



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATAÇÃO E PROCESSAMENTO DE SERVIÇO DE
SAÚDE
DIRETORIA DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS

MANUAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS

Versão 2.0
Atualizada e Revisada

BELO HORIZONTE
2024



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Fábio Baccheretti Vitor

Secretário-Adjunto em Saúde

Poliana Cardoso Lopes

Chefia de Gabinete

Marina Queirós Cury

Subsecretário de Regulação em Saúde

Juliana Ávila Teixeira

Superintendente de Contratação e

Processamento de Serviços de Saúde

Gustavo Dias da Costa Martins

Diretora de Contratos Assistenciais

Regiane Magalhães Silva

Responsável pela atualização

Aline Aparecida Silva

Almiro Caetano Amaral Neves

Neuma Maria de Jesus

Renata Miliâne Vieira

Wanderson Lima Vieira

Equipe da Diretoria de Contratos Assistenciais

Aline Aparecida Silva

Almiro Caetano Amaral Neves

Ângela Cristina Alves de Almeida

Brenda Sousa Batista

Diego Ferreira Barbosa e Oliveira

Edilene Silva Ferreira

Elaine Gomes da Silva

Gabriela de Souza Lourenço Ramalho

Graziella Fonseca do Amaral C. Heringer

Marcelo Borges Homem

Marco Aurélio Lourenço

Maria Auxiliadora Guerra Pedroso

Mariana Rangel Braga Pires

Nágila Polianna Gomes Lacerda

Neuma Maria de Jesus

Regiane Magalhães Silva

Renan Martins dos Santos

Renata dos Santos de Jesus

Renata Miliâne Vieira

Rosemar Gomes Vital Marques

Rosemary da Silva

Salette Álvaro Rodrigues

Tânia Assis Souza Lopes

Tatiane Ribeiro Leal

Tiago Ramos Souza

Vanessa Costa de Moura

Wagner Vieira de Carvalho

Wanderson Lima Vieira

Warley França Santa Bárbara

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Subsecretaria de Acesso a Serviços de Saúde/Superintendência de Contratação e Processamento de Serviços de Saúde / Diretoria de Contratos Assistenciais

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



SAÚDE



MINAS
GERAIS

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Sumário

1	Introdução	3
2	A Comissão de Acompanhamento de Contratos	4
2.1	Definição	4
2.2	Composição da CAC	4
2.2.1	Caracterização da CAC	4
2.3	Competências da Comissão de Acompanhamento de Contratos	5
2.4	Prazo de vigência da Comissão de Acompanhamento de Contratos	5
2.5	Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato	5
2.5.1	Reuniões excepcionais	7
2.6	Acompanhamento e avaliação do contrato	7
2.6.1	Diretrizes gerais	7
2.6.2	Acompanhamento e avaliação dos indicadores	8
2.7	Acompanhamento permanente do Contrato	11
2.8	Revisão e reajuste	11
3	Metodologia de cálculo das metas quantitativas	12
3.1	Estabelecimentos hospitalares com IAC	12
3.1.1	Cálculo das metas quantitativas	12
3.2	Estabelecimentos hospitalares sem IAC	17
3.2.1	Cálculo das metas quantitativas	
3.2.2	Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte quantitativa	18
3.3	Metodologia de cálculo das metas quantitativas em casos excepcionais	19
4	Metodologia de cálculo das metas qualitativas	19
4.1	Estabelecimentos hospitalares com IAC	19
4.1.1	Cálculo das metas qualitativas	19
4.1.2	Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte qualitativa	20
4.1.3	Preenchimento da planilha “Análise dos indicadores classificados como “geral”	21
4.2	Estabelecimentos hospitalares sem IAC	22
4.2.1	Preenchimento do “Relatório da Comissão de Acompanhamento” – parte qualitativa	22
4.3	Metodologia de cálculo das metas qualitativas em casos excepcionais	23
	Referências	23
	Anexos	24
	Anexo 1 - Modelo de encaminhamento dos representantes da Comissão de Acompanhamento dos Contratos	24
	Anexo 2- Modelo de “Relatório da Comissão de Acompanhamento” para os estabelecimentos hospitalares com incentivo IAC e “Relatório da Comissão de Acompanhamento- Prestador hospitalar sem IAC	26
	Anexo 3 - Declaração de veracidade das informações e autenticidades dos documentos	

apresentados	29
Anexo 4 - Guia de visita aos hospitais contratados	30
Anexo 5 - Ficha de qualificação dos indicadores classificados como “geral”	31

