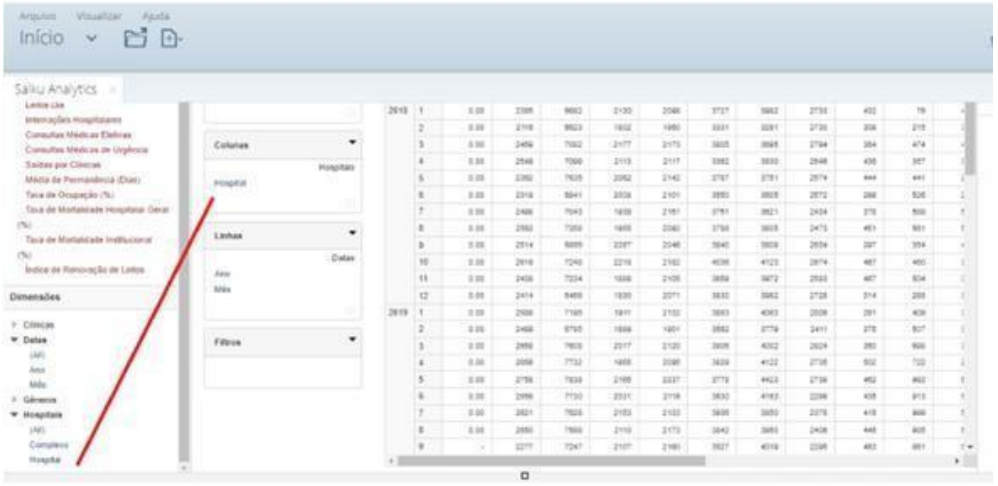
7. Clicar sobre a opção datas (aparecerá as opções ano e mês):



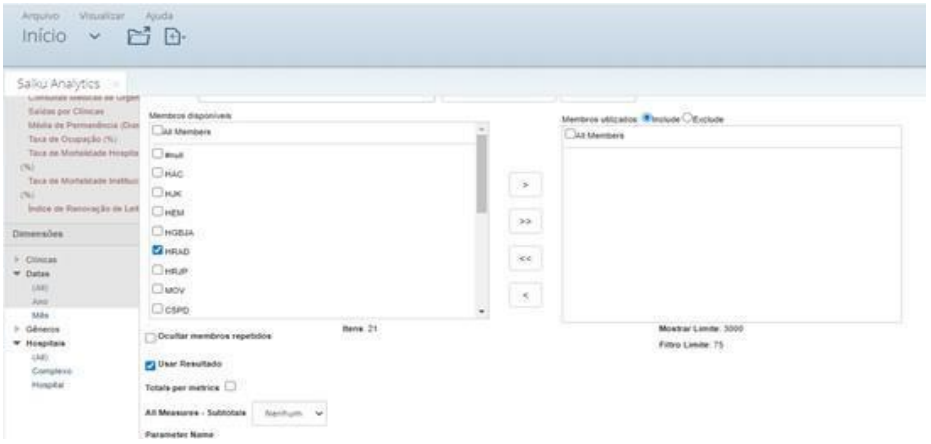
8. Clicar primeiramente sobre ano e em seguida sobre mês e ambos serão movimentados para o local referente ao filtro linhas, conforme apontado na figura abaixo:



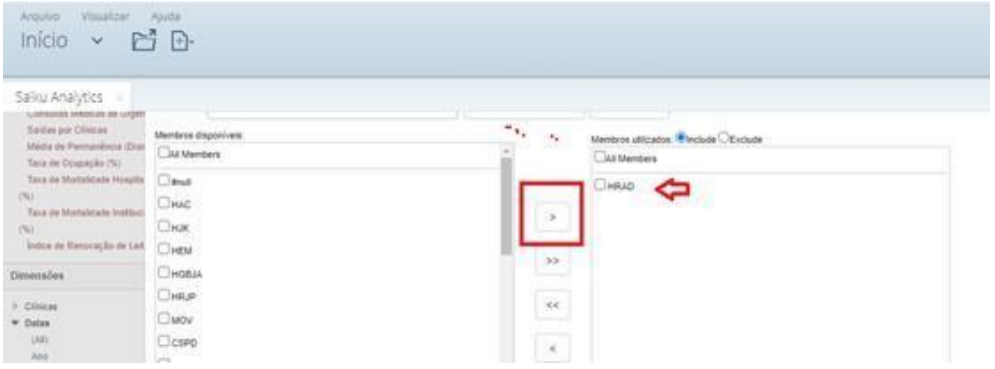
9. Clicar sobre a opção “Hospitais” e ele será movimentado para o local referente ao filtro Colunas, conforme apontado na figura abaixo:

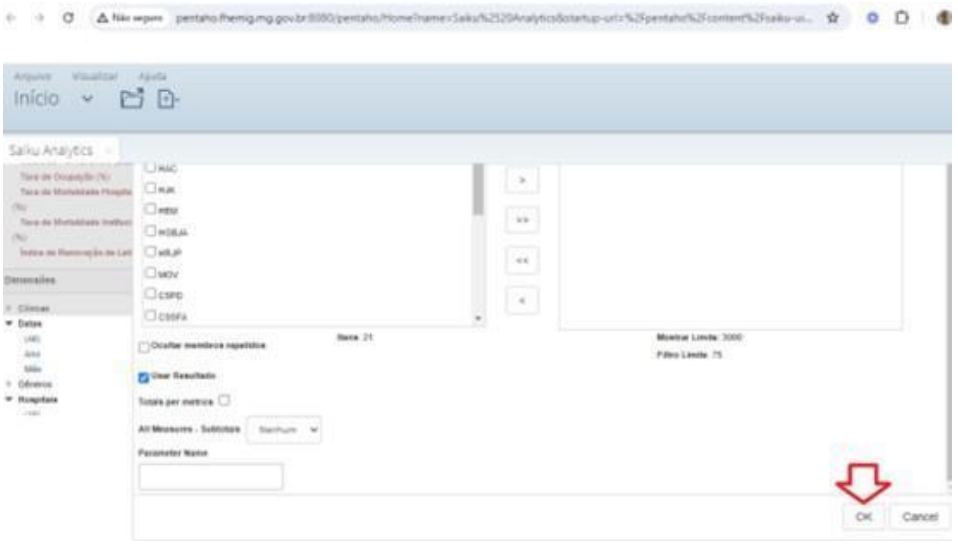


10. Clicar em Hospital que está dentro da “Coluna” e abrirá a tela para selecionar a unidade hospitalar que fará análise. Marcar o checkbox correspondente conforme figura:

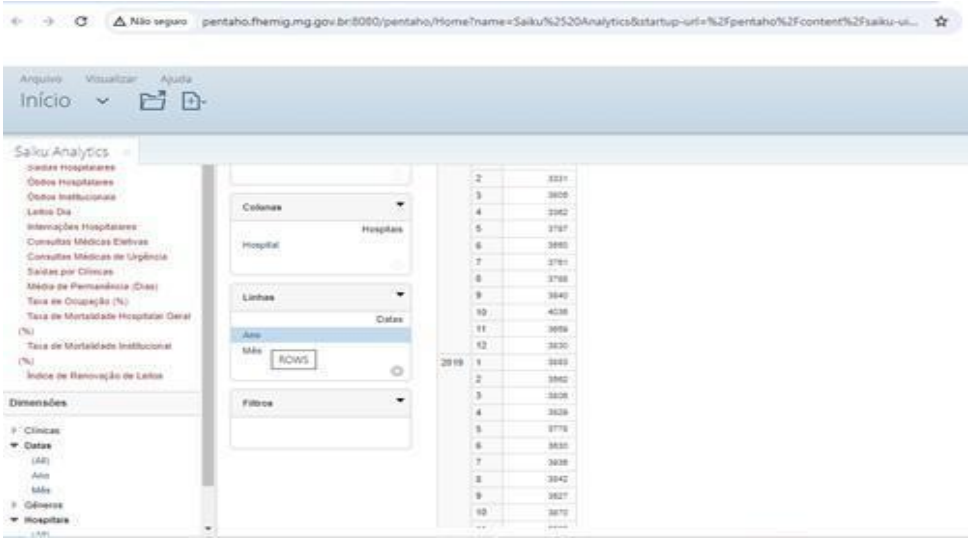


11. Clicar na opção de seta única e observar que a unidade analisada foi movimentada para a lateral e clicar em “OK” na parte inferior da tela.

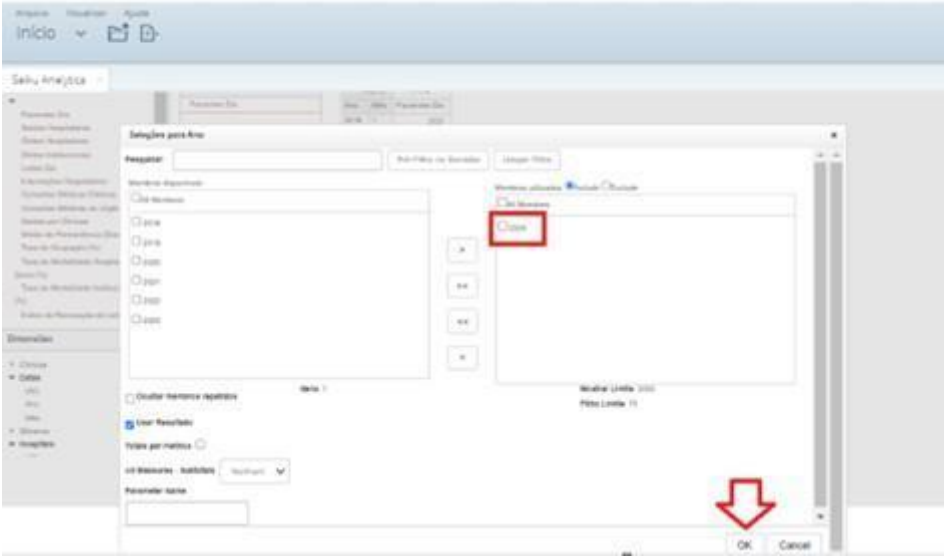




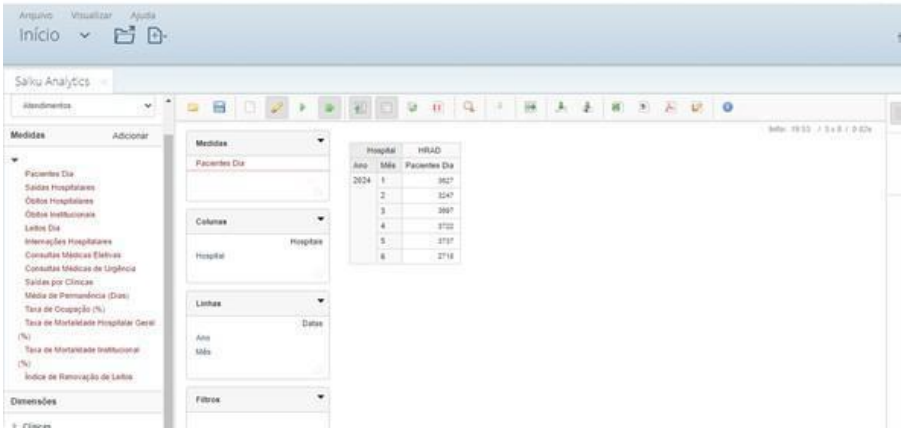
12. Clicar em ano para selecionar a competência:



13. Marcar o checkbox correspondente ao ano, clicar a seta única, observar a movimentação para o lado e clicar “OK” na parte inferior da tela.



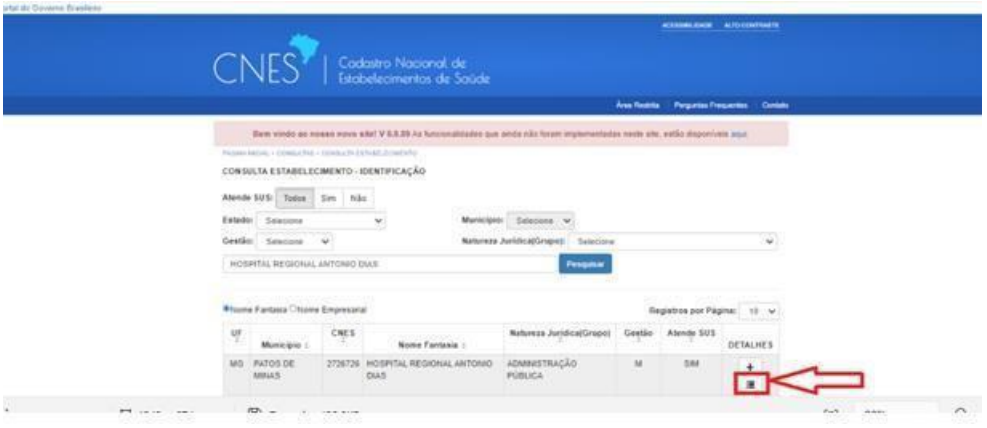
14. O resultado será gerado na tela seguinte:



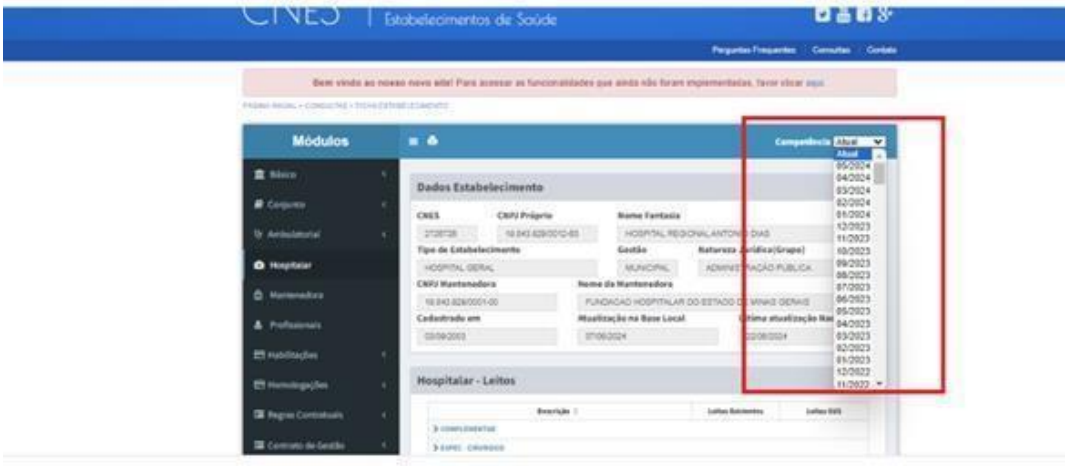
- **Segunda etapa: obter o denominador (número de leitos para a competência no CNES):**

1. Acessar o endereço do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES: https://cnes.datasus.gov.br/
2. Após abrir a tela, clicar na opção “Consulta Estabelecimento” e escrever na barra de pesquisa, o nome do Hospital que deseja e clicar em “Pesquisar”.

