



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ANUAL⁽¹⁾

EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO nº 04/2022

HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO

PERÍODO _ ANO DE 2023⁽²⁾

NOME DO HOSPITAL

Hospital Regional Terezinha Gaio Basso (HRTGB). CNES nº 6683134. CNPJ nº 08.776.971/0003-00

ENDEREÇO

Rua São Cristóvão, nº 335. São Gotardo. São Miguel do Oeste/SC | Telefone: (49) 3631-1800.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Instituto Santé.

CONTRATO DE GESTÃO

SES/SPG CG nº 04/2022 _ SGPE SEA nº 10116/2021. A vigência deste contrato é de 16 meses e 16 dias, tendo por data inicial 15/08/2022 e final 31/12/2023.

Florianópolis, 02 de agosto de 2024.

(1) Este Relatório de Avaliação da CAF baseia-se no Relatório de Execução das Metas e Resultados da Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC), referente ao 1º Trimestre, 2º Trimestre, 3º Trimestre e 4º trimestre de 2023 do HRTGB, PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024, respectivamente.

(2) O Relatório do Ano de 2023 é o resultado da análise dos Relatórios de Avaliação de Execução, enviados mensalmente pela Organização Social, os quais podem ser localizados nos Processos Digitais SES 35099/2023 (janeiro); 55321/2023 (fevereiro); 77861/2023 (março); 101357/2023 (abril); 126342/2023 (maio); 150298/2023 (junho); 175975/2023 (julho); 201469/2023 (agosto); 226123/2023 (setembro); 250315/2023 (outubro); 276121/2023 (novembro); 13007/2024 (dezembro).

SUMÁRIO

	Página
1- CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL	3
2- HABILITAÇÕES	5
3- COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	5
3.1 Termos Aditivos ao CG 04/2022	5
3.2 Documentos de referência	5
3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas	6
3.4 Indicadores de Qualidade Contratados	11
4- METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - ANO DE 2023	15
4.1 Atendimento de Urgência e Emergência	16
4.2 Assistência Hospitalar	17
4.3 Atendimento Ambulatorial	19
4.4 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo	21
4.5 Resumo dos Resultados da Produção Assistencial	24
5- INDICADORES DE QUALIDADE - ANODE 2023	24
5.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário	25
5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	26
5.3 Indicadores de Infecção Hospitalar	26
5.4 Taxa de Mortalidade Operatória	27
6- REGRAS PARA PAGAMENTO	27
7- PARECER CONCLUSIVO	29

1 CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital Regional Terezinha Gaio Basso está localizado na cidade de São Miguel do Oeste em Santa Catarina. Trata-se de um Hospital Geral, pertencente ao estado de SC e administrado pelo Instituto Santé, com atendimento de média e alta complexidade, 100% SUS. Possui diversas especialidades médicas: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, gastroenterologia, urologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, radiologia, bucomaxilofacial, infectologia, oftalmologia, pediatria, otorrinolaringologia, ortopedia, pneumologia, clínica médica geral, ginecologia/obstetrícia, dermatologia e oncologia.

O Hospital conta com 10,1 mil metros quadrados de área construída, possui aproximadamente 100 leitos, incluindo Unidade de Terapia Intensiva e um amplo Centro Cirúrgico. A entidade oferece tratamento de média complexidade, sendo 100% SUS, e atende pessoas de pelo menos 30 municípios da Região do Extremo Oeste catarinense.

Em 2018, foi inaugurada a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, passando o Hospital a oferecer assistência especializada ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento através da Cirurgia Oncológica, exames laboratoriais e de imagem e Quimioterapia.

O Hospital Regional do Extremo Oeste, Terezinha Gaio Basso, é uma obra do governo do estado de Santa Catarina, administrado atualmente pela Organização Social Instituto Santé.

As informações a seguir foram retiradas do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes ao mês de dezembro de 2023 e visam demonstrar alguns serviços e características técnicas da unidade Hospitalar, dentro do período de análise do relatório da CAF.