1 Introdução

O Ministério da Saúde, desde 2004, orienta o fortalecimento da contratualização com hospitais no âmbito do SUS, visando formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais, visando melhorar a assistência e a gestão hospitalar conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). A contratualização também visa aprimorar a avaliação, controle e regulação dos serviços. Em 2017, foi proposta a formação da Comissão de Acompanhamento da Contratualização para monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados. A Secretaria de Estado da Saúde de MG tem trabalhado na implementação dessas diretrizes desde então. Em 2018, o instrumento contratual foi ajustado às diretrizes, com a criação das Comissões de Acompanhamento dos Contratos. O fortalecimento desses instrumentos é visto como essencial para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS/MG.

Com o intuito de subsidiar e aprimorar a atuação da Comissão de Acompanhamento dos Contratos foi publicado, em 2020, a primeira versão deste Manual.

Após um período de mais de três anos desde a publicação inicial deste manual, tornou-se imperativo realizar uma atualização substancial. Tal necessidade decorre das inúmeras mudanças legislativas que ocorreram durante esse período, bem como dos aprimoramentos essenciais que emergiram a partir da aplicação prática da avaliação e do acompanhamento de contratos nos últimos anos.

Uma vez que os serviços de saúde são financiados por meio de recursos públicos, é evidente a urgência de se buscar sempre a excelência nos procedimentos relacionados ao monitoramento dos contratos com os prestadores, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. Isso possibilita um maior controle, transparência e rastreamento das informações referentes aos investimentos com serviços de saúde pública, bem como a melhoria dos resultados obtidos por essas instituições na execução dos contratos.

2 A Comissão de Acompanhamento de Contratos

2.1 Definição

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

2.2 Composição da CAC

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

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

No caso de empate em alguma decisão, cabe ao presidente votar mais uma vez para decidir o ponto em questão.

2.2.1 Caracterização da CAC

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

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

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

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

e) Os membros da CAC não serão remunerados pelo exercício dessa atividade.

f) A composição da Comissão será publicada no site da SES/MG.

2.3 Competências da Comissão de Acompanhamento de Contratos

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

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

2.4 Prazo de vigência da Comissão de Acompanhamento de Contratos

O mandato dos membros integrantes da CAC será compatível com a vigência do Contrato, devendo qualquer alteração da sua composição ser comunicada à DCA. Um dos membros designados pelo Unidade Regional de Saúde (URS) como representantes da CONTRATANTE exercerá, durante o primeiro ano da comissão, a função de Presidente da Comissão. Após esse período, será realizada votação entre os membros para eleição do novo presidente.

2.5 Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato

- a) Cabe ao (à) Coordenador (a) Administrativo (a) da CAC agendar e convocar as reuniões de monitoramento, informando local, data e horário, conforme o cronograma (Quadro 1),

garantindo que o resultado da apuração seja enviado até o dia 20 do mês de reunião para a DCA;

Quadro 1: Cronograma de reuniões da CAC

Envio de Tabulação/ Dados TabWin	Quadrimestre/ Mês de Avaliação	Meses Avaliados	Apuração de Descontos/ Restituição DCA	Meses de Desconto/ Restituição
2ª quinzena de Junho (metade dos contratos) 1ª quinzena de Julho (metade dos contratos)	1º quadrimestre - Julho -	Janeiro a Abril	Agosto (todos os contratos avaliados)	Setembro a Dezembro
2ª quinzena de Outubro (metade dos contratos) 1ª quinzena de Novembro (metade dos contratos)	2º quadrimestre - Novembro -	Maio a Agosto	Dezembro (todos os contratos avaliados)	Janeiro a Abril
2ª quinzena de Fevereiro (metade dos contratos) 1ª quinzena de Março (metade dos contratos)	3º quadrimestre - Março -	Setembro a Dezembro	Abril (todos os contratos avaliados)	Maio a Agosto

Fonte: elaboração própria

- b) Caso o titular convocado não possa participar da reunião, deve informar, por todos os meios possíveis, ao suplente a fim de que ele compareça à referida reunião em seu lugar.
- c) Tendo em vista a confirmação do recebimento da convocação e disponibilidade de comparecimento pelos participantes, a reunião deverá ter início com a presença dos representantes, ou titular ou suplente. Deve ser observado um limite de tolerância de atraso especificado na convocação. No caso de insuficiência de quórum, os membros ausentes devem ser notificados, sendo designada nova reunião que ocorrerá com a quantidade de membros presentes, independente da representatividade.
- d) A notificação de ausência deve ser enviada para titulares e suplentes.
- e) É facultado ao representante do (a) Contratado (a), ao final da reunião, formular requerimentos que deverão ser registrados em ata.
- f) Durante a reunião, antes da decisão da CAC, deve ser dada a palavra ao representante do (a) Contratado (a), caso esteja presente, pelo prazo improrrogável de 15 (quinze) minutos, a fim de sustentar oralmente suas razões.

- g) As razões apresentadas oralmente serão restritas aos fundamentos apresentados na justificativa do não cumprimento da meta, encaminhada 24 horas antes da reunião, conforme item 2.6.2, h), sendo vedada a apresentação de fatos novos.
- h) O registro da reunião deve ser feito em ata. Salienta-se que esse registro não substitui o relatório de avaliação.

2.5.1 Reuniões excepcionais

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

a) Nos casos de término de vigência, rescisão por solicitação do contratante ou o município INTERVENIENTE faça opção, por meio de Deliberação CIB-SUS, por gerir a média e alta complexidade, incluindo os recursos financeiros, os estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares e a Contratualização em seu território; a reunião acontecerá no mês anterior a última competência de pagamento do contrato. Serão consideradas para avaliação as competências ainda não monitoradas e com dados nas bases oficiais de produção do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Caso seja apurado valor a restituir, este será debitado em única parcela no último mês de pagamento.

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

c) Quando houver o término de contrato e, em seguida, o início de um novo contrato com o mesmo prestador, não se aplica a avaliação excepcional. Nesses casos, eventuais descontos em razão da avaliação serão aplicados em regime de continuidade de ambos os contratos, de modo que será seguido o cronograma normal de avaliação do quadrimestre

2.6 Acompanhamento e avaliação do contrato

2.6.1 Diretrizes gerais

- a) O acompanhamento do contrato deverá ser mensal a fim de subsidiar a avaliação nos

meses de referência.

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

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

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

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

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

g) Os contratos e seus aditamentos passam a produzir efeitos a partir da data de sua publicação, salvo disposição contrária expressa no instrumento.

2.6.2 Acompanhamento e avaliação dos indicadores

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

b) Documentos comprobatórios para os indicadores autodeclarados devem ser

acompanhados de “Declaração de Veracidade das Informações Prestadas” (Modelo anexo 3);

c) Os cálculos dos indicadores quantitativos e qualitativos (referente aos valores prefixado) são de responsabilidade da Unidade Regional 1(membros da CAC).

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

e) Após a apuração dos indicadores quantitativos e observado o não cumprimento de pelo menos 50% das metas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados ou o cumprimento superior a 100% por doze meses consecutivos, a CAC deve informar ao Gestor do Contrato a necessidade de revisão do Documento Descritivo do(a) Contratado(a), nos termos do Contrato, conforme item 2.8.

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

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

h) Caso o (a) Contratado(a) não concorde com a avaliação dos resultados dos indicadores qualitativos, os seus representantes deverão apresentar justificativa, contendo fundamentação e documentação comprobatória do não cumprimento da meta, encaminhando a todos os membros da CAC em até 24 horas antes da reunião, uma vez que todos os membros terão acesso prévio aos resultados apurados. Esses registros devem constar no “Campo V – Comentários/Justificativas acerca dos Resultados Qualitativos Obtidos”.

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

j) Para a avaliação das metas quantitativas financeiras para fins de identificação da faixa de produção em relação ao teto financeiro contratado e, conseqüentemente, para o repasse dessa parcela dos recursos, é vedada a apresentação de justificativa para o não cumprimento, salvo, nos seguintes casos: erro de cálculo ou processamento de dados pelo órgão público; ação

ou decisão estatal, superveniente, que afete diretamente o contrato, acarretando desequilíbrio econômico-financeiro ou desassistência da população assistida; A justificativa deve ser apresentada na forma e prazo da alínea h).

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

l) Ressalta-se que a CAC é a única responsável pelo acompanhamento e avaliação dos resultados alcançados pelos prestadores de ações e serviços de saúde, pactuados por meio de contrato. Não cabe, portanto, a SCP/DCA ou a outro setor o julgamento de recurso. A atuação da DCA é exclusivamente de caráter orientativo.

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

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

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

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

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

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

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

2.7 Acompanhamento permanente do contrato

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

Para tal, além da apuração quadrimestral dos resultados, é necessário que a CAC comunique ao gestor e ao fiscal do contrato, formal e imediatamente, qualquer notícia de inexecução, total ou parcial, do serviço contratado ou qualquer inobservância dos deveres contratuais;

Para que o acompanhamento e a fiscalização do contrato se dê de maneira eficaz e eficiente, é necessário que a CAC forneça as informações e dados solicitados pelo fiscal de contrato, solicitados no exercício da sua função.

É obrigação do(a) Contratado(a) responder, em tempo hábil, às solicitações de esclarecimentos quanto ao serviço prestado realizadas pelo gestor/fiscal do contrato ou de qualquer membro da CAC.

2.8 Revisão e reajuste

O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, dentro do ano vigente, terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, conforme a produção do hospital.

O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante disponibilidade orçamentária.

Cabe à Comissão de Acompanhamento de Contratos notificar o gestor municipal sobre a necessidade de revisão ou reajuste, registrar a informação na ATA da reunião de acompanhamento e fazer constar no relatório de avaliação. A notificação da CAC ao gestor municipal deve ocorrer imediatamente após o registro da primeira ocorrência dos fatos ensejadores da revisão ou reajuste.

Ao ser notificado da necessidade de revisão ou de reajuste, o gestor municipal deverá encaminhar ofício à CAC, **no prazo de 10 dias úteis, iniciando a contagem no dia útil seguinte ao recebimento**, com a respectiva solicitação de alteração contratual. O ofício do gestor deve trazer, conforme o caso, sugestão de destinação do serviço retirado, valor a ser reduzido ou

necessidade de serviço a ser acrescentado.

Ao receber o ofício do gestor municipal, a CAC deve emitir parecer, **no prazo de 10 dias úteis, iniciando a contagem no dia útil seguinte ao recebimento**, no qual analisará a sugestão apresentada pelo gestor e demais opções (como absorção pela rede pública municipal de saúde, a abertura de credenciamento/chamamento público para contratação da rede privada de saúde no município, remanejamento para atendimento em outro município), concluindo com a apresentação de medida que não acarrete desassistência aos cidadãos.

O parecer da CAC é de natureza opinativa e será enviado anexado ao ofício do gestor municipal à Diretoria de Contratos Assistenciais.

3 Metodologia de cálculo das metas quantitativas

3.1 Estabelecimentos hospitalares com IAC

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

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

3.1.1 Cálculo das metas quantitativas

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

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

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

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

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

Quadro 2: Apuração dos resultados

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

Fonte: elaboração própria

Quadro 3: Desempenho nas metas quantitativas e faixa percentual correspondente

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

Fonte: elaboração própria

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

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

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

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

a.2) O valor da Meta Contratual de Média Complexidade Ambulatorial (MCA) será

o somatório dos serviços descritos e classificados no Quadro Síntese, item VI.A do Documento Descritivo, como MCA. Assim, quando couber:

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

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

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

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

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

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

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

b) Campo “III.B) Dados de Produção”

b.1) Extraem-se das bases oficiais do DATASUS os valores de produção correspondentes à MCA e MCH referentes a cada uma das competências do período avaliado. Ao inserir os valores

de produção no relatório supracitado, é calculada a média dos meses ($\bar{x}$):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Estabelecimentos hospitalares sem IAC

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

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

3.2.1 Cálculo das metas quantitativas

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

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

c) O valor referente aos “Incentivos”, quando houver, será repassado integralmente. O resultado será apurado conforme exemplificado nos Quadro 4 e 5:

Quadro 4: Apuração dos resultados - Prestadores sem IAC

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

Fonte: Elaboração própria

Quadro 5: Desempenho nas metas quantitativas e faixa percentual correspondente

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

Fonte: Elaboração própria

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

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

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

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

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

b) Campo “III.B) Dados de Produção”

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Metodologia de cálculo das metas quantitativas em casos excepcionais

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

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

4 Metodologia de cálculo das metas qualitativas

4.1 Estabelecimentos hospitalares com IAC

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

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

4.1.1 Cálculo das metas qualitativas

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

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

Quadro 7: Desempenho nas metas qualitativas e percentual correspondente

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

d) “IV.D) Valor relativo à dedução”

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

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

Preencher justificativas apresentadas pelo contratado em relação a avaliação

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

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

g) “Campo VII - Recomendações da comissão”

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

h) “Campo VIII - Parecer final”

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

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

a) Como a pontuação máxima que poderá ser obtida depende do perfil do (a) Contratado(a), faz-se necessário, na planilha “Análise dos indicadores classificados como

“Geral”, identificar os indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a). Na coluna “Aplicação”- selecionar “sim” ou “não”; e para cada indicador selecionado preencher as demais colunas;

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

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

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

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

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

4.2 Estabelecimentos hospitalares sem IAC

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

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

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

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

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

4.3 Metodologia de cálculo das metas qualitativas em casos excepcionais

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

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

Referências

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

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

Anexos

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

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

Representantes da Unidade Regional _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Representantes do prestador (contratado) _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Representante do interveniente – Secretaria Municipal de Saúde de _____:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

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



SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS/SES-MG
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - PRESTADOR HOSPITALAR COM IAC - CONTRATO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

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

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

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



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/SES-MG

SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - PRESTADOR HOSPITALAR SEM IAC - CONTRATO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

I - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO

MUNICÍPIO		URS	
PRESTADOR		CNES	
Nº CONTRATO		DATA DE AVALIAÇÃO	
PERÍODO AVALIADO		Nº DE MESES AVALIADOS	

II - IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

NOME DO MEMBRO	VINCULAÇÃO
	Representante do(a) contratante-URS
	Representante do(a) contratante-URS
	Representante do(a) Contratado(a)
	Representante do(a) Contratado(a)
	Representante do Interviente

III - ANÁLISE QUANTITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO

III.A) DADOS GERAIS DO CONTRATO

TETO	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	MÉDIA DOS MESES	100% DO VALOR PRÉ-FIXADO
MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL (MCA)						#DIV/0!	#DIV/0!
MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (MCH)						#DIV/0!	#DIV/0!
INCENTIVOS						#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!	#DIV/0!

III.B) DADOS DE PRODUÇÃO

TETO	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	MÉDIA DOS MESES
MCA						#DIV/0!
MCH						#DIV/0!
Total	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	#DIV/0!

Desempenho mensal alcançado					
-----------------------------	--	--	--	--	--

III.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS

TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO
MCA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
MCH	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
INCENTIVOS			#DIV/0!
TOTAL			#DIV/0!

III.D) VALOR A RESTITUIR (100% DO VALOR PRÉ-FIXADO) - (VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO)

MCA	#DIV/0!
MCH	#DIV/0!
TOTAL	#DIV/0!

IV - ANÁLISE QUALITATIVA - VALOR PRÉ-FIXADO

IV.A) CONSOLIDADO DOS RESULTADOS QUALITATIVOS CLASSIFICADOS COMO GERAL (anexar planilha de análise dos indicadores e suas comprovações, quando houver)

PONTUAÇÃO MÁXIMA*	PONTUAÇÃO OBTIDA**
0	0

*Refere-se ao total de pontos que poderá ser obtido, ou seja, o somatório de todas as pontuações máximas dos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)
** Somatório de todas as pontuações obtidas nos indicadores aplicáveis ao perfil do(a) Contratado(a)

IV.B) APURAÇÃO DOS RESULTADOS - VALOR PRÉ-FIXADO

TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPONDENTE
INDICADORES	#DIV/0!	#DIV/0!

V - COMENTÁRIOS / JUSTIFICATIVAS ACERCA DOS RESULTADOS QUALITATIVOS OBTIDOS

VI - ANÁLISE DA COMISSÃO ACERCA DAS JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS (preencher em caso de perda de metas e o prestador apresentar recurso)

VII - RECOMENDAÇÕES DA COMISSÃO

VIII - PARECER FINAL

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

DE ACORDO,

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

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

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

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

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - INTERVENIENTE

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

HOSPITAL/FUNDAÇÃO XXXX

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

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

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

(CIDADE), (DIA) de (MÊS) de 20XX.

(Assinatura)

Anexo 4 - Guia de visita aos hospitais contratados

Preparação prévia da visita

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

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

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

Orientações para o Contratado após a visita

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

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

INDICADOR Nº 01

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Não incluir no total de leitos:

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

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

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

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

Filtros:

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

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

Filtros:

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

hospital de interesse.

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

6. UNIDADE DE MEDIDA: Percentual (%)

7. POLARIDADE: Maior melhor

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

≥ 85% – 15 pontos

≥ 70% < 85% – 10 pontos

≥ 60% < 70% – 7 pontos

< 60% – 0 ponto

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

≥ 75% – 15 pontos

≥ 60% < 75% – 10 pontos

≥ 45% < 60% – 7 pontos

< 45% – 0 ponto

8. REFERÊNCIA:

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

INDICADOR N° 02

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

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

3. MÉTODO DE CÁLCULO:

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

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

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

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

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

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

Filtros:

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

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

Filtros

- ✓ Linha: Hospital MG (CNES)

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

- 6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Dias
- 7. **POLARIDADE:** Menor melhor
- 8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
 - < 5 dias – 10 pontos
 - ≥ 5 < 8 dias – 8 pontos
 - ≥ 8 < 11 dias – 4 pontos
 - ≥ 11 dias – 0 ponto

INDICADOR N° 03

- 1. **INDICADOR:** Tempo médio de permanência em leitos de clínica cirúrgica.
- 2. **DESCRIÇÃO:** Representa o tempo médio, em dias, que os pacientes permanecem internados no hospital em leitos de clínica cirúrgica.
- 3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**
 - Total de pacientes – dia nos leitos de clínica cirúrgica, no período*
 - Total de saídas dos leitos de clínica cirúrgica, no mesmo período*

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

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

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

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

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

Filtros

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

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

Filtros

- ✓ Linha: Hospital MG (CNES)
- ✓ Coluna: Leito\Especialidades [2008+
- ✓ Incremento: Frequência
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em

de internação de UTI Adulto por um dia hospitalar, no período analisado.

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

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

Filtros:

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

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

Filtros:

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

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

- 6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%)
- 7. **POLARIDADE:** Maior melhor
- 8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**
 - ≥ 85% – 10 pontos
 - ≥ 70% < 85% – 7 pontos
 - ≥ 60% < 70% – 5 pontos
 - < 60% – 0 ponto
- 9. **OBSERVAÇÃO:** Indicador utilizado apenas para hospitais que disponham UTI Adulto.

INDICADOR N° 05

- 1. **INDICADOR:** Taxa de ocupação dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrico.
- 2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a ocupação dos leitos de UTI Pediátrico do hospital no período considerado. Está relacionado com o intervalo de substituição e à média de permanência na UTI Pediátrico.
- 3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de diárias de UTI Pediátrico, no período}}{\text{Total de leitos – dia de UTI Pediátrico, no mesmo período}} \times 100$$
- 4. **DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:**

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

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

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

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

Filtros:

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

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

Filtros:

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

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

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

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

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

≥ 85% – 10 pontos

≥ 70% < 85% – 7 pontos

≥ 60% < 70% – 5 pontos

< 60% – 0 ponto

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

INDICADOR Nº 06

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

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

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

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

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

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

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

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

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

Filtros:

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

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

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

Filtros:

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

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

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

7. **POLARIDADE:** Maior melhor

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

≥ 85% – 10 pontos

≥ 70% < 85% – 7 pontos

≥ 60% < 70% – 5 pontos

< 60% – 0 ponto

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

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

INDICADOR N° 07

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

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{\text{Total de óbitos ocorridos após 24h da admissão, no período}}{\text{Total de saídas hospitalares, no mesmo período}} \times 100$$

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

4.1 Saídas Hospitalares: corresponde ao total de altas, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas no cálculo deste indicador. Os óbitos fetais ou natimorto não deverão ser contabilizados como saídas.

4.2 Óbitos institucionais: corresponde ao número de óbitos que ocorridos após 24 horas de internação, em um determinado período.

5. **FONTE:** Comissão de Óbito da instituição.

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

7. **POLARIDADE:** Menor melhor.

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

≤ 3% – 10 pontos

> 3% ≤ 6% dias – 8 pontos

> 6% ≤ 8% – 4 pontos

> 8% – 0 ponto

INDICADOR N° 08

1. **INDICADOR:** Taxa de cirurgias oncológicas.
2. **DESCRIÇÃO:** Mensura a relação entre o número de cirurgias oncológicas realizadas e o número de procedimentos quimioterápicos. Na Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019, cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON observará o parâmetro mínimo de produção anual de 650 (seiscentos e cinquenta) procedimentos de cirurgias de câncer principais, correspondentes ao atendimento de 600 (seiscentos) casos de câncer e 5300 (cinco mil e trezentos) procedimentos de quimioterapia (QT) principais, para atendimento de 700 (setecentos) casos de câncer. Considerando a relação **total de cirurgias oncológicas no período/total de procedimentos de quimioterapia, no mesmo período;** para que o hospital cumpra os parâmetros ministeriais mencionados acima, será necessário que o resultado da fórmula seja igual a 12. Importante ressaltar que, atualmente o Ministério da Saúde não considera as cirurgias sequenciais dentro do parâmetro de 650 cirurgias/ano.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

Total de cirurgias oncológicas, no período

×

100

Total de procedimentos de quimioterapia, no mesmo período

4. DEFINIÇÃO DE TERMOS UTILIZADOS NO INDICADOR:

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

- a) Subgrupo 04.16 (cirurgia em oncologia);
- b) Subgrupo 04.03 (cirurgia do sistema nervoso central e periférico);
- c) Subgrupo 04.05 (cirurgias do aparelho da visão);
- d) Subgrupo 04.08 (cirurgia do sistema osteomuscular).

Para serem contabilizados como cirurgia oncológica, os procedimentos dos subgrupos 04.03, 04.05 e 04.08, devem ter como CID 10: C00 a C97 e D37 a D48.

4.2. Total de procedimentos de quimioterapia: somatório dos procedimentos realizados pelo hospital classificados na Tabela SUS como: Forma de Organização 03.04.02 a 03.04.07, correspondentes aos códigos de procedimentos de quimioterapia.

1. FONTE:

1.1 Numerador: SIH (via TabWin)

Filtros:

- ✓ Linha: Hospital (CNES)
- ✓ Coluna: Não ativa
- ✓ Incremento: Frequência
- ✓ Seleção disponível: "Subgrupo" selecionar os subgrupos 04.16 (cirurgias oncológicas); subgrupo 04.03 (cirurgia do sistema nervoso central e periférico); 04.05 (cirurgias do aparelho de visão); 04.08 (Cirurgia do sistema osteomuscular) e "Diag. CID 10 (categ)" selecionar os códigos C00 a C97 e D37 a D48; "Hospital CNES" - selecionar o hospital.
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise.

1.2 Denominador: SIA-SUS (via TabWin)

Filtros:

- ✓ Linha: Hospital (CNES)
- ✓ Coluna: Não ativa

- ✓ Incremento: Frequência
- ✓ Seleções Disponíveis: “Forma de Organização” 03.04.02 a 03.04.07; “Hospital CNES” (selecionar o hospital)
- ✓ Arquivos: Selecionar os meses compreendidos no período em análise.

2. UNIDADE DE MEDIDA: Número de cirurgias/100 QT

3. POLARIDADE: Maior melhor

4. METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:

≥ 12 – 5 pontos

≥ 9,3 < 12 – 4 pontos

≥ 6,1 < 9,3 – 3 pontos

≥ 2,9 < 6,1 – 2 pontos

≥ 1 < 2,9 – 1 ponto

< 1 – 0 ponto

INDICADOR N° 09

1. **INDICADOR:** Taxa de cesárea.

2. **DESCRIÇÃO:** O indicador reflete a proporção de cesarianas realizadas dentre o total de partos ocorridos, em determinada instituição, durante determinado período.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:** N° de partos cesarianos / N° total de partos x 100 (%).

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

- Procedimentos considerados -

Partos normais:

0310010039 - Parto Normal;

0310010047 - Parto Normal em Gestação de Alto Risco;

0310010055 - Parto Normal em Centro de Parto Normal.

Partos Cesarianos:

0411010026 - Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco;

0411010034 - Parto Cesariano;

0411010042 - Parto Cesariano com Laqueadura Tubaria.

- 5. **FONTE:** SIH/SUS.
- 6. **UNIDADE DE MEDIDA:** Percentual (%).
- 7. **POLARIDADE:** Menor - Melhor.
- 8. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

- ≤ 25% – 15 pontos
- > 25% ≤ 30% – 10 pontos
- > 30% ≤ 35% – 7 pontos
- > 35% – 0 ponto.

INDICADOR Nº 10

- 1. **INDICADOR:** Taxa de negativas de reservas de leitos realizadas em caráter de urgência.
- 2. **DESCRIÇÃO:** Comparativo entre o percentual de negativas às reservas de leitos por prestador em relação aos pedidos de reservas mantidos pela Central (excluídas as situações de reservas sem confirmação, submissão à nova análise e cancelamento da reserva pela Central). O cálculo se mostra como número de negativas às reservas de leitos/ soma do número de negativas e aceitações às reservas de leito no período. As negativas às reservas de leito, principalmente quando os leitos se encontram livres segundo o mapa de leitos do SUSfácilMG, são pontos dificultadores no processo regulatório, principalmente em se tratando de casos emergentes em que o fator tempo é decisivo para a regulação.
- 3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

Numerador = Reserva Negada

----- X 100

Denominador = Total de solicitações realizadas - Solicitação de reserva cancelada - Encaminhada a nova análise

- 4. **FONTE:** SUSfácilMG/ DCA com dados fornecidos pela DRUE
- 5. **UNIDADE DE MEDIDA:** Quantidade
- 6. **POLARIDADE:** Menor melhor
- 7. **METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:**

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

$\leq 20\%$ – 15 pontos

$\leq 35\% > 20\%$ – 10 pontos

$\leq 45\% > 35\%$ – 7 pontos

$> 55\%$ – 0 ponto

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

$\leq 30\%$ – 15 pontos

$\leq 45\% > 30\%$ – 10 pontos

$\leq 55\% > 45\%$ – 7 pontos

$> 65\%$ – 0 ponto