3. Na tela seguinte, para selecionar a opção que irá direcionar a Ficha do Estabelecimento, clicar no ícone identificado no campo inferior direito:

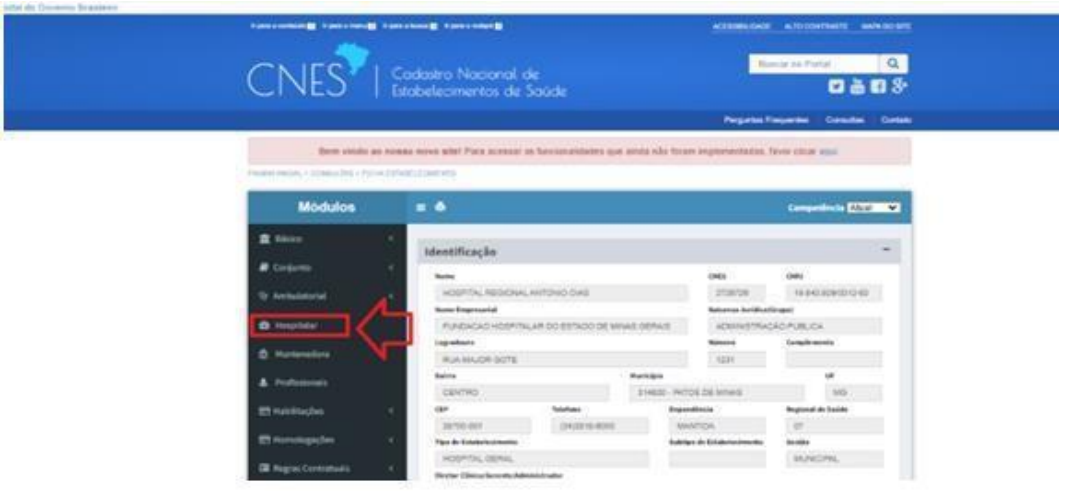


4. Na tela seguinte, selecionar o mês de pesquisa no filtro “Competência”:

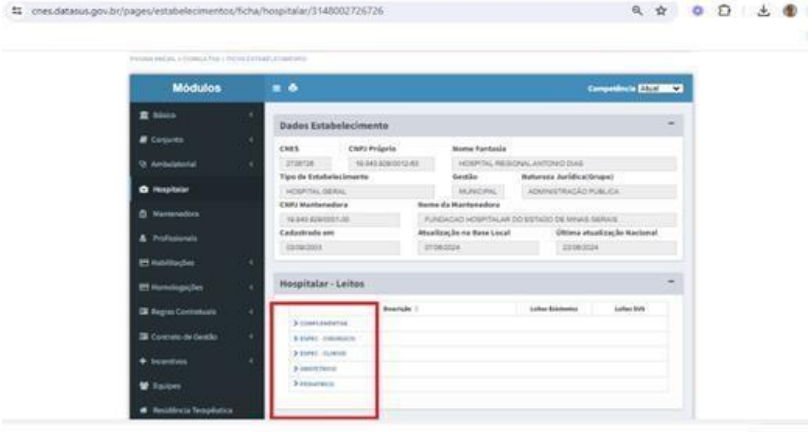


Observação: automaticamente a tela abrirá na competência do mês atual. Caso a pesquisa seja retroativa, selecione a opção do mês correspondente.

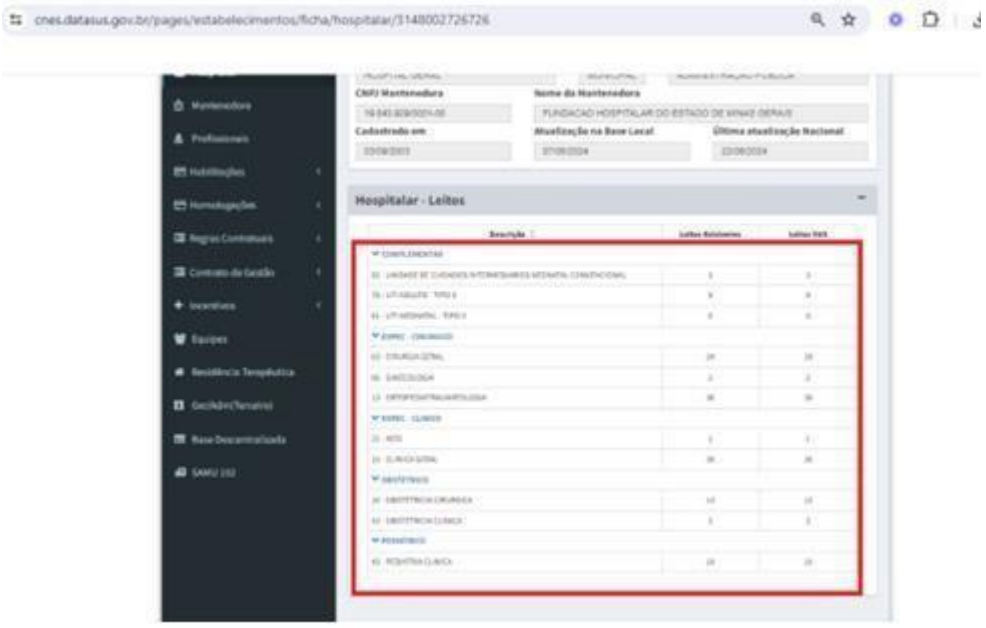
5. Em seguida, selecionar a opção “Hospitalar” nos módulos disponíveis no *menu* à esquerda da tela.



6. A seguir, ao rolar o mouse para baixo, as opções dos leitos hospitalares da unidade estarão disponíveis:



7. Selecionar cada uma das opções para ver o número de leitos correspondentes:



8. Por fim, somar o número de leitos, para encontrar o quantitativo total para a unidade hospitalar no mês correspondente.

4.3. CUMPRIMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL

4.3.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL
Descrição	É a medida da proporção entre o número de saídas por óbitos em determinado período e o número total de saídas no referido período. É uma medida do desfecho do tratamento. Saída hospitalar: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Monitorar a mortalidade é um processo primordial para avaliar o desfecho em saúde. Trata-se de um indicador que remonta à década de 1910. Óbitos são processos naturais no ambiente hospitalar e, em si, não representam mau desempenho assistencial e institucional. Na avaliação das mortes hospitalares, a preocupação central deve estar voltada para a identificação dos óbitos que poderiam ser evitados, uma vez que todo paciente apresenta um risco de falecer. Contudo, problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente podem aumentar esse risco. A avaliação da taxa de mortalidade ao longo do tempo sinaliza comportamentos fora do padrão e a comparação com as taxas de outros hospitais com mesma especialização do atendimento, porte e nível de complexidade tecnológica (service mix) pode fornecer referenciais que induzam a melhoria de processos ou que sinalizem um comportamento dentro do esperado. A escolha deste indicador resulta do fato de ser um indicador clássico que representa a finalidade precípua da assistência hospitalar que é aumentar a sobrevida dos pacientes.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa mensal = (Número de óbitos ocorridos no período / Número total de saídas no período) X 100.
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral para o período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Percentual.

Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).

Fonte de Comprovação	DRG-Brasil.
Polaridade	Menor Melhor.
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10 - Se desempenho < 70% = zero
Meta	

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≤ 5,6%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≤ 5,0%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	≤ 4,23% (repactuado)
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	≤ 4% (repactuado)
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	≤ 3,5% (repactuado)
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	≤ 3,5% (repactuado)
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	≤ 3,0% (repactuado)
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	≤ 3,0% (repactuado)

Linha de base atualizada

	PERÍODO	TX MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL
LINHAS DE BASE	2022	4%
	2023	4,22%
	2024	4,52%
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	4,37%
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	5,29%
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	4,23%

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

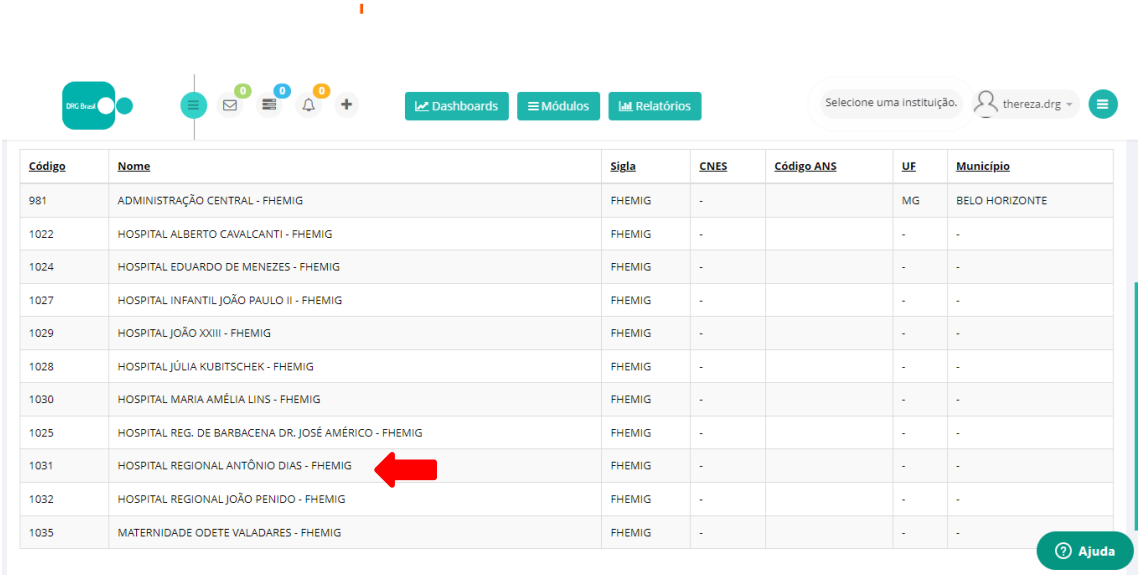
A meta foi obtida com base na média ponderada da Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme cálculo do algoritmo do Sistema DRG-Brasil à época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria (2022).