<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/4217206683134?comp=202312>

CAPACIDADE	QUANTIDADE
1- Recursos Humanos	560
2- Total de leitos (incluindo UTI)	92
3- UTI Adulto tipo II	10
4- Leitos Cirúrgicos	35
5- Leitos Clínicos	34
6- Leitos de Obstetrícia (Cirúrgica-5; Clínica-2)	07
7- Sala de Atendimento a Paciente Crítico (Sala de Estabilização)	02
8- Centro Cirúrgico	03 salas
9- Sala de Imunização	01
10- Sala de Recuperação Pós Anestésica	07 leitos
11-Sala de Cirurgia Ambulatorial	03 salas
SERVIÇOS DE APOIO	CARACTERÍSTICA
1- Ambulâncias	Terceiro
2- Centro de Materiais e Esterilização - CME	Próprio

3- Lavanderia	Própria
4- Serviço de Manutenção de Equipamentos	Próprio e Terceiro
5- Serviço de Nutrição e Dietética	Próprio
6- Farmácia	Próprio

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	CARACTERÍSTICA
1- Serviço de Hemoterapia	Próprio
2- Anatomia Patológica	Terceiro
3- Hospital Dia	Próprio
4- Laboratório	Próprio
5- Medicina Nuclear	Terceiro
6- Serviço de Atenção pré natal, parto e nascimento	Próprio
7- Serviço de Atenção a Saúde Auditiva	Próprio
8- Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual	Próprio
9- Cirurgia Vascular (Fístula arteriovenosa sem enxerto)	Próprio
10-Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia	Próprio
11-Serviço de Urgência e Emergência: clínico geral, obstétrico, pediátrico, oftalmológico, cardiovascular, neurologia e ortopedia.	Próprio
12-Terapia Nutricional (enteral e parenteral)	Própria
13-Tratamento Dialítico (diálise e hemodiálise)	Próprio
14-Serviço de Oncologia (Clínica e Cirúrgico)	Próprio e Terceiro
15-Serviço de Cirurgia Reparadora (Queimados)	Próprio
16-Serviço de Traumatologia e Ortopedia	Próprio
17-Serviço de Atenção em Saúde Bucal (Cirurgia Bucomaxilofacial)	Próprio
18-Serviço de Atenção a DST/ HIV/ AIDS	Próprio
19-Transplante	Próprio

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO _SADT	CARACTERÍSTICA
1- Eletroencefalograma _EEC	Próprio
2- Eletrocardiograma _ECG	Próprio
3- Endoscopia (digestiva, respiratória, urinária)	Própria
4- Mamografia	Próprio
5- Radiologia	Próprio
6- Radiologia Intervencionista	Próprio
7- Ressonância Magnética	Terceiro
8- Tomografia Computadorizada	Própria
9- Ultrassonografia (Convencional e com Doppler)	Próprio

2 HABILITAÇÕES

HABILITAÇÕES VIGENTES				
Código	Descrição	Origem	Início	Final
2601	UTI II Adulto	Nacional	06/2012	99/9999
1706	UNACON	Nacional	08/2023	99/9999
2902	PROGRAMA NACIONAL DE REDUCAO DE FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS	Local	12/2023	99/9999

3 COMPOSIÇÃO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO

3.1 Termos Aditivos ao CG 04/2022 (até dezembro de 2023)

Nº do Termo Aditivo (TA)	Data de publicação nº DOE de SC	CLÁUSULA 1º QUE TRATA DO OBJETO DO CONTRATO
1º TA	DOE nº 21.884 25/10/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto o repasse de recurso financeiro à Executora, no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), em parcela única, oriundo de Emenda Parlamentar Federal, Proposta nº 36000435402202200, Portaria GM/MS nº 729/2022, que deverá ser utilizado conforme plano de aplicação juntado às folhas 25-27 do Processo SES 156808/2022.
2º TA	DOE nº 21.897 16/11/2022	O presente Termo Aditivo tem por objeto custear a elaboração de Projeto Arquitetônico e complementares de Reforma e Ampliação do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, conforme especificações técnicas juntadas às folhas 338-343 do Processo SES 35430/2019. Para a elaboração do Projeto Arquitetônico e complementares objeto deste termo aditivo foi estimado o custo total em R\$ 796.680,00 (setecentos e noventa e seis mil, seiscentos e oitenta e reais), que será repassado à Organização Social Instituto Santé na forma de parcelas de acordo com o cronograma de execução juntado às folhas 379-380 do Processo 35430/2019.

3.2 Documentos de referência

Este relatório apresenta os resultados obtidos com a execução do Contrato de Gestão nº 04/2022, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Organização Social Instituto Santé, com a interveniência da Secretaria de Estado da Administração, para o gerenciamento dos serviços de saúde do Hospital Regional de São Miguel do Oeste – Terezinha Gaio Basso, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com a Lei Estadual nº 12.929, de 04 de fevereiro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 4.272, de 28 de abril de 2006 e suas atualizações.

A análise dos resultados de cada indicador abrange o Ano de 2023 e foi efetuada a partir dos

critérios estabelecidos no Contrato de Gestão nº 04/2022 – SGPE SEA nº 10116/2021, Anexos Técnicos I – Descrição de Serviços (Plano de Trabalho), II – Metas de Produção e Indicadores de Qualidade e III – Sistema de Pagamento, Cronograma de Desembolso Financeiro, Regras e Critérios para Aferição das Metas e Indicadores de Qualidade. A vigência deste contrato é de 16 meses e 16 dias, tendo por data inicial 15/08/2022 e final 31/12/2023.

Todas as prerrogativas contratuais presentes no corpo deste relatório, estão balizadas no Contrato de Gestão, devidamente publicado e passível de conferência no endereço eletrônico: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/organizacoes-sociais/contratos-de-gestao/contratos-de-gestao-finalizados/contrato-de-gestao-04-2022-instituto-sante-hrtgb>

3.3 Estrutura e Volume das Atividades Assistenciais Contratadas

“A Executora atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas, conforme sua tipologia: atendimento de urgência e emergência, assistência hospitalar, atendimento ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico” (pág. 30 do CG 04/22, item1).

Para a avaliação das Metas de Produção Assistencial do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, determinantes do pagamento da parte fixa do contrato, tem-se como referência os serviços de (pág. 39 do CG 04/2022, item 1.3):

- Atendimento de Urgência e Emergência;
- Assistência Hospitalar;
- Atendimento Ambulatorial;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

Estes serviços compõem às Metas de Produção e estão relacionados à quantidade de assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada, medindo aspectos relacionados à efetividade da gestão e desempenho. Estas metas estão relacionadas ao pagamento da parte fixa do Contrato de Gestão, o que corresponde a 90% do custeio mensal.

Para a Meta de Produção “**Atendimento de Urgência e Emergência**” no âmbito Hospitalar são considerados os atendimentos de urgência e emergência, 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tal os atendimentos não programados que ocorram de forma referenciada e espontânea, em clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia/traumatologia e gineco-obstetrícia, com funcionamento do centro cirúrgico e anestesiologia presencial, apoio diagnóstico e terapêutico e nas demais especialidades médicas relacionadas ao atendimento em urgência e emergência, em regime de sobreaviso (pág. 32 do CG 04/2022, item 14).

O Hospital deverá realizar a meta de produção mensal de **2.800 (dois mil e oitocentos) atendimentos/mês**, observando a variação $\pm 15\%$. Para fins de aferição de meta serão considerados como atendimentos de Urgência e Emergência os códigos relacionados abaixo (págs. 39 e 40 do CG 04/2022, item 2):

- 03.01.06.002-9 Atendimento de urgência com observação até 24 horas em Atenção Especializada;
- 03.01.06.006-1 Atendimento de urgência em Atenção Especializada, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de entrada do paciente no Hospital.

SERVIÇO	META/MÊS
Atendimento de Urgência e Emergência	2.800
TOTAL	2.800

“A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais (OPM) contemplados na tabela unificada do SUS – SIGTAP” (pág. 32-33 do CG 004/2022, item 17).

Como Meta de Produção para a **Assistência Hospitalar**, o hospital deverá realizar **600 (seiscentas) saídas hospitalares/mês**, com variação de $\pm 15\%$. A totalidade dos leitos deve ser distribuídas nas seguintes especialidades:

INTERNAÇÃO	META/MÊS
Clínica Cirúrgica	210
Clínica Médica	210
Clínica Oncológica	70
Clínica Obstétrica	60
Clínica Pediátrica	50
TOTAL	600

Para fins de aferição de meta serão considerados as “saídas hospitalares” ocorridas entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de saída do paciente do Hospital (dia da alta, da transferência externa ou do óbito). Este indicador de aferição será acompanhado através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (págs. 40 e 41 do CG 04/2022).

O **Atendimento Ambulatorial** compreende: primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso; interconsulta; consultas subsequentes ou retornos. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar das 7 h às 17 h, no mínimo, de segunda a sexta-feira (pág. 35 do CG 04/2022, item 20-21).

Serão consideradas as consultas médicas e as consultas por profissionais de nível superior não médico, nas áreas de: Bucomaxilofacial, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, Fonoaudiologia e Nutrição, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como Consultas Subsequentes, desde que devidamente registrados em prontuário. Atendimentos realizados pela Enfermagem e Serviço Social não serão considerados no total de Atendimentos Ambulatoriais, para fins de aferição de Metas de Produção (pág. 36 do CG nº04/2022, item 22).

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de **4.111 (quatro mil, cento e onze)** atendimentos/mês nas especialidades médicas e não médicas, observando a variação de $\pm$ 15% (pág. 42 CG nº04/2022, item 4.1).

Para fins de aferição de meta serão considerados como Atendimentos Ambulatoriais nas especialidades médicas os atendimentos referentes aos códigos:

- 03.01.01.007-2 Consulta Médica em Atenção Especializada, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de entrada do paciente no Hospital.
- 03.01.01.004-8 Atendimento em Bucomaxilofacial (CBO 2232-68).

Os atendimentos ambulatoriais nas especialidades não médicas, ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia de entrada do paciente no Hospital, estão relacionados abaixo (pág. 42 do CG 04/2022, item 4.3):

- Nutrição (CBO 2237-10) e Psicologia (CBO 25.15-10/2515-20) será utilizado o código 03.01.01.004-8 Consulta de profissionais de nível superior na Atenção Especializada (exceto médico).
- Fisioterapia será utilizado os procedimentos do Grupo/Subgrupo 03.02 – Procedimentos clínicos em fisioterapia.
- Fonoaudiologia será utilizado o código 02.11.07.014-9 Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva – Teste da Orelhinha.

Obs.: Apesar do Atendimento de Fisioterapia Ambulatorial ter sido citado no contrato, ele não consta nas metas ambulatoriais pactuadas.

Para os procedimentos de Quimioterapia/infusões serão considerados os atendimentos do Grupo/Subgrupo 03.04 – Procedimentos Clínicos/Tratamento em Oncologia, que não requeiram

hospitalização. Ficam excluídos desta meta os procedimentos em Quimioterapia que requeiram liberação de AIH.

O volume dos Atendimentos Ambulatoriais para as especialidades médicas e não médicas, conforme o CG nº 04/2022, ficam assim distribuídos:

ATENDIMENTO AMBULATORIAL	META/MÊS
Anestesiologia	60
Cirurgia Geral	170
Cirurgia Vascular	130
Ginecologia/Obstetrícia	80
Mastologia	10
Neurocirurgia	30
Otorrinolaringologia	200
Otorrinolaringologia Pediátrica	46
Proctologia	10
Urologia	100
Bucomaxilofacial	15
Cardiologia	200
Clínica Médica Geral	20
Gastroenterologia	50
Hepatologia	20
Infectologia	30
Neurologia	40
Pediatria	40
Pneumologia	50
Oftalmologia	650
Proced. Cirúrgicos Oftalmológicos	30
Ortopedia/Traumatologia	650
Oncologia	750
Procedimentos Quimioterapia	300
Fonoaudiologia	180
Nutrição Clínica	20
Psicologia	230
TOTAL	4.111

A Contratada deverá manter os **Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo (SADT Externo)** por meio da disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e

terapêutico aos usuários atendidos no ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado e do Município para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da capacidade operacional do SADT (pág. 37 do CG 04/2022, item 27).

O Hospital deverá realizar a meta de produção mensal de **2.910 (dois mil, novecentos e dez) exames/mês**, observando a variação $\pm 15\%$ (pág. 44 do CG 04/2022, item 5.1).

Para fins de aferição de meta serão considerados como exames externos os atendimentos realizados em caráter eletivo ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia em que o paciente realizou o exame no Hospital. O indicador de aferição será o quantitativo de exames realizados por meio dos Boletins Ambulatoriais conforme processamento e faturamento pelo Ministério da Saúde.

“O SADT Externo deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7 h às 17 h, no mínimo, disponibilizando exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos no Ambulatório, egressos do próprio Hospital ou provenientes da Atenção Básica, encaminhados pelas Centrais de Regulação do Estado e dos municípios da região Extremo Oeste do Estado para os serviços previamente definidos após pactuação com o Hospital, no limite da sua capacidade operacional, nas seguintes modalidades de exames” (pág. 45 do CG 04/2022, item 5.3):

MODALIDADE	META/mês
Colonoscopia	100
Endoscopia	250
Exames anatomia patológica	400
Mamografia	250
Retinografia colorida binocular	10
Radiologia	900
Tomografia	400
Ultrassonografia	600
TOTAL	2.910

Visando o acompanhamento e a avaliação do Contrato de Gestão, bem como o cumprimento das atividades assistenciais estabelecidas no Anexo Técnico I _ Plano de Trabalho, a cada 06 (seis) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise das Metas de Produção Assistencial, que deverão ser encaminhadas até o 20º dia útil do mês subsequente (pág. 39 do CG 04/2022, item 1.2).

“O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela Executora serão efetuados através dos dados registrados no SIH – Sistema de Informações Hospitalares, no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério da Saúde, bem como através dos formulários

e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelo Órgão Supervisor” (pág.30 do CG 04/22, item 6).

3.4 Indicadores de Qualidade Contratados

Os Indicadores de Qualidade (IQ) são informados mensalmente pelo Hospital e estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade, que deverão ser encaminhados ao Órgão Supervisor até o 20º dia útil do mês subsequente. Estes indicadores poderão ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas, visto que a complexidade dos indicadores é crescente e gradual e em proporção direta ao tempo de funcionamento da unidade (pág. 46 do CG 04/2022).

Os Indicadores de Qualidade estão relacionados ao pagamento da parte variável do Contrato de Gestão, o que corresponde a 8% ou 10% do custeio mensal, podendo variar caso a unidade utilize parte deste percentual para investimento conforme estabelecido no contrato.

A seguir estão descritos os Indicadores de Qualidade:

- Pesquisa de Satisfação do Usuário;
- Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Indicadores de Infecção Hospitalar;
- Indicadores de Mortalidade Operatória.

3.4.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário

“A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) sobre o atendimento do Hospital tem por finalidade avaliar a qualidade de satisfação do serviço prestado, pelos pacientes ou acompanhantes, por meio da aplicação de um questionário. Este Indicador será avaliado por meio do *Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados*, bem como por meio do *Nível de Satisfação dos Entrevistados*” (pág. 46 do CG 04/2022, item 6.4).

Será aplicado por equipe capacitada, um questionário padrão em meio físico (registro em papel) para pacientes ou acompanhantes, sendo obrigatoriamente anônimo, apenas com identificação numérica, dividida em quatro grupos de usuários a serem pesquisados, conforme Quadro abaixo.

Unidades para Aplicação da Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)	Nº de PSU/mês
Pacientes ou acompanhantes em atendimento no serviço de urgência e emergência	10%
Pacientes ou acompanhantes de pacientes internados	10%

Pacientes ou acompanhantes de pacientes em atendimento ambulatorial ou SADT Externo	10%
Pacientes ou acompanhantes de pacientes após alta hospitalar	10%

Fonte: pág. 47, CG nº 04/2022.

3.4.1.1 Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados:

Este Indicador tem por finalidade avaliar a relação entre o número total de atendimentos ambulatoriais e hospitalares e o número de pacientes/acompanhantes entrevistados.

Meta: Realizar pesquisa com, pelo menos, 10% de pacientes ou acompanhantes de cada grupo, conforme o público-alvo definido para este Indicador:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pesquisas Realizadas no Grupo}}{N^{\circ} \text{ Total de pacientes ou acompanhantes do Grupo}} \times 100$$

A avaliação deste indicador está detalhada no item 6 deste Relatório “Regras para Pagamento” e está distribuída conforme o Quadro abaixo:

IQ I – PSU = Pesquisa de Satisfação do Usuário	
a) Número de Entrevistados	
Realização de pesquisas com 10% de pacientes / acompanhantes de cada grupo	
Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes / acompanhantes em um dos grupos	
Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes / acompanhantes em dois ou mais grupos	

Fonte: pág. 57, CG nº 04/2022.

3.4.1.2 Nível de Satisfação dos Entrevistados:

Este Indicador tem por finalidade avaliar o grau de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados.

Meta: Alcançar, pelo menos, 90% de satisfação dos pacientes/acompanhantes entrevistados no total dos grupos.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Manifestação “Muito Satisfeito”} + \text{“Satisfeito”}}{N^{\circ} \text{ total de manifestações}} \times 100$$

A avaliação deste indicador está detalhada no item 6 deste Relatório “Regras para Pagamento” e está distribuída conforme o quadro abaixo:

IQ I – PSU = Pesquisa de Satisfação do Usuário
b) Nível de Satisfação
Entre 100% a 90% das PSU são satisfatórias
Entre 89,99% e 80% das PSU são satisfatórias
Entre 79,99% e 70% das PSU são satisfatórias
Abaixo de 70% das PSU são satisfatórias

Fonte: pág. 57, CG nº 04/2022

3.4.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Tem por finalidade avaliar a proporcionalidade da AIH em relação à atividade Hospitalar, ou seja, o nº de internações ou de saídas hospitalares por mês. A **meta é atingir 100%** de apresentação, ou seja, todas as AIH's deverão ser autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, de acordo com o número de saídas hospitalares em cada mês de competência. A avaliação deste indicador está distribuída conforme o Quadro abaixo:

IQ II - AIH – Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar
Entre 100% e 95% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar
Entre 94,99% e 90% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar
Abaixo de 89,99% de Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar / Saída Hospitalar

Fonte: págs. 57 e 58, CG nº 04/2022

3.4.3 Indicadores de Infecção Hospitalar

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de infecção hospitalar apresentamos os indicadores a serem monitorados que incluem: densidade de infecção hospitalar em UTI Adulto, densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI Adulto e a taxa de utilização de cateter venoso central na UTI Adulto.

Meta: o Hospital deverá enviar um relatório mensal, elaborado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar que contenha o valor das taxas no mês, a análise dos resultados encontrados no período em relação à mediana e/ou diagrama de controle e as medidas implementadas, quando se fizerem necessárias (pág. 48 do CG nº 04/2022, item 6.6).

A seguir as definições dos indicadores de Infecção Hospitalar:

- *Densidade de infecção hospitalