SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA REGIONALIZAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
DIRETORIA DE MONITORAMENTO DE POLITÍCAS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS

MANUAL DE MONITORAMENTO E

AVALIAÇÃO DE CONTRATOS

ASSISTENCIAIS

BELO HORIZONTE
2025

Governador do Estado de Minas Gerais
Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Fábio Baccheretti Vitor

Secretária de Estado Adjunta de Saúde
Poliana Cardoso Lopes

Chefia de Gabinete
Marina Queirós Cury

Subsecretário de Regionalização
Luiz Fernando Prado de Miranda

Superintendente de Integração Regional
Flavia Fiuza Botelho

Diretora de Monitoramento de Políticas de Saúde
Renata Beatriz Faria de Abreu

Coordenadora de Contratos Assistenciais
Regiane Magalhães Silva

Elaboração
Marina Senem de Araújo
Regiane Magalhães Silva
Valéria de Jesus Coelho Ferreira dos Santos

Atualização – 2ª edição
Aline Aparecida
Almiro Caetano Amaral
Neves
Neuma Maria de Jesus
Regiane Magalhães Silva
Renata Miliane Vieira
Wanderson Lima Vieira

Atualização – 3ª edição
Gabriela de Souza Lourenço
Jonathan dos Santos Ramos Rosa
Neuma Maria de Jesus
Regiane Magalhães Silva
Rosemar Gomes Vital Marques
Wagner Vieira de Carvalho

Coordenação de Contratos Assistenciais

Diego Ferreira Barbosa e Oliveira
Edilene Silva Ferreira
Gabriela de Souza Lourenço
Jonathan dos Santos Ramos
Rosa
Neuma Maria de Jesus
Regiane Magalhães Silva
Rosemar Gomes Vital Marques
Tânia Assis Souza Lopes
Wagner Vieira de Carvalho

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Subsecretaria de Regionalização/Superintendência de Integração Regional/ Diretoria de Monitoramento de Políticas de Saúde/Coordenação de Contratos Assistenciais: Cidade Administrativa, Presidente Tancredo Neves, Rodovia Papa João Paulo II, 3.777, Bairro Serra Verde, Edifício Minas – 13º andar – CEP 31630- 903.

SUS SAÚDE GOVERNO DE MINAS AQUI O TREM PROSPERA.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS 5

1 INTRODUÇÃO..... 6

2 A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTRATOS (CAC) 7

2.1 Definição 7

2.2 Composição da CAC 7

2.2.1 Caracterização da CAC..... 7

2.3 Competências da CAC.. 8

2.4 Prazo de vigência do mandato da CAC 8

2.5 Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato 8

2.5.1 Reuniões para avaliações em períodos específicos 10

2.5.2 Reuniões excepcionais 10

2.6 Acompanhamento e avaliação do contrato 10

2.6.1 Diretrizes gerais..... 11

2.6.2 Acompanhamento e avaliação dos indicadores..... 11

2.7 Acompanhamento permanente do contrato 13

2.8 Revisão e reajuste..... 14

3 METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUANTITATIVAS 15

3.1 Estabelecimentos hospitalares – parcela prefixada 15

3.1.1 Cálculo das metas quantitativas 15

3.2 Metodologia de cálculo das metas quantitativas em casos excepcionais 20

4 METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUALITATIVAS..... 21

4.1 Estabelecimentos hospitalares – parcela prefixada 21

4.1.1 Cálculo das metas qualitativas..... 21

4.1.2 Preenchimento do "Relatório da Comissão de Acompanhamento" – parte qualitativa..... 22

4.1.3 Preenchimento da planilha "Análise dos indicadores classificados como geral"..... 24

REFERÊNCIA 25

ANEXOS 26

Anexo 1 – Modelo de encaminhamento dos representantes da CAC..... 26

Anexo 2 – Modelo de "Relatório da Comissão de Acompanhamento" e "Relatório da Comissão de Acompanhamento..... 27

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

INDICADOR N° 1 31

INDICADOR N° 2 35

INDICADOR N° 3 37
INDICADOR N° 4 39
INDICADOR N° 5 41
INDICADOR N° 6 44
INDICADOR N° 7 47
INDICADOR N° 8 49
INDICADOR N° 9 52
INDICADOR N° 10 53

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Descrição
CAC	Comissão de Avaliação de Contratos
CCTA	Coordenação de Contratos Assistenciais
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (SUS)
DRAUE	Diretoria de Regulação do Acesso a Urgência e Emergência
MCA	Média Complexidade Ambulatorial
MCH	Média Complexidade Hospitalar
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIR	Superintendência de Integração Regional
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUBR	Subsecretaria de Regionalização
SUS	Sistema Único de Saúde
URS	Unidade Regional de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais seguindo diretrizes do Ministério da Saúde que, desde 2004, orienta o fortalecimento da contratualização com hospitais no âmbito do SUS, visando formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais, para melhorar a assistência e a gestão hospitalar, conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), tem trabalhado na implementação dessas diretrizes para o aprimoramento dos instrumentos contratuais.

A contratualização 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.

Em 2018, o instrumento contratual foi ajustado às diretrizes, com a criação das Comissões de Acompanhamento dos Contratos (CAC). O fortalecimento desses instrumentos é visto como essencial para aprimorar a gestão e melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS/MG.

Para subsidiar e fortalecer a atuação da CAC, foi publicizado, em 2020, a primeira versão deste Manual; em 2024, a segunda e, em 2025, a terceira versão.

Após um período de cinco anos desde a publicação inicial deste Manual e as mudanças que ocorreram após a segunda versão, considerando as práticas desenvolvida nas avaliações dos contratos formalizados, tornou-se oportuno realizar esta atualização.

Uma vez que os serviços de saúde são financiados por meio de recursos públicos, é evidente a urgência de 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 em 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, recaindo 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 pela autoridade superior;

II. um representante da instituição contratada;

III. um representante do interveniente (quando for o caso), a ser designado pela autoridade superior.

Um dos membros designados pela autoridade superior como representante 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 de novo presidente.

No caso de empate em alguma decisão, cabe ao presidente o voto de desempate 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 em relação ao objeto do contrato, as metas e indicadores presentes na contratação, bem como demandas relacionadas às necessidades de saúde, perfil assistencial esperado das partes envolvidas e regulação assistencial.

b) Os membros representantes da contratante e/ou interveniente, titulares e suplentes, não poderão ter vínculo de qualquer natureza com o contratado (a).

c) Os nomes e CPF dos representantes titulares, suplentes da Comissão de Acompanhamento deverão ser encaminhados à Coordenação de Contratos Assistenciais (CCTA), em até 30 dias corridos da publicação do contrato.

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

e) A composição da comissão será publicizada no site da SES/MG.

2.3 Competências da CAC

Em consonância com a Portaria GM/MS de Consolidação n°2/2017, a CAC tem por atribuições:

I. apurar o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas financeiras;

II. acompanhar e avaliar os 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 do mandato da CAC

A vigência do mandato da CAC será compatível com a duração do contrato, e qualquer alteração de sua composição deverá ser comunicada à CCTA, formal e previamente à realização da reunião da comissão.

2.5 Reuniões de acompanhamento e avaliação do contrato

a) Cabe ao presidente 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 à CCTA até o dia 20 (vinte) do mês de reunião.

Quadro 1: Cronograma de reuniões da CAC – apuração de acordo com sistemas de dados do Ministério da Saúde.

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

b) Caso o titular convocado não possa participar da reunião, deverá informar ao suplente, por todos os meios possíveis, a fim de que ele compareça à reunião em seu lugar.

c) Tendo em vista a confirmação do recebimento da convocação e disponibilidade de comparecimento pelos participantes, a reunião terá início com a presença dos representantes, titulares ou suplentes. Será observado um limite de tolerância de atraso especificado na convocação. No caso de insuficiência de quórum, os membros ausentes serão notificados, sendo designada nova reunião, que ocorrerá com a quantidade de membros presentes, independentemente da representatividade.

d) A notificação de ausência deve ser enviada a titulares e suplentes.

e) É facultado ao representante do (a) contratado (a), ao final da reunião, formular requerimentos, que serão registrados em ata.

f) Durante a reunião, antes da decisão da CAC, será 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 (vinte e quatro) horas antes da reunião, conforme subitem 2.6.2, h – que trata da discordância do prestador quanto aos indicadores qualitativos, 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 para avaliações em períodos específicos

Os contratos podem apresentar períodos de avaliação que não sigam o período quadrimestral, podendo a avaliação ocorrer semestralmente ou anualmente de acordo com a necessidade e especifidades dos serviços, objeto do contrato, disponibilidade de dados para avaliações e pactuação entre contratante, contratado e/ou interveniente.

2.5.2 Reuniões excepcionais

Em casos de extinção do contrato ou por situações 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.

Nos casos de término de vigência, extinção do contrato ou situações excepcionais, a reunião acontecerá no mês anterior à última competência de pagamento do contrato, pois serão consideradas para avaliação as competências ainda não monitoradas e com dados das 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.

2.6 Acompanhamento e avaliação do contrato

2.6.1 Diretrizes gerais

a) O acompanhamento do contrato será 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 no formulário “Relatório da Comissão de Acompanhamento” para os todos os estabelecimentos.

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 cronograma de apuração dos resultados, e o monitoramento recairá sobre esses meses.

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 4 (quatro) meses seguintes de repasse do recurso.

f) Em casos de extinção do contrato, 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 extinção 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 Presidente da CAC solicitar ao (à) contratado (a) o envio dos documentos comprobatórios referente aos indicadores para apuração do resultado na data de reunião da CAC.

b) Documentos comprobatórios para os indicadores devem ser acompanhados de “Declaração de Veracidade das Informações Prestadas” (modelo Anexo 3).

c) Os cálculos dos indicadores quantitativos e qualitativos (referente aos valores prefixados) são de responsabilidade da contratante.

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% (cinquenta por cento) das metas pactuadas por três meses consecutivos ou cinco meses alternados ou o cumprimento superior a 100% (cem por cento) por doze meses consecutivos, a CAC deverá informar ao gestor do contrato da necessidade de revisão do documento descritivo, nos termos do contrato, conforme subitem 2.8 – que trata das necessidades de revisões e reajustes.

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% (cinquenta por cento) e acima de 100% (cem por cento). 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 presidente da CAC 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, 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 (vinte e quatro) 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, consequentemente, 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 previstos na alínea **h**;

k) A CAC poderá convidar profissional que possa 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 cabendo, portanto, a outro setor nenhuma forma de julgamento.

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 do Sistema Eletrônico de Informações (SEI!), ao gestor de contrato.

q) Também será disponibilizada uma cópia do relatório o interveniente, se for o caso, para o contratado avaliado. A via original e demais documentos apresentados devem ser arquivados pelo presidente da CAC.

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 poderão corrigir o relatório e encaminhá-lo aos interessados.

s) É de responsabilidade do presidente 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 ocorram de forma eficaz e eficiente, é necessário que a CAC forneça as informações e dados solicitados pelo fiscal de contrato.

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

A instituição contratada 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 documento descritivo revisado, adequando as metas e os valores dos recursos a serem repassados, conforme a produção.

A instituição 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 contratados ajustados, mediante disponibilidade orçamentária.

Cabe à CAC notificar o gestor do contrato 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 do contrato 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 do contrato deverá informar à contratante, no prazo de 10 (dez) dias úteis, iniciando a contagem no dia útil seguinte ao recebimento da notificação da CAC**,** com a respectiva solicitação de alteração contratual. A notificação do gestor deverá conter, conforme o caso, sugestão de destinação dos serviços quando for o caso de supressão ou necessidade de serviço na situação de acréscimo ao contrado.

Após os trâmites necessários para a decisão de revisão ou reajuste do contrato, poderão ocorrer as seguintes situações: absorção dos serviços por instituição pública de saúde, a abertura de credenciamento para contratação da rede privada de saúde de forma complementar, remanejamento para atendimento em outro município, em casos de serviços contratados por meio da programação pactuada integrada ou políticas públicas de iniciativa da SES/MG, concluindo com a apresentação de medida que não acarrete desassistência aos cidadãos.

3 METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUANTITATIVAS

3.1 Estabelecimentos hospitalares – parcela prefixada

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 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 separadamente a média da produção do quadrimestre para a média complexidade ambulatorial e hospitalar.

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:

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

d) O resultado será apurado conforme exemplificado nas Tabelas 1 e 2 a seguir.

Tabela 1: 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)

Tabela 2: 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%

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) Extrai-se do contrato o valor da meta contratual referente à Média Complexidade Ambulatorial (MCA), Média Complexidade Hospitalar (MCH) e incentivos (quando houver); automaticamente calcula-se o valor referente a 60% (sessenta por cento).

a.2) O valor da meta contratual de Média Complexidade Ambulatorial (MCA) será o somatório dos serviços descritos e classificados no Quadro Síntese, subitem VI.A do documento

descritivo, como MCA. Assim, quando couber:

Meta contratual MCA	Metas quantitativas financeiras
Recurso de média complexidade ambulatorial (MCA)	R$ 0,00
SADT (MCA)	R$ 0,00
Total	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, subitem VI.A do documento descritivo, como MCH. Assim, quando competir:

Meta contratual MCH	Metas quantitativas financeiras
Recurso de média complexidade hospitalar (MCH)	r$ 0,00
Total	r$ 0,00

a.4) O valor da meta contratual incentivos será o somatório de todos os serviços descritos e classificados, no subitem 9.1 – Quadro Síntese – Recursos Federais, 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 CCTA será 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 ($\bar{x}$):

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

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:

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

- ✓ Arquivos: selecionar as competências desejadas (mês a mês)
- ✓ Linha: Hospital MG (CNES)
- ✓ Coluna: ano/mês processamento
- ✓ Incremento: valor Aarovado
- ✓ 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.

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

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% (sessenta por cento) 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 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 CCTA 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, far-se-á proposição de revisão do contrato.

4 METODOLOGIA DE CÁLCULO DAS METAS QUALITATIVAS

4.1 Estabelecimentos hospitalares – parcela prefixada

Quarenta por cento (40%) do valor prefixado terá seu repasse mensal 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). Serão selecionados todos os indicadores aplicáveis ao hospital avaliado.

4.1.1 Cálculo das metas qualitativas

a) Para cada caso, será somada a pontuação máxima de cada indicador pertinente, para se verificar a pontuação total máxima possível de ser alcançada pela apuração das metas qualitativas.

b) De acordo com a pontuação obtida, no momento da apuração de cada indicador, ela será somada, e esse total será dividido pelo total máximo possível de pontos a ser alcançado pelo (a) contratado (a), obtendo-se o desempenho.

$$Desempenho = \frac{Total\ de\ pontos\ obtidos\ nos\ indicadores\ aplicáveis}{Total\ máximo\ de\ pontos\ possíveis\ de\ serem\ alcançados\ nos\ indicadores\ aplicáveis} \times 100$$

c) O resultado encontrado impactará no percentual do recurso prefixado referente às metas qualitativas do (a) contratado (a), conforme Tabela 3.

Tabela 3: Desempenho nas metas qualitativas e percentual correspondente.

Desempenho (%)	**Percentual correspondente (faixa %)**
Abaixo de 70%	% equivalente à pontuação obtida
70% a 80%	80%
81% a 90%	90%
91% a 100%	100%

4.1.2 Preenchimento do "*Relatório da Comissão de Acompanhamento"* – parte qualitativa

a) Campo *"IV.A) Dados Gerais do Contrato"*

Será preenchido automaticamente com base nos valores informados no *"Campo III.A*".

b) Campo *"IV.B) Consolidado dos resultados qualitativos classificados como Geral"*

Será preenchido automaticamente com base nos valores informados na planilha "Análise dos indicadores classificados como geral".

c) Campo *"IV.C) Apuração dos Resultados"*

c.1) A partir do cálculo de desempenho do (a) contratado (a), calcula-se automaticamente qual o percentual do teto do contrato a ser destinado ao (à) contratado (a), conforme Tabela 3.

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% (quarenta por cento) do valor do contrato, de acordo com o Quadro 2 a seguir.

Quadro 2: 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 (a) contratado (a) em relação à avaliação.

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

Preencher o parecer da CAC acerca das justificativas apresentadas pelo (a) contratado (a) em relação à 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 (à) contratado (a), 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” e 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” e selecionar uma das seguintes opções: “não apresentou”, “deferido”, “indeferido”.

f) Caso, na coluna “recurso”, tenham sido selecionadas as opçõe: “não apresentou”, “deferido”, “indeferido”, preencher a coluna “pontuação final”.

4.2 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 constantes nos subitens 4.1 ou 4.2, a depender do caso.

REFERÊNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). GABINETE DO MINISTRO. Portaria de Consolidação nº 2, 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 CAC

Comissão de Acompanhamento (CAC) do Contrato nº_____, celebrado entre o EMG/SES-MG e a instituição _____do município de _____:

Representantes da contratante

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Representantes do contratado – instituição XXX:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Representante do interveniente – XXX:

	Nome	CPF
Titular		
Suplente		

Anexo 2 – Modelo de “Relatório da Comissão de Acompanhamento” e “Relatório da Comissão de Acompanhamento”

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/SES-MG
SUBSECRETARIA DE REGIONALIZAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
DIRETORIA DE MONITORAMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CONTRATOS ASSISTENCIAIS

RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - CONTRATO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

I - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO

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

II - IDENTIFICAÇÃO DA COMISSÃO

NOME DO MEMBRO	VINCULAÇÃO
	Representante da contratante
	Representante da contratante
	Representante da Instituição Contratada
	Representante da Instituição Contratada
	Representante do Interveniente, se houver

III - ANÁLISE QUANTITATIVA - VALOR PRÉ FIXADO

III.A) DADOS GERAIS DO CONTRATO

TETO	META CONTRATUAL					MÉDIA DOS MESES	DO VALOR PRÉ-FIX
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês		
MÉDIA COMPLEXIDADE						#DIV/0!	#DIV/0
MÉDIA COMPLEXIDADE						#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					

III.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS

TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPOND	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	ETA CONTRATUA DO VALOR PRÉ-FIXADO	
A COMPLEXIDADE AMBULATORIAL	#DIV/0!	#DIV/0!
IA COMPLEXIDADE HOSPITALAR (M	#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, q

PONTUAÇÃO MÁXI*	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.C) APURAÇÃO DOS RESULTADOS - VALOR PRÉ-FIXADO

TETO	DESEMPENHO	PERCENTUAL CORRESPOND	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO
INDICADORES	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Total			#DIV/0!

IV.D)VALOR A RESTITUIR

) VALOR PRÉ-FIXADO) - (VALOR DEVIDO APÓS APUI	#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 COMISSSÃO

VIII - PARECER FINAL

ANÁLISE	VALOR TOTAL	VALOR DEVIDO APÓS APURAÇÃO	ALOR A RESTITUIR*
UANTITATIVO (60% do valor pré-fixad	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
UALITATIVO (40% do valor pré-fixad	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
TOTAL	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

valor por mês de competência avalia

PRÉ-FIXADO	
Valor mensal a restituír no próximo quadrimestre de pagamento	#DIV/0!

DE ACORDO.

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE

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

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - CONTRATANTE

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

ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE DA COMISSÃO - INTERVENIENTE

Versão JULHO/2020

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), incrito no CPF XXX.000.XXX – XX), domiciliado no endereço (endereço da contratada), (especificar rua, nº, bairro, cidade/Estado, CEP), assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos documentos entregues à Comissão de Acompanhamento de Contratos.

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

(CIDADE), (DIA) de (MÊS) de 20XX.

(Assinatura do representante)

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 – presidente da Comissão

- Arquivar o relatório da visita.
- Encaminhar, por ofício, cópia dos relatórios preenchidos para o gestor do contrato.
- 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 ao contratado após a visita

- Repassar e discutir o relatório encaminhado pela CAC aos profissionais/setores envolvidos.
- Elaborar 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 N° 1

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. 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:**

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

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 ospitalares 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 disseminâveis 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: p**ermanência**
- ✓ 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: **quantidade de 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° 2

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

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

3. MÉTODO DE CÁLCULO:

$$Total\ de\ pacientes - dia\ nos\ leitos\ de\ clínica\ médica, no\ período;$$
$$Total\ de\ saídas\ dos\ leitos\ de\ clínica\ médica, no\ mesmo\ período.$$

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 pernoitando 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 disseminàveis 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° 3

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 disseminâveis 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: f**requência**

✓ 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; **Leito\Especialidades [2008+ - s**elecionar a especialidade do leito de interesse (cirúrgico).

6. UNIDADE DE MEDIDA: dias

7. POLARIDADE: Menor/melhor

8. METAS / FAIXAS DE DESEMPENHO:

< 3 dias – 10 pontos

≥ 3 < 5 dias – 7 pontos

≥ 5 < 7 dias – 3 pontos

≥ 7 dias – 0 ponto

INDICADOR N° 4

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

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

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{Total\ de\ diárias\ de\ UTI\ Adulto,\ no\ período}{Total\ de\ leitos - dia\ de\ UTI\ Adulto,\ no\ mesmo\ período} \times 100$$

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

4.1 Diárias de UTI: número de pacientes internados por dia em UTI Adulto ou paciente-dia.

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

5. **FONTE:** SIH e CNES – para o cálculo, são utilizados os arquivos disseminâveis 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: **Quantidade 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, Tipo III e Utilizou mais de um tipo de UTI).

Observação – 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° 5

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:**

$$\frac{Total\ de\ diárias\ de\ UTI\ Pediátrico,\ no\ período}{Total\ de\ leitos - dia\ de\ UTI\ Pediátrico,\ no\ mesmo\ período} \times 100$$

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 disseminâveis 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 , 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: **Quantidade de 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).

Observação – 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 N° 6

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:

$$\frac{\begin{array}{c}Total\ de\ diárias\ de\ UTI \\ Neonatal, no\ período\end{array}}{\begin{array}{c}Total\ de\ leitos - dia\ de\ UTI \\ Neonatal, no\ mesmo\ período\end{array}} \times 100$$

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 disseminâveis 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, 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: **Quantidade de leitos SUS**
- ✓ Arquivos: selecionar os meses compreendidos no período em análise
- ✓ Seleções disponíveis: **ES Nome Fantasia-MG –** Selecionar o hospital de interesse; elecionar **Tipo de UTI** (selecionar UTI neonatal Tipo II e Tipo III).

Observação – 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° 7

1. **INDICADOR:** taxa de mortalidade institucional.

2. **DESCRIÇÃO:** Relação percentual entre o número de óbitos que ocorrem depois de decorridas 24 (vinte e quatro) 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:**

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

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 de natimorto não deverão ser contabilizados como saídas.

4.2 Óbitos institucionais: corresponde ao número de óbitos 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° 8

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 1.399, 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 principais de cirurgias de câncer, correspondentes ao atendimento de 600 (seiscentos) casos de câncer e 5.300 (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 (doze). Importante ressaltar que atualmente o Ministério da Saúde não considera as cirurgias sequenciais dentro do parâmetro de 650 cirurgias/ano.

3. **MÉTODO DE CÁLCULO:**

$$\frac{Total\ de\ cirurgias\ oncológicas, no\ período}{Total\ de\ procedimentos\ de\ quimioterapia, no\ mesmo\ período} \times 100$$

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.

5. FONTE

5.1 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.

5.2 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.

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

7. POLARIDADE: Maior/melhor

8. 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° 9

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:** nº de partos cesarianos /nº 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 tubária.

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 N° 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/CCTA com dados fornecidos pela DRAUE

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

≤ 20% – 15 pontos

≤ 35% > 20% – 10 pontos

≤ 45% > 35% – 7 pontos

> 55% – 0 ponto

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

≤ 30% – 15 pontos

≤ 45% > 30% – 10 pontos

≤ 55% > 45% – 7 pontos

> 65% – 0 ponto