Indicador	2019	2020	2021	Média Ponderada
Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral	4,43%	6,37%	5,57%	5,64%

4.3.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.3 – TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR GERAL

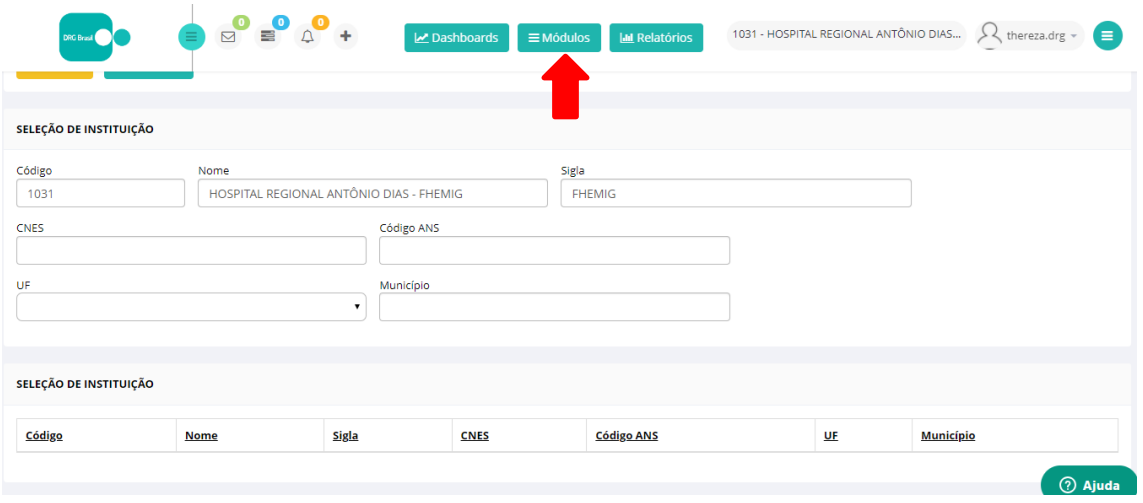
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG:**

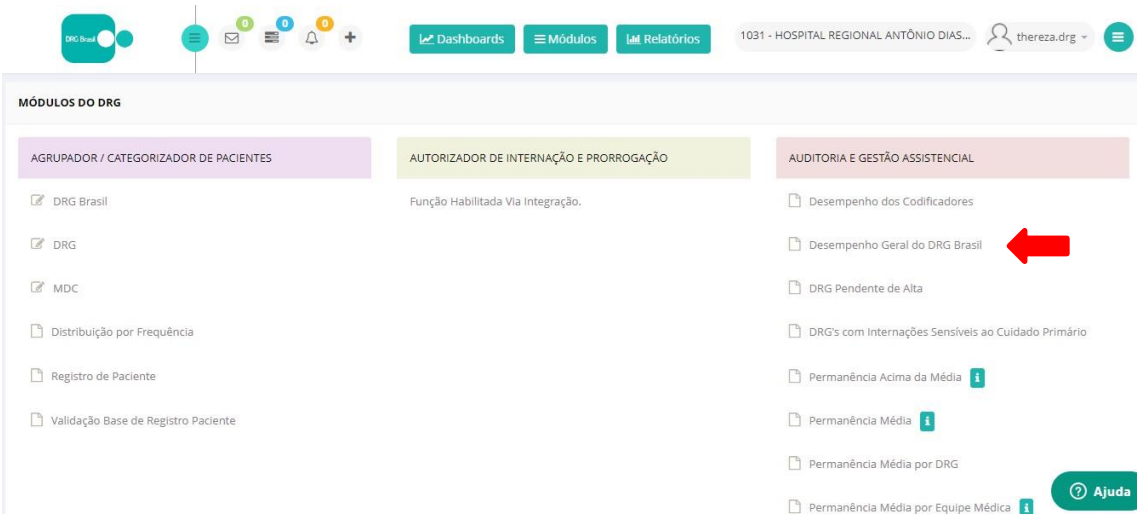


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

3. Na página seguinte, selecionar: MÓDULOS:



4. Na próxima página, selecionar: **DESEMPENHO GERAL DO DRG BRASIL**:



5. Na página seguinte, proceder aos filtros:

a) PARÂMETROS:

- Período da Alta: Incluir o período do trimestre a ser avaliado

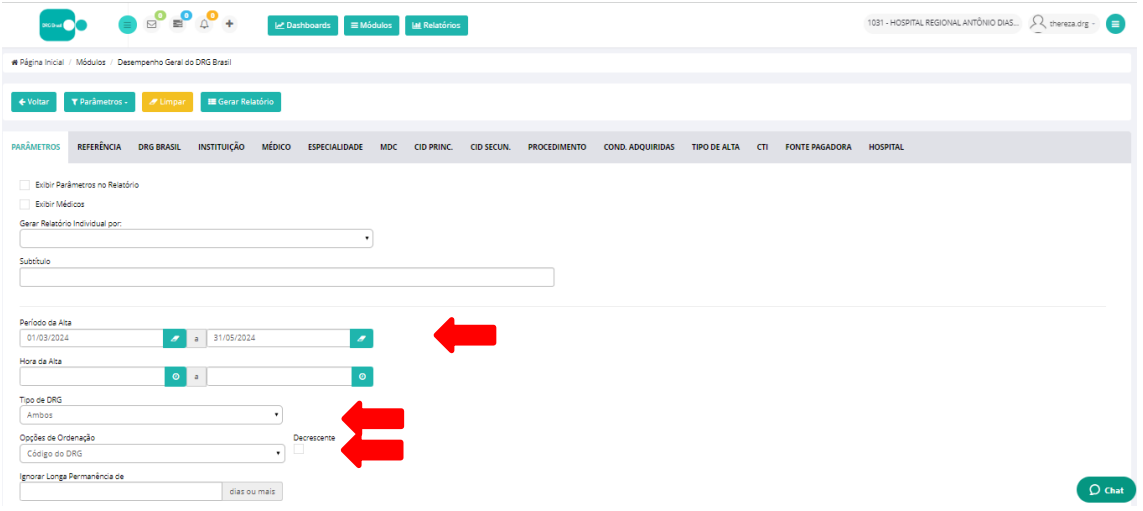
- Tipo de DRG: “ambos”

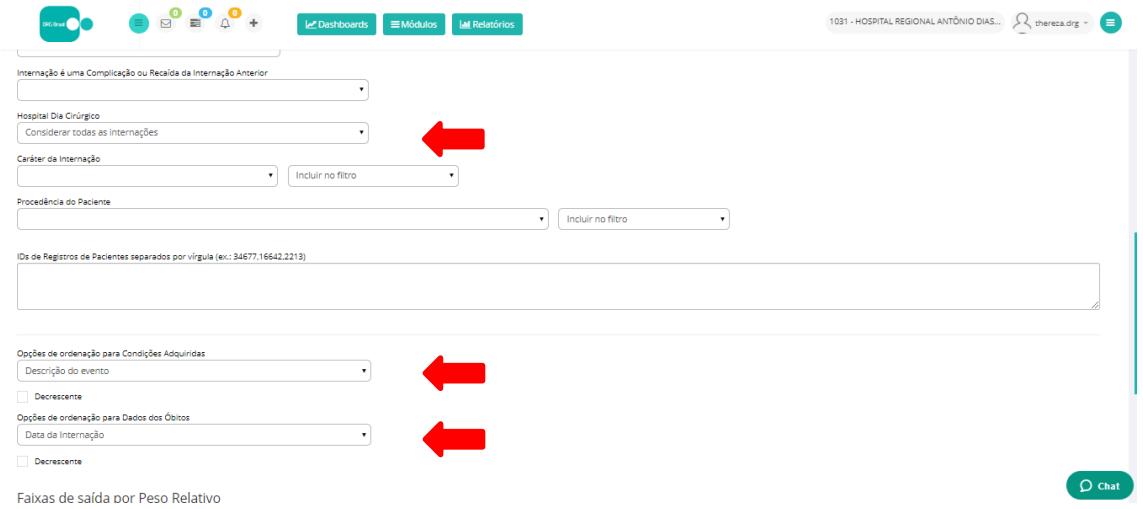
- Opções de Ordenação: “Código do DRG”

- Hospital Dia Cirúrgico: “Considerar todas as internações”

- Opções de ordenação para Condições Adquiridas: “Descrição do evento”

- Opções de ordenação para Dados dos Óbitos: “Data da internação”

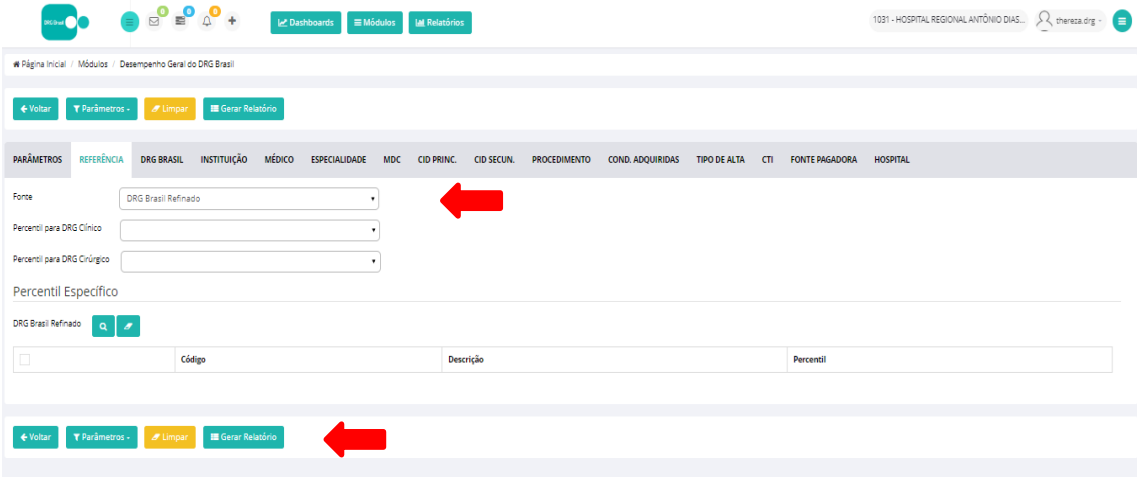




b) REFERÊNCIA:

- Fonte: DRG Brasil Refinado

Em seguida clicar em: **GERAR RELATÓRIO:**



➢ Um relatório em PDF será gerado e as informações sobre o indicador supramencionado constará nele, conforme abaixo.

Desempenho Geral do DRG Brasil

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

DRG Brasil
Desempenho Geral

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

01/03/2024 a 31/05/2024

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.103	
Média mês:	701,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.130	(53,73 %)
Clínicos:	973	(46,27 %)
Case Mix Global:	1,4394	
Case Mix Clínico:	1,0971	
Case Mix Cirúrgico:	1,7342	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações) x 100	24	(1,19 %) **
Mortalidade global:	92	(4,37 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,49 %)
Incidência de Cesárea:	180	(58,44 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	4	(0,19 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório

4.4. CUMPRIMENTO DA TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA

4.4.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.4 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA

Nome do Indicador	INDICADOR 3.4 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA
Descrição	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. 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, conforme as seguintes indicações (ICICT/FIOCRUZ): 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; 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; 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; 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.

<table>
<tr><td>Fundamentação</td><td>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.
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).</td></tr>
<tr><td>Fórmula de cálculo do Indicador</td><td>Taxa mensal = (Número de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa no período / Número de cirurgias limpas realizadas no período) X 100.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Base de dados CCIH da unidade (preferencialmente via Sistema de Informação de Gestão Hospitalar).</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Menor melhor</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente</td><td>SET/24 (1ª avaliação)</td><td>≤ 2%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente</td><td>DEZ/24 (2ª avaliação)</td><td>≤ 1,8%</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (3ª avaliação)</td><td>≤ 1,6%</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>ABRI/25 MAI/25, JUN/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (4ª avaliação)</td><td>≤ 1,5%</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente</td><td>SET/25 (5ª avaliação)</td><td>≤ 1,5%</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente</td><td>DEZ/26 (6ª avaliação)</td><td>≤ 1,5%</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (7ª avaliação)</td><td>≤ 1,5%</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (8ª avaliação)</td><td>≤ 1,5%</td></tr>
</table>
Observação: para o mês de junho/24 será considerado não se aplica para o indicador.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="6">LINHAS DE BASE</td><td>PERÍODO</td><td>TX INFECÇÃO CIRURGIA LIMPA</td></tr>
<tr><td>2022</td><td>1,46%</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>2,46%</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>2,54%</td></tr>
<tr><td>MAR/24, ABR/24, MAI/25</td><td>2,62%</td></tr>
<tr><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>2,67%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>1,64%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>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).
<table>
<tr><th>Indicador</th><th>2019</th><th>2020</th><th>2021</th><th>Média</th></tr>
<tr><td>Taxa de Infecção Hospitalar em Sítio Cirúrgico - Cirurgia Limpa</td><td>2,11%</td><td>0,79%</td><td>1,95%</td><td>1,62%</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

4.4.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO 3.4 – TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SÍTIO CIRURGIA LIMPA

Para monitorar os dados do Indicador Taxa de Infecção Hospitalar em Sítio de Cirurgia Limpa:

1. Coleta de Dados pela Equipe de Controle de Infecções (ECI):

- Frequência: Diária ou conforme rotina institucional
- Ações:

- Coletar dados de infecções em sítios de cirurgias limpas a partir de prontuários eletrônicos, sistemas de informação hospitalar e notificações de equipe médica e de enfermagem.
- Verificar a conformidade dos dados coletados com os critérios de definição de infecção hospitalar da ANVISA.

2. Inserção de Dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH):

- Os profissionais de saúde (médicos ou enfermagem) inserem esses dados no sistema de prontuário eletrônico.
- Estes dados incluem formulários específicos ou notificações.

3. Processamento e Análise dos Dados:

- Responsável: Analista de Dados da ECI
- Frequência: Semanal ou conforme rotina institucional
- Ações:

- Consolidar os dados coletados em uma base de dados centralizada.
- Calcular a taxa de infecção hospitalar em sítio de cirurgia limpa (número de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa no período / número de cirurgias limpas realizadas no período) X 100.
- Realizar análise de tendências e identificar padrões ou áreas de preocupação.

4. Geração de Relatórios:

• Responsável: ECI

• Frequência: Mensal

• Ações:

- Preparar relatórios mensais detalhados com gráficos e tabelas que mostram a taxa de infecção hospitalar em sítio de cirurgia limpa.
- Esses relatórios podem incluir tendências, análises comparativas com meses anteriores e benchmarks estabelecidos, causa raiz identificada/ sugerida, quando indicador não atingir a meta.
- Destacar áreas de melhoria e ações corretivas implementadas ou recomendadas.

5. Revisão e Validação dos Relatórios

- Responsável: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Frequência: Mensal
- Ações:

- Revisar os relatórios elaborados pela ECI.
- Validar a precisão dos dados e das análises.
- Discutir as conclusões e recomendações antes de encaminhar para a direção hospitalar.

6. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital:

- Responsável: Presidente da CCIH
- Frequência: Mensal
- Ações:

- Enviar o relatório validado e revisado para a direção hospitalar. Este envio pode ser feito via email.
- A direção do hospital recebe esses relatórios para análise e tomada de decisão.
- Agendar reuniões mensais para apresentação e discussão dos resultados com a direção.

7. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA):

- Os relatórios gerados são enviados à CMA. Este envio pode ser feito via email fhemig.cma@fhemig.mg.gov.br até o 7º dia útil do mês subsequente aos dados coletados.
- A CMA recebe esses relatórios para análise e encaminhamento para a Comissão de Monitoramento.

- Preparar relatórios mensais detalhados com gráficos e tabelas que mostram a taxa de infecção hospitalar em sítio de cirurgia limpa.
- Esses relatórios podem incluir tendências, análises comparativas com meses anteriores e benchmarks estabelecidos, causa raiz identificada/ sugerida, quando indicador não atingir a meta.
- Destacar áreas de melhoria e ações corretivas implementadas ou recomendadas.

8. Revisão e Validação dos Relatórios

- Responsável: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Frequência: Mensal
- Ações:

- Revisar os relatórios elaborados pela ECI.
- Validar a precisão dos dados e das análises.
- Discutir as conclusões e recomendações antes de encaminhar para a direção hospitalar.

9. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital:

- Responsável: Presidente da CCIH
- Frequência: Mensal
- Ações:

- Enviar o relatório validado e revisado para a direção hospitalar. Este envio pode ser feito via email.
- A direção do hospital recebe esses relatórios para análise e tomada de decisão.
- Agendar reuniões mensais para apresentação e discussão dos resultados com a direção.

10. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA):

- Os relatórios gerados são enviados à CMA. Este envio pode ser feito via email fhemig.cma@fhemig.mg.gov.br até o 7º dia útil do mês subsequente aos dados coletados.
- A CMA recebe esses relatórios para análise e encaminhamento para a Comissão de Monitoramento.

4.5. CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE CASE MIX

4.5.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.5 – MEDIDA DE CASE MIX

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.5 – MEDIDA DE CASE MIX
Descrição	Este indicador avalia a complexidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos no período. Esta medida pode ser geral ou desagregada em componente clínico e cirúrgico. No caso em questão, será utilizado o case mix geral. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Avalia a complexidade dos pacientes clínicos e cirúrgicos atendidos no período. Reduções sistemáticas podem sugerir desvio que busca seleção de pacientes de menor complexidade, enquanto, elevações sistemáticas podem sugerir a opção por pacientes de maior complexidade, visando maior remuneração por caso, ou codificação super valorada. A adoção de tal indicador visa o monitoramento mensal da manutenção do perfil assistencial da Unidade, evitando que haja a "seleção" de paciente menos complexos, o que poderia levar à desassistência ao território.
Fórmula de cálculo do indicador	Medida de Case Mix mensal = Somatório de todos os pesos (calculado pelo software DRG-Brasil)
Resultado no período avaliado	Resultado da medida de Case Mix Geral para o período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Número absoluto
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil.
Polaridade	Maior melhor
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
MEDIDA DE CASE MIX	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≥ 1,47
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≥ 1,47
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	≥ 1,23 (repactuado)

Linha de base atualizada

	PERÍODO	CASE MIX
LINHAS DE BASE	2022	1,14
	2023	1,21
	2024	1,23
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	1,44
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	1,36
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	1,23

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

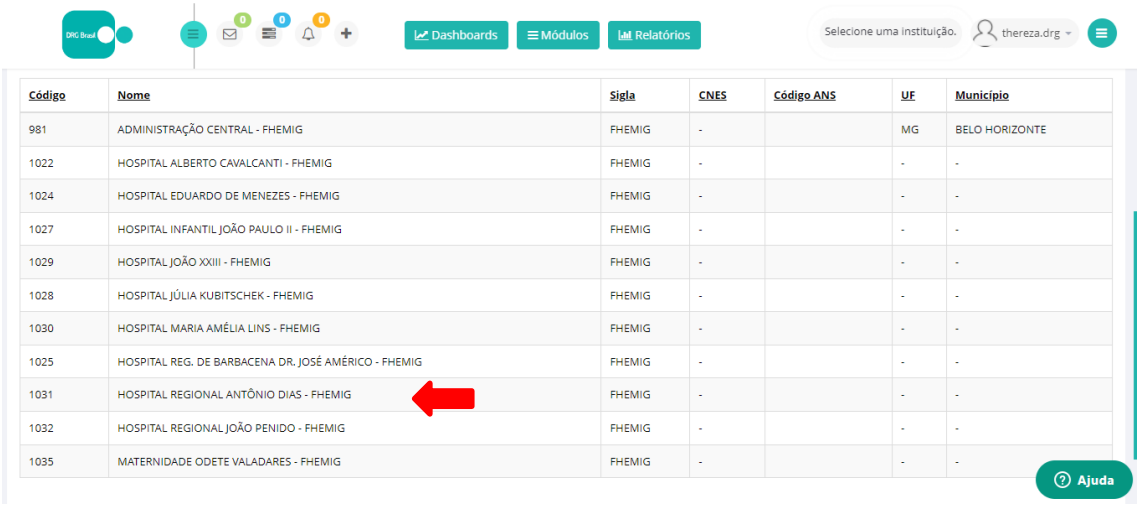
A meta foi obtida com base na média ponderada da medida de Case Mix do HRAD, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme cálculo do algoritmo do Sistema DRG-Brasil à época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria (2022).

Indicador	2019	2020	2021	Média Ponderada
Medida de Case Mix	1,46	1,48	1,47	1,47

4.5.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.5 – MEDIDA DE CASE MIX

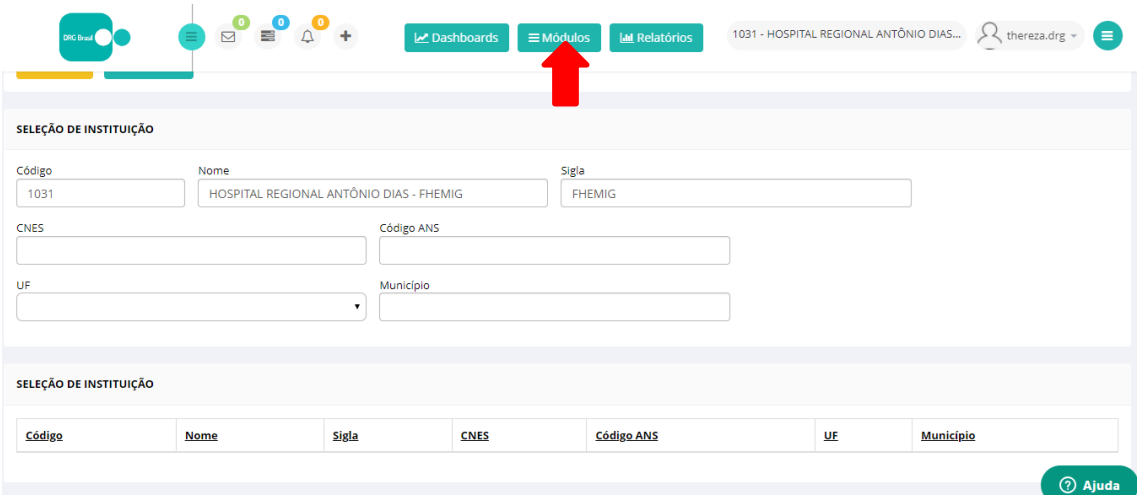
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG:**

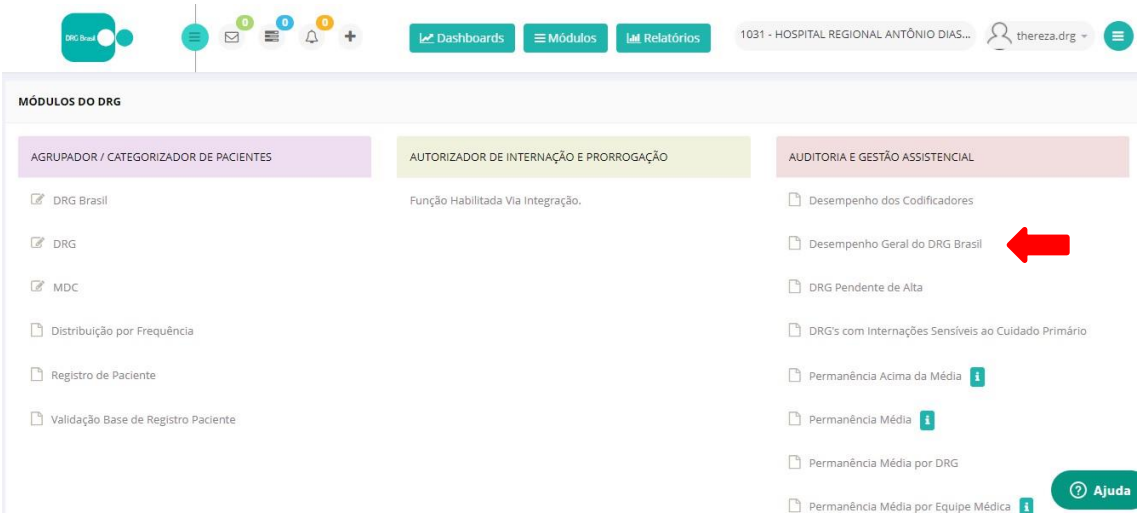


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

3. Na página seguinte, selecionar: MÓDULOS:



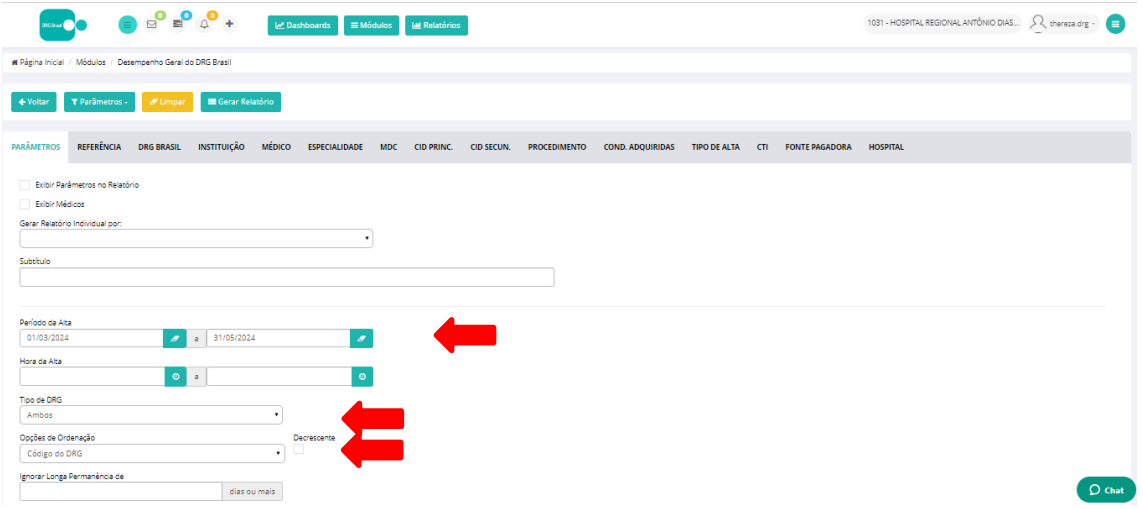
4. Na próxima página, selecionar: **DESEMPENHO GERAL DO DRG BRASIL**:

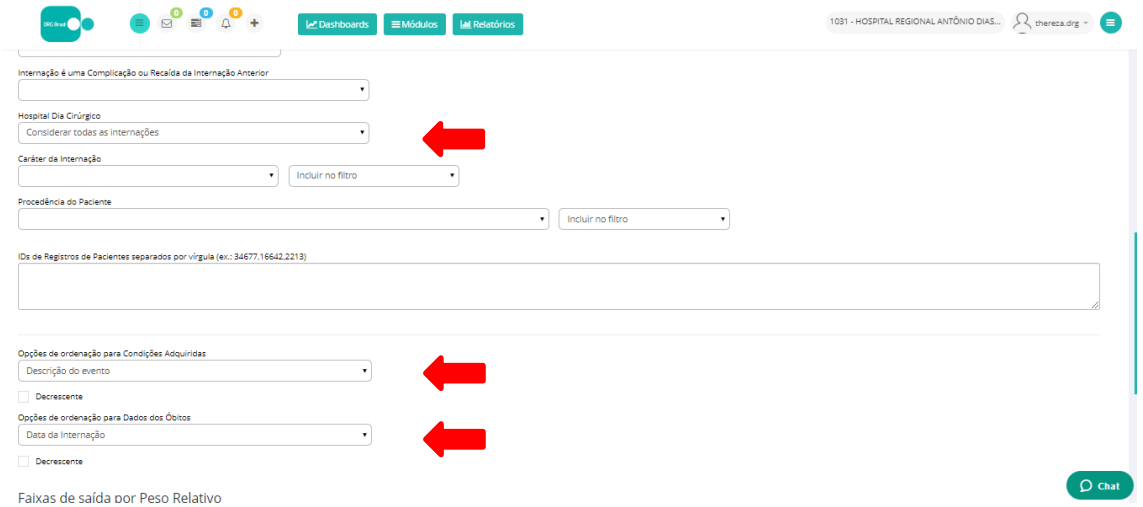


5. Na página seguinte, proceder aos filtros:

a) PARÂMETROS:

- Período da Alta: Incluir o período do trimestre a ser avaliado
- Tipo de DRG: “ambos”
- Opções de Ordenação: “Código do DRG”
- Hospital Dia Cirúrgico: “Considerar todas as internações”
- Opções de ordenação para Condições Adquiridas: “Descrição do evento”
- Opções de ordenação para Dados dos Óbitos: “Data da internação”





b) REFERÊNCIA:

- Fonte: DRG Brasil Refinado

6. Em seguida clicar em: **GERAR RELATÓRIO:**
7. Um relatório em PDF será gerado e as informações sobre o indicador supramencionado constará nele, conforme abaixo.

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.103	
Média mês:	701,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.130	(53,73 %)
Clínicos:	973	(46,27 %)
Case Mix Global:	1,4394	
Case Mix Clínico:	1,0971	
Case Mix Cirúrgico:	1,7342	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações) x 100	24	(1,19 %) **
Mortalidade global:	92	(4,37 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,49 %)
Incidência de Cesárea:	180	(58,44 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	4	(0,19 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório

Desempenho Geral do DRG Brasil

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

DRG Brasil

Desempenho Geral

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

01/03/2024 a 31/05/2024

4.6. CUMPRIMENTO DA TAXA DE CESÁREA

4.6.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.6 – TAXA DE CESÁREA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.6 – TAXA DE CESÁREA
Descrição	Este indicador avalia a proporção de partos cesáreos realizados em determinado período em relação ao total de partos, cesáreos e normais, realizados no hospital no mesmo período. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificaçãomdo DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Indicador de aceitação universal, acompanhado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e com programa específico de monitoramento pelo Ministério da Saúde, fundamental para o acompanhamento da qualidade e eficiência da assistência materno-infantil de unidades hospitalares que possuem maternidade.
Fórmula de cálculo do indicador	Taxa mensal = (Número de partos cesáreos no período / Total de partos no período) x 100.
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de Cesárea para o período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil.
Polaridade	Menor melhor
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10 - Se desempenho < 70% = zero

Meta

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
TAXA DE CESÁREA	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≤ 48%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≤ 45%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/25 (3ª avaliação)	≤ 53,10% (repactuado)
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABR/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/25 (4ª avaliação)	≤ 49,5% (repactuado)
	JUN/25, JUL/25, AGO/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/25 (5ª avaliação)	≤ 45,9% (repactuado)
	SET/25, OUT/25, NOV/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente	DEZ/26 (6ª avaliação)	≤ 42,3% (repactuado)
	DEZ/25, JAN/26, FEV/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/26 (7ª avaliação)	≤ 38,7% (repactuado)
	MAR/26, ABR/26, MAI/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/26 (8ª avaliação)	≤ 35% (repactuado)

Linha de base atualizada

	PERÍODO	TAXA DE CESÁREA
LINHAS DE BASE	2022	53,59%
	2023	57,40%
	2024	55,69%
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	58,44%
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	57,75%
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	53,10%

Referências para o cálculo das metas Pactuadas

A meta foi obtida com base na média ponderada da medida de Case Mix do HRAD, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme cálculo do algoritmo do Sistema DRG-Brasil à época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria (2022).

Indicador	2019	2020	2021	Média Ponderada
Taxa de Cesárea	50,41%	48,54%	47,91%	48,68%

Ademais, a meta está em consonância com o preconizado na Rede Cegonha/Ministério da Saúde. Considerando o perfil de gestantes de alta complexidade da unidade, ao longo do monitoramento, pode-se considerar a utilização dos parâmetros específicos para cada grupo gestacional conforme o Sistema de Classificação de Robson da avaliação das taxas de cesariana.

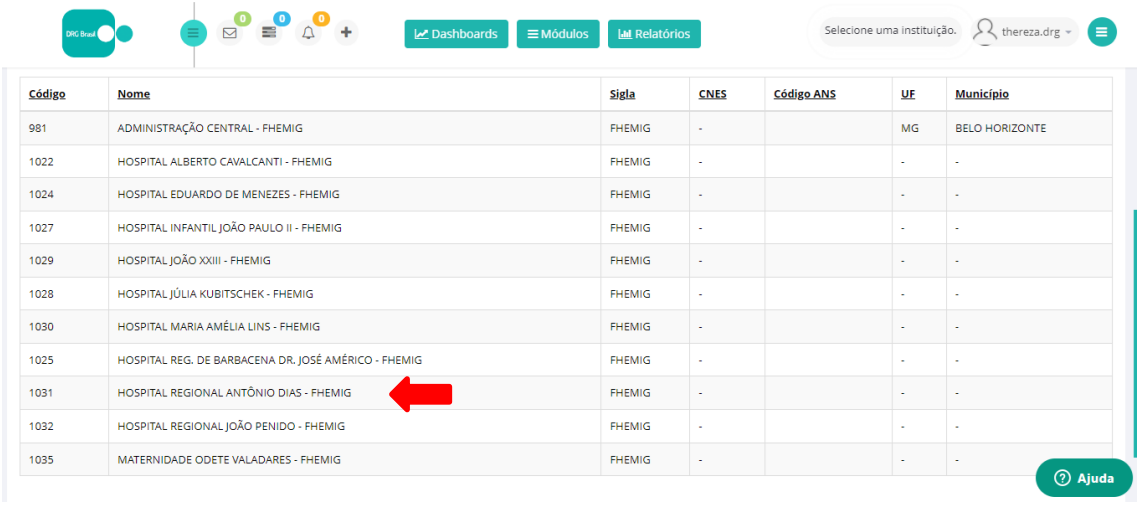
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. The Lancet, Volume 326, Issue 8452, 1985, Pages 436-437, ISSN 0140-6736, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

Paulo Fontoura Freitas, Helena Gondin May Vieira. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. J. Healh Biol Sci. 2019; 8(1):1-9. doi:10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.2736.p1-9.2020.

4.6.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.6 – TAXA DE CESÁREA

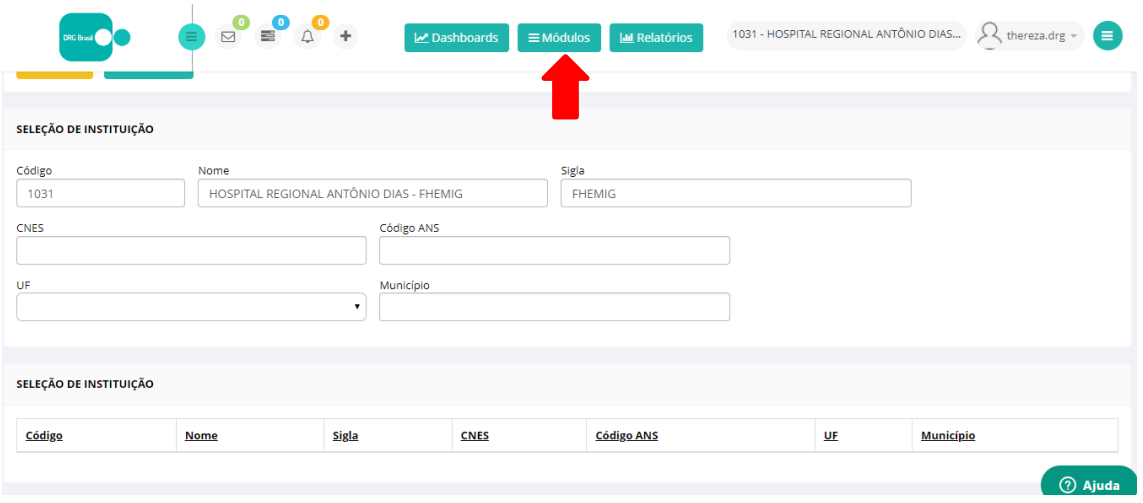
ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG:**

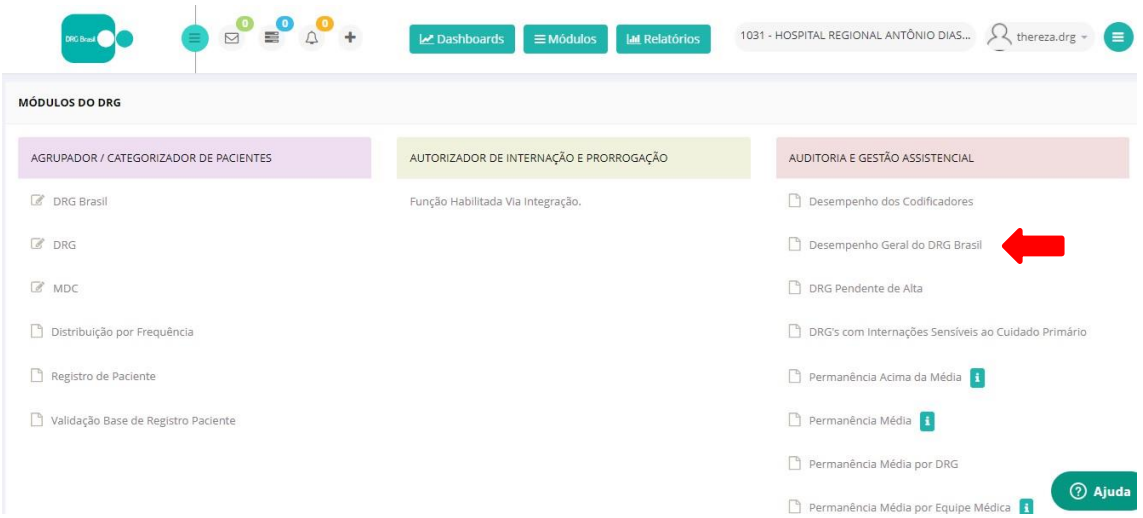


Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

3. Na página seguinte, selecionar: MÓDULOS:



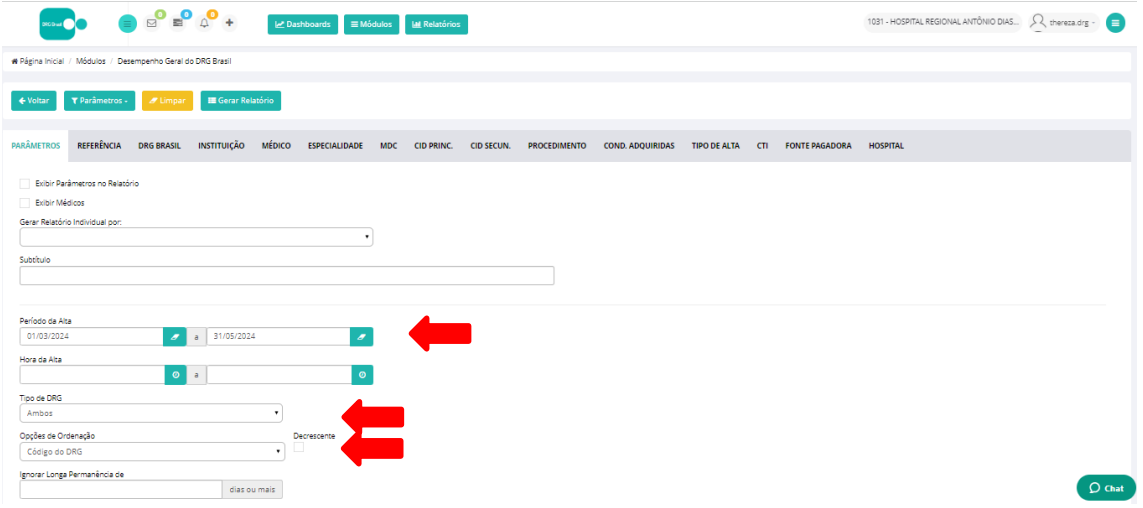
4. Na próxima página, selecionar: **DESEMPENHO GERAL DO DRG BRASIL**:

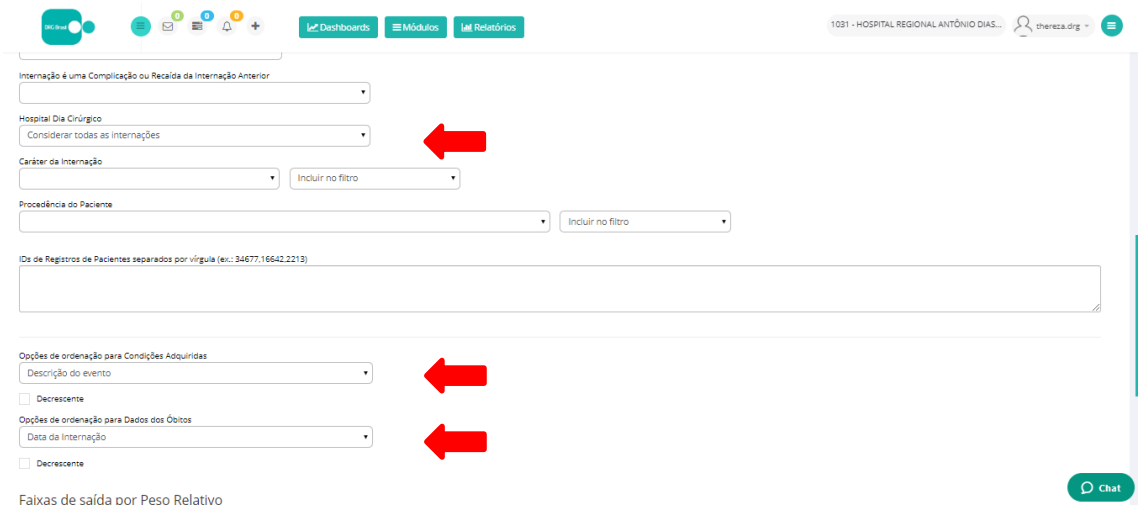


5. Na página seguinte, proceder aos filtros:

a) PARÂMETROS:

- Período da Alta: Incluir o período do trimestre a ser avaliado
- Tipo de DRG: “ambos”
- Opções de Ordenação: “Código do DRG”
- Hospital Dia Cirúrgico: “Considerar todas as internações”
- Opções de ordenação para Condições Adquiridas: “Descrição do evento”
- Opções de ordenação para Dados dos Óbitos: “Data da internação”

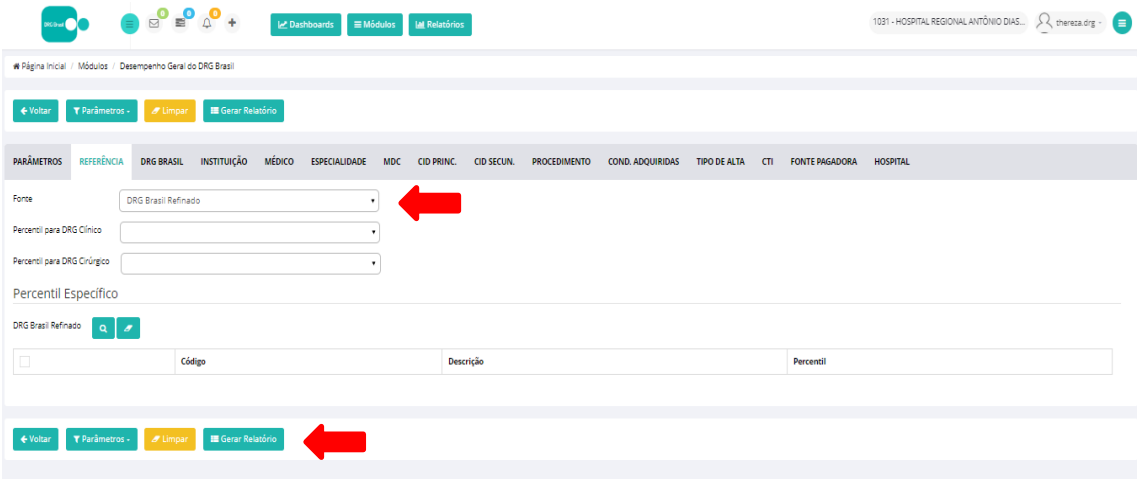




b) REFERÊNCIA:

- Fonte: DRG Brasil Refinado

6. Em seguida clicar em: **GERAR RELATÓRIO:**



➢ Um relatório em PDF será gerado e as informações sobre o indicador supramencionado constará nele, conforme abaixo.

Desempenho Geral do DRG Brasil

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

DRG Brasil
Desempenho Geral

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG

01/03/2024 a 31/05/2024

HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 13/06/24 - 08:16

Período: 01/03/2024 a 31/05/2024

Dados Gerais

Registros de saídas:	2.103	
Média mês:	701,00	Saídas
Cirúrgicos:	1.130	(53,73 %)
Clínicos:	973	(46,27 %)
Case Mix Global:	1,4394	
Case Mix Clínico:	1,0971	
Case Mix Cirúrgico:	1,7342	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias: (qtde de internações responsáveis por recaídas / total de internações) x 100	24	(1,19 %) **
Mortalidade global:	92	(4,37 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	7	(0,49 %)
Incidência de Cesárea:	180	(58,44 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	4	(0,19 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório

4.7. CUMPRIMENTO DA TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO

4.7.1. MATRIZ DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.7 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO
Descrição	Mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 30 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Este indicador avalia a capacidade progressiva do prestador de serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Considera-se para este indicador readmissões em até 30 dias após a alta hospitalar, em decorrência de uma complicação ou recaída da internação anterior. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente. Este indicador é tempo dependente sendo necessário considerar 30 dias após a alta no último dia do mês. Esse indicador somente será considerado válido quando o Percentual de Codificação do DRG for de no mínimo 95% no trimestre avaliado.
Fundamentação	Avalia a eficiência e qualidade assistencial das internações de pacientes na unidade, assim como a transição dos cuidados para os serviços de atenção primária ou para a atenção domiciliar. A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais. As reinternações planejadas são para dar prosseguimentos terapêuticos e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Quanto menor o intervalo entre a primeira admissão e a readmissão, maior a possibilidade do retorno por complicação ter sido potencialmente evitável. A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente. A identificação do comportamento das readmissões hospitalares é informação valiosa para a organização de intervenções que diminuam a frequência desses eventos bem como o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. Além disso, o conhecimento dos fatores relativos aos hospitais associados a readmissões pode servir como subsídio para o aprimoramento do cuidado hospitalar e, ainda, eliminar custos desnecessários para o sistema de saúde. Finalmente, este indicador é sentinela para monitorar a qualidade do cuidado

	assistencial e evitar a adoção de práticas nocivas em busca de uma pseudo-eficiência assistencial, neste caso, os hospitais podem dar alta aos pacientes mais cedo do que o clinicamente apropriado.

Fórmula de cálculo do indicador	Taxa mensal = (Número de pacientes readmitidos no hospital no período, transcorridos até 30 dias da alta hospitalar, por uma complicação ou mesma causa da internação anterior de acordo com critérios de codificação DRG / Total de pacientes com alta hospitalar no mesmo período) x 100.
Resultado no período avaliado	Resultado da Taxa de Readmissão em 30 dias por Complicação para o período avaliado (trimestre).
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	DRG-Brasil.
Polaridade	Menor melhor
Cálculo de desempenho	Faixa de desempenho contratual: - Se desempenho de 70% a 100% = [1 - (Resultado - Meta) / Meta)] x 10 - Se desempenho < 70% = zero
Meta	

INDICADOR	PERÍODO AVALIADO	MESES DE MONITORAMENTO	MÊS DE AVALIAÇÃO	META
TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≤ 4%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/24 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≤ 3,75%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/2025 (3ª avaliação)	≤2,3% (repactuado)
	MAR/25, ABR/25, MAI/25	ABR/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente	JUN/2025 (4ª avaliação)	≤2,2% (repactuado)
	MAI/25, JUN/25, JUL/25	JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente	SET/2025 (5ª avaliação)	≤2,2% (repactuado)
	AGO/25, SET/25, OUT/25	OUT/25, NOV/25, DEZ/25 respectivamente	DEZ/2025 (6ª avaliação)	≤2,1% (repactuado)
	NOV/25, DEZ/25, JAN/26	JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente	MAR/2026 (7ª avaliação)	≤2,1% (repactuado)

	FEV/26, MAR/26, ABR/26	ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente	JUN/2026 (8ª avaliação)	≤2,0% (repactuado)
	JUN/24, JUL/24, AGO/24	JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente	SET/24 (1ª avaliação)	≤ 4%
	SET/24, OUT/24, NOV/24	OUT/24, NOV/24, DEZ/24 respectivamente	DEZ/24 (2ª avaliação)	≤ 3,75%
	DEZ/24, JAN/25, FEV/25	JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente	MAR/2025 (3ª avaliação)	≤2,3% (repactuado)

Linha de base atualizada

LINHAS DE BASE	PERÍODO	TAXA DE READMISSÃO
	2022	3,39%
	2023	2,78%
	2024	2,47%
	MAR/24, ABR/24, MAI/25	1,89%
	JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)	2,49%
	SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)	2,30%

Referências para o cálculo das metas pactuadas

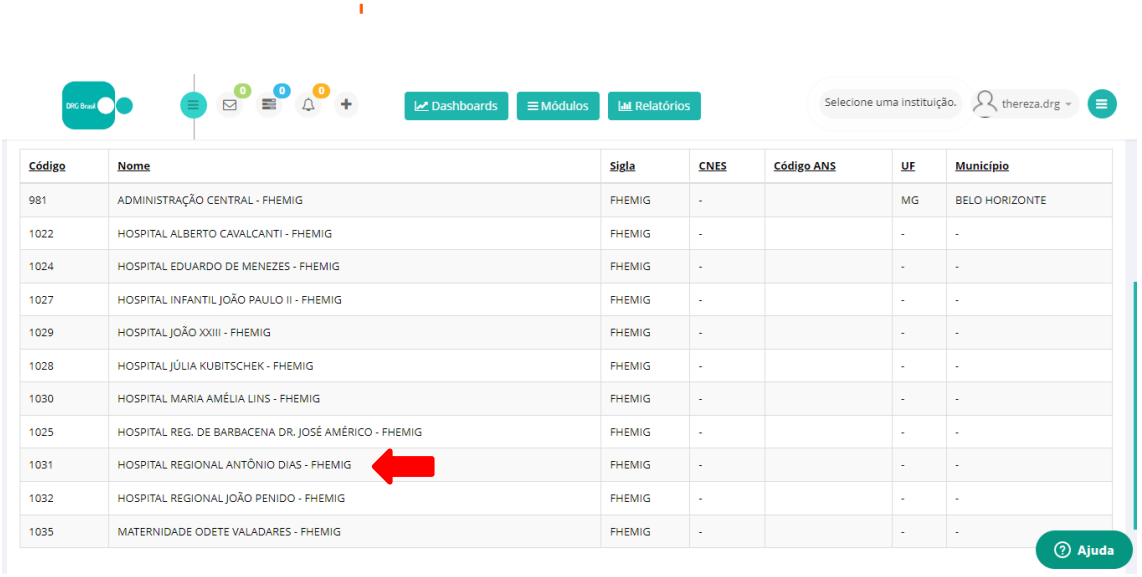
A meta foi obtida com base na média ponderada da Taxa de Readmissão em 30 dias por Complicação do HRAD, referente aos anos de 2019, 2020 e 2021, conforme cálculo do algoritmo do Sistema DRG-Brasil à época da elaboração do Estudo de Viabilidade Técnico da Parceria (2022).

Indicador	2019	2020	2021	Média Ponderada
Readmissão em 30 dias por complicação	3,74%	4,84%	3,54%	4,08%

4.7.2. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.7 – TAXA DE READMISSÃO EM 30 DIAS POR COMPLICAÇÃO

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES DEVERÃO SER OBTIDAS NO SISTEMA DRG- BRASIL SEMPRE NO 3º DIA ÚTIL DO MÊS DE ANÁLISE!

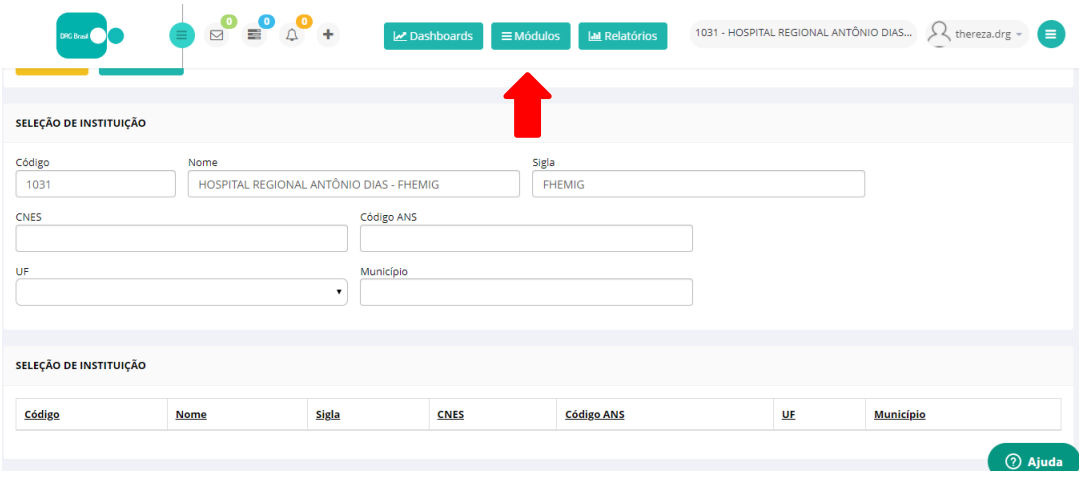
1. Logar no sistema DRG-Brasil pelo link: https://sigclinic.sigquali.com.br/qualidade/inicial.do
2. Na página inicial, selecionar a instituição: **1031 - HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS – FHEMIG:**



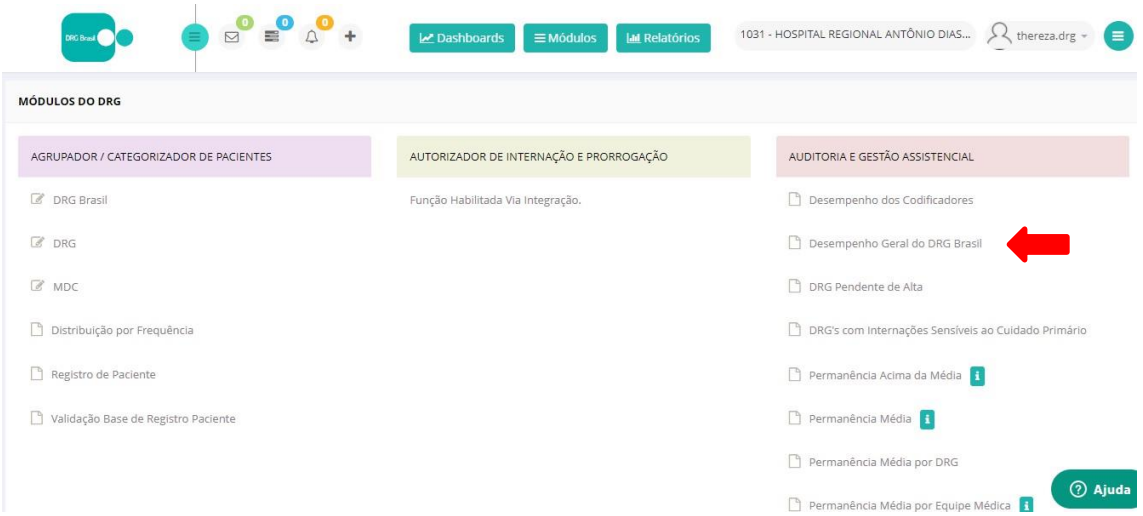
Código	Nome	Sigla	CNES	Código ANS	UF	Município
981	ADMINISTRAÇÃO CENTRAL - FHEMIG	FHEMIG	-		MG	BELO HORIZONTE
1022	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1024	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1027	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1029	HOSPITAL JOÃO XXIII - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1028	HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1030	HOSPITAL MARIA AMÉLIA LINS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1025	HOSPITAL REG. DE BARBACENA DR. JOSÉ AMÉRICO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1031	HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1032	HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-
1035	MATERNIDADE ODETE VALADARES - FHEMIG	FHEMIG	-		-	-

3. Na página seguinte, selecionar: MÓDULOS:

i.



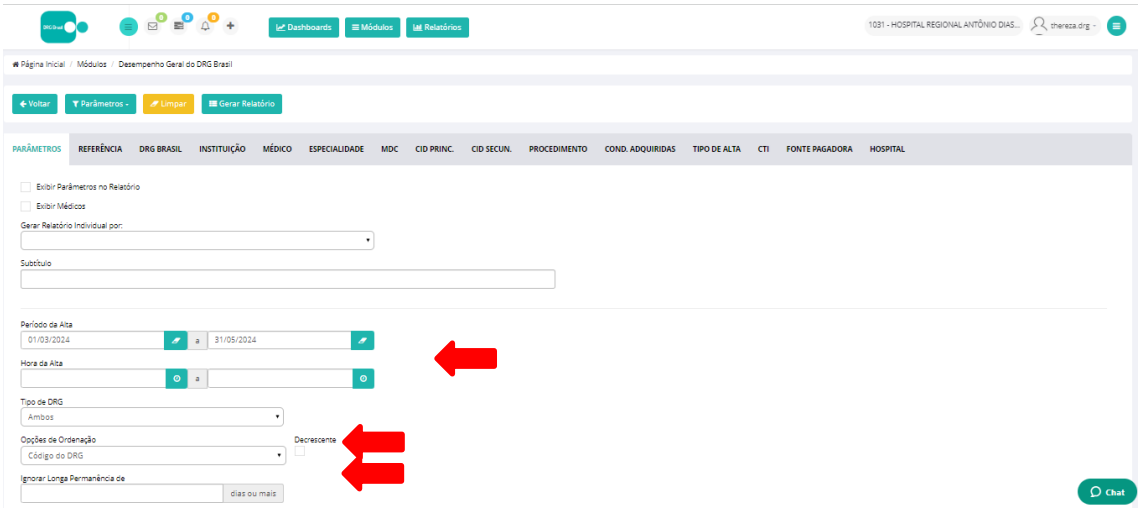
4. Na próxima página, selecionar: **DESEMPENHO GERAL DO DRG BRASIL**:

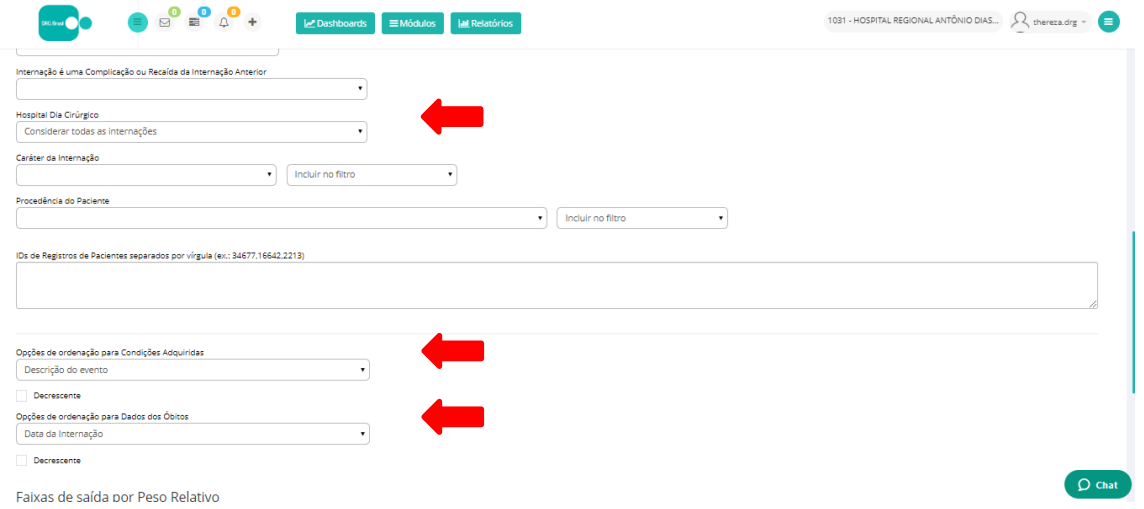


5. Na página seguinte, proceder aos filtros:

a) PARÂMETROS:

- Período da Alta: Incluir o período do trimestre a ser avaliado considerando os 30 dias pós alta.
- Tipo de DRG: “ambos”
- Opções de Ordenação: “Código do DRG”
- Hospital Dia Cirúrgico: “Considerar todas as internações”
- Opções de ordenação para Condições Adquiridas: “Descrição do evento”
- Opções de ordenação para Dados dos Óbitos: “Data da internação”

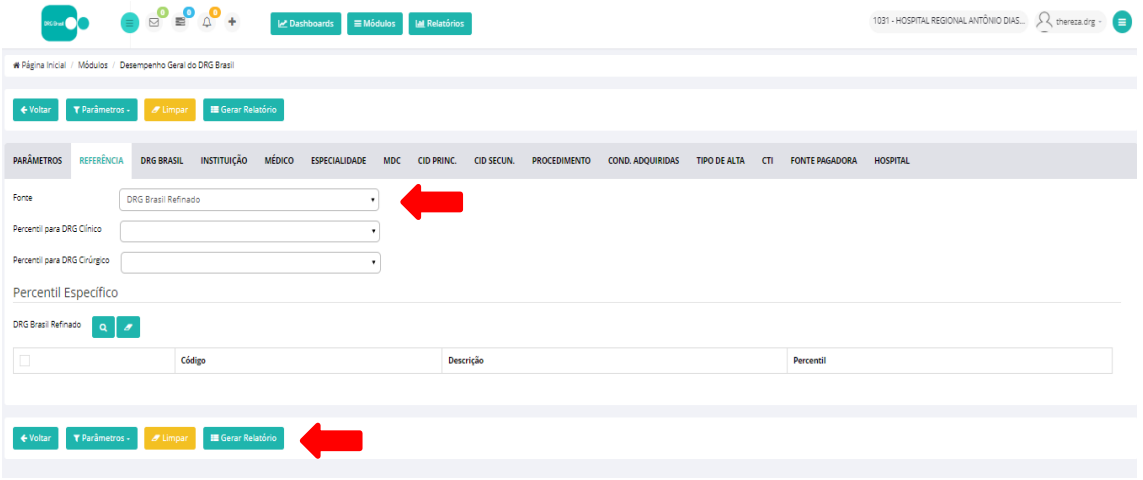




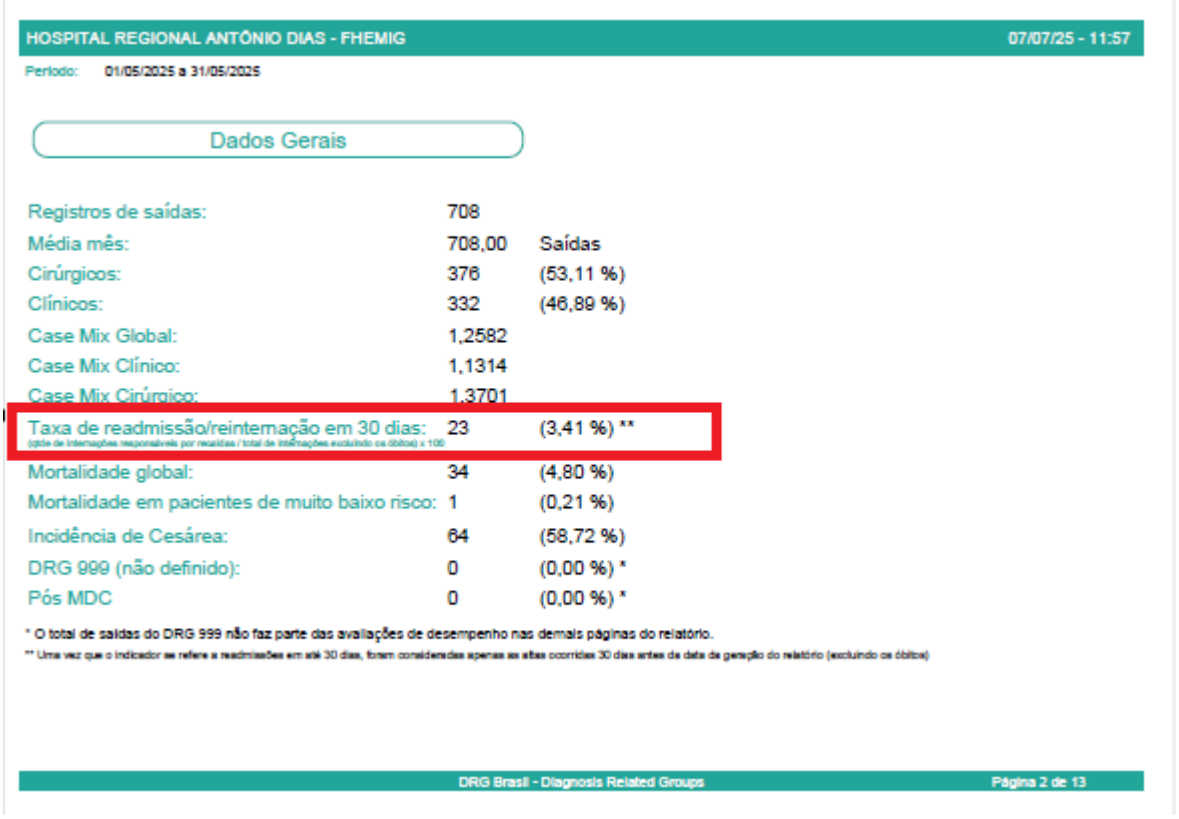
b) REFERÊNCIA:

- Fonte: DRG Brasil Refinado

6. Em seguida clicar em: **GERAR RELATÓRIO:**



- Um relatório em PDF será gerado e as informações sobre o indicador supramencionado constará nele, conforme abaixo.



HOSPITAL REGIONAL ANTÔNIO DIAS - FHEMIG 07/07/25 - 11:57

Período: 01/05/2025 a 31/05/2025

Dados Gerais

Registros de saídas:	708	
Média mês:	708,00	Saídas
Cirúrgicos:	376	(53,11 %)
Clínicos:	332	(46,89 %)
Case Mix Global:	1,2582	
Case Mix Clínico:	1,1314	
Case Mix Cirúrgico:	1,3701	
Taxa de readmissão/reinternação em 30 dias:	23	(3,41 %) **
Mortalidade global:	34	(4,80 %)
Mortalidade em pacientes de muito baixo risco:	1	(0,21 %)
Incidência de Cesárea:	64	(58,72 %)
DRG 999 (não definido):	0	(0,00 %) *
Pós MDC	0	(0,00 %) *

* O total de saídas do DRG 999 não faz parte das avaliações de desempenho nas demais páginas do relatório.

** Uma vez que o indicador se refere a readmissões em até 30 dias, foram consideradas apenas as altas ocorridas 30 dias antes da data da geração do relatório (excluindo os óbitos)

DRG Brasil - Diagnosis Related Groups Página 2 de 13

Observação:

Cabe ressaltar que, esse é o único indicador retirado da plataforma DRG Brasil que sofre influência da temporalidade. Por se considerar que o indicador deverá aguardar 30 dias após a alta do paciente, considerando o mês de análise.

Exemplo: Apuração do mês de maio, deverá aguardar o fechamento do mês de junho. Sendo assim, para o relatório enviado no mês de julho, a unidade estará avaliando o mês de maio, após o fechamento do mês de junho. O relatório de desempenho geral, deverá ser retirado no 3º dia útil do mês, mas referente a maio.

Os demais indicadores estarão utilizando o relatório de desempenho geral de junho, enquanto esse indicador utiliza o de maio

4.8. CUMPRIMENTO DA TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

MATRIZ DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 3.8 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI
Descrição	Refere-se ao quadro clínico, fisiológico e laboratorial específico de cada paciente, no momento da sua admissão, internado por pelo menos 8 (oito) horas na UTI. O indicador estima a gravidade da doença e estratifica o risco de morte, norteando a assistência necessária ao caso que acomete o paciente, de modo que o doente com baixo risco de morte não venha a óbito. Após a aferição e preenchimento dos dados de cada paciente, chega-se a um score, conforme segue: 1- De 0-4 pontos: 4% de mortalidade 2- De 5-9 pontos: 8% de mortalidade 3- De 10-14 pontos: 15% de mortalidade 4- De 15-19 pontos: 25% de mortalidade 5- De 20-24 pontos: 40% de mortalidade 6- De 25-29 pontos: 55% de mortalidade 7- De 30-34 pontos: 75% de mortalidade 8- Acima de 34 pontos: 85% de mortalidade
Fundamentação	O indicador estima a gravidade da doença e estratifica o risco de morte de cada paciente, no momento da sua admissão, internado na UTI. O protocolo APACHE norteia a assistência necessária ao caso que acomete o paciente, de modo que o doente com baixo risco de morte não venha a óbito. Após a aferição e preenchimento dos dados de cada paciente, chega-se a um score de probabilidade de mortalidade. Trata-se de um indicador recomendado pelo Ministério da Saúde. O monitoramento dessas taxas promove maior resolutividade no atendimento intensivo e credita o Hospital com a garantia de prognósticos mais efetivos. Para toda a contratualização espera-se que todo o óbito ocorrido em UTI esteja dentro do esperado assistencialmente. Ou seja, a premissa adotada é de excelência assistencial.

Fórmula de cálculo do indicador	Número do score do protocolo, dentro da faixa, na qual: A) Cálculo mensal do score = (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 1 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 1 do protocolo, no período avaliado) x 100 B) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 2 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 2 do protocolo, no período avaliado) x 100 C) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 3 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 3 do protocolo, no período avaliado) x 100 D) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 4 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 4 do protocolo, no período avaliado) x 100 E) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 5 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 5 do protocolo, no período avaliado) x 100 F) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 6 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 6 do protocolo, no período avaliado) x 100 G) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 7 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 7 do protocolo, no período avaliado) x 100 H) (Nº de óbitos após 24 horas de admissão na UTI, do score 8 do protocolo, no período avaliado / Nº de altas hospitalares da UTI após 24 horas de admissão, do score 8 do protocolo, no período avaliado) x 100 a.1) Comparar o resultado do item “A ao H” ao percentual esperado para cada nível do referido protocolo. a.2) Para cada score obtido em “A” que esteja no percentual do score esperado deve ser considerado um ponto. A pontuação é dada pela soma de scores dentro do esperado (Ex.: nos 8 scores de A com índice de mortalidade esperado, resultado = 8/8)

<table>
<tr><td>Resultado no período avaliado</td><td>Média dos resultados mensais da Taxa de conformidade ao protocolo APACHE II na UTI.</td></tr>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Número absoluto</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Sistema de Gestão Hospitalar ou relatório padronizado pela FHEMIG.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior melhor</td></tr>
<tr><td>Cálculo de desempenho</td><td>Faixa de desempenho contratual:
- Se desempenho de 70% a 100% = (Resultado / Meta) x 10
- Se desempenho < 70% = zero</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente</td><td>SET/24 (1ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente</td><td>DEZ/24 (2ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (3ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (4ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente</td><td>SET/25 (5ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente</td><td>DEZ/26 (6ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (7ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (8ª avaliação)</td><td>8</td></tr>
</table>
Observação: para o mês de junho/24 será considerado não se aplica para o indicador.
</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Linha de base atualizada</td>
<td>
<table>
<tr><td rowspan="6">LINHAS DE BASE</td><td>PERÍODO</td><td>APACHE</td></tr>
<tr><td>2022</td><td>6</td></tr>
<tr><td>2023</td><td>6</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>7</td></tr>
<tr><td>MAR/24, ABR/24, MAI/25</td><td>7</td></tr>
<tr><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24 (1º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>8</td></tr>
<tr><td></td><td>SET/24, OUT/24, NOV/24 (2º PERÍODO AVALIATÓRIO)</td><td>8</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>Referências para o cálculo das metas Pactuadas</td>
<td>- ANAHP: São Paulo, 2015. 2. CQH. Manual de Indicadores de Enfermagem. 2ª edição.
- Programa CQH compromisso com a qualidade hospitalar, 2012.</td>
</tr>
</table>

4.8.1. METODOLOGIA PARA APURAÇÃO DO INDICADOR 3.8 – TAXA DE CONFORMIDADE AO PROTOCOLO APACHE II NA UTI

Para monitorar os dados do Apache (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation):

1. Coleta de Dados na UTI (Unidade de Terapia Intensiva):

- Os dados dos pacientes devem ser coletados e registrados no sistema de prontuário eletrônico ou em softwares específicos de monitoramento na UTI, pela equipe médica.

- Estes dados incluem informações clínicas como sinais vitais, exames laboratoriais, medicações administradas e escores de gravidade.

2. Inserção de Dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH):

- Os profissionais de saúde (médicos) inserem esses dados no sistema de prontuário eletrônico ou em softwares específicos de monitoramento na UTI, mediante o preenchimento de escala APACHE II, no momento da admissão e nas 24 horas seguintes, de todo paciente admitido na UTI Adulto.

- Os sistemas de informação hospitalares integram diversos dados do paciente e possibilitam o cálculo automático do escore Apache a partir dos dados inseridos, ou são realizados apuração dos dados manualmente, mediante as escalas preenchidas.

3. Processamento e Análise dos Dados:

- O sistema de informações hospitalares processa os dados para calcular o escore Apache.

- Ferramentas de Business Intelligence (BI) ou de análise de dados podem ser usadas para gerar relatórios e gráficos que sumarizam os dados dos pacientes na UTI.

4. Geração de Relatórios:

- Relatórios mensais são gerados automaticamente (pelo SGH) ou sob demanda, destacando escores Apaches dos pacientes, informando a pontuação para cada grau.

HRAD		
Nº SAÍDAS	Nº ÓBITOS	
	OCORRIDOS	ESPERADOS
0	0	0,00
2	0	0,10
5	0	0,75
4	0	1,00
6	4	2,40
1	1	0,55
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
2	0	0,10
6	0	0,90
6	1	1,50
4	1	1,00
1	0	0,55
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
4	0	0,60
10	2	2,50
9	2	3,60
3	2	1,65
0	0	0,00
0	0	0,00
0	0	0,00
6	1	0,48
3	0	0,45
6	0	1,50
5	2	2,00
11	2	6,05
0	0	0,00
0	0	0,00

- Esses relatórios também podem incluir tendências, análises comparativas com meses anteriores e benchmarkings estabelecidos, causa raíz identificada/ sugerida, quando o indicador não atingir a meta, além de destacar áreas de melhoria e ações corretivas implementadas ou recomendadas.

5. Envio de Relatórios para a Direção do Hospital:

- Os relatórios gerados são enviados à direção do hospital. Este envio pode ser feito via e-mail.

- A direção do hospital recebe esses relatórios para análise e tomada de decisão.

6. Envio de Relatórios para a Coordenação de Monitoramento Assistencial (CMA):

- Os relatórios gerados são enviados à CMA. Este envio pode ser feito via e-mail fhemig.cma@fhemig.mg.gov.br até o 7º dia útil do mês subsequente aos dados coletados.

- A CMA recebe esses relatórios para análise e encaminhamento para a Comissão de Monitoramento.

5. ÁREA TEMÁTICA 04: GESTÃO DA PARCERIA

Valores fundamentais para a gestão de qualquer política pública, a legalidade e a transparência devem ser constantemente monitoradas e promovidas no âmbito do contrato de gestão. Como parte integrante da metodologia de avaliação dos Contratos de Gestão, constante no Decreto Estadual nº 47.553/2018, são realizadas checagens amostrais que analisam, periodicamente, amostras de todos os processos de compras e contratações da entidade sem fins lucrativos vencedora em relação ao(s) regulamento(s) aprovado(s).

Nessa perspectiva, a entidade sem fins lucrativos deverá elaborar e remeter à aprovação da Fhemig e da SEPLAG, na forma do supramencionado decreto, regulamentos próprios que disciplinem 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. Os regulamentos deverão contemplar diretrizes comprometidas com as melhores práticas na área da integridade, com definição de código de ética e conduta, bem como políticas de compliance no âmbito das contratações e políticas de relacionamento com fornecedores e colaboradores.

Os indicadores que compõe essa área estão listados abaixo:

5.1. CUMPRIMENTO DO PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA

5.1.1. MATRIZ DO INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.1 – PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA
Descrição	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.
Fundamentação	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, para 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. Os Regulamentos próprios devem ser construídos segundo 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.

Fórmula de cálculo do indicador	(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.
Resultado no período avaliado	Resultado referente ao trimestre avaliado.

<table>
<tr><td>Unidade de medida</td><td>Percentual.</td></tr>
<tr><td>Periodicidade</td><td>Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).</td></tr>
<tr><td>Fonte de Comprovação</td><td>Relatórios de checagem amostral (e relatórios de checagem de efetividade, quando for o caso) elaborados pela Coordenação de Monitoramento Assistencial da Gerência de Monitoramento de Parcerias da Fhemig e Comissão de Monitoramento do Contrato de Gestão, conforme modelo da SEPLAG.</td></tr>
<tr><td>Polaridade</td><td>Maior Melhor.</td></tr>
<tr><td>Cálculo de Desempenho</td><td>
<table>
<tr><th>% de Execução da Meta</th><th>Pontuação</th></tr>
<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>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Meta</td><td>
<table>
<tr><th>INDICADOR</th><th>PERÍODO AVALIADO</th><th>MESES DE MONITORAMENTO</th><th>MÊS DE AVALIAÇÃO</th><th>META</th></tr>
<tr><td rowspan="8">PERCENTUAL DE CONFORMIDADE DOS PROCESSOS ANALISADOS NA CHECAGEM AMOSTRAL PERIÓDICA</td><td>JUN/24, JUL/24, AGO/24</td><td>JUL/24, AGO/24, SET/24 respectivamente</td><td>SET/24 (1ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/24, OUT/24, NOV/24</td><td>OUT/24, NOV/24, DEZ/25 respectivamente</td><td>DEZ/24 (2ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/24, JAN/25, FEV/25</td><td>JAN/25, FEV/25, MAR/25 respectivamente</td><td>MAR/25 (3ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/25, ABR/25, MAI/25</td><td>ABRI/25, MAI/25, JUN/25 respectivamente</td><td>JUN/25 (4ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>JUN/25, JUL/25, AGO/25</td><td>JUL/25, AGO/25, SET/25 respectivamente</td><td>SET/25 (5ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>SET/25, OUT/25, NOV/25</td><td>OUT/25, NOV/25, DEZ/26 respectivamente</td><td>DEZ/26 (6ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>DEZ/25, JAN/26, FEV/26</td><td>JAN/26, FEV/26, MAR/26 respectivamente</td><td>MAR/26 (7ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
<tr><td>MAR/26, ABR/26, MAI/26</td><td>ABR/26, MAI/26, JUN/26 respectivamente</td><td>JUN/26 (8ª avaliação)</td><td>100%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Linha de base atualizada</td><td>Não se aplica.</td></tr>
<tr><td>Referências para o cálculo das metas pactuadas</td><td>Lei Estadual nº 23.081/2018 e Decreto Estadual nº 47.553/2018.</td></tr>
</table>

5.2. CUMPRIMENTO DA EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

5.2.1. MATRIZ DO INDICADOR 4.2 - EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

NOME DO INDICADOR	INDICADOR 4.2 - EFETIVIDADE DO MONITORAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO
Descrição	Medida da efetividade das partes no cumprimento de ações pertinentes ao monitoramento do contrato de gestão.
Fundamentação	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. 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, conforme os itens que se aplicarem a cada período avaliatório em questão.
Fórmula de cálculo do indicador	(Σ do número de ações previstas para o período avaliatório realizadas no prazo/Σ do número de ações previstas para o período avaliatório) x 10.
Resultado no período avaliado	Resultado referente ao trimestre avaliado.
Unidade de medida	Percentual.
Periodicidade	Monitoramento mensal e apuração trimestral (Primeiro ao último dia corrido do trimestre avaliado).
Fonte de Comprovação	Fonte de comprovação prevista, no quadro abaixo, para a cada ação e documento consolidado pela SCP/SEPLAG demonstrando o resultado alcançado.
Polaridade	Maior Melhor.

Cálculo de desempenho	(realizado/meta) x 10.
Meta	100%
Linha de base atualizada	Não se aplica
Referências para o cálculo das metas pactuadas	Lei Estadual nº 23.081/2018 e Decreto Estadual nº 47.553/2018

5.2.2. 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 *print screen* 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 *print screen* das telas do sítio eletrônico.	Até 5 dias úteis após a assinatura do CG.	OS
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 *print screen* 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 15 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 *print screen* 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 *print screen* 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 *print screen* 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.	Semestralmente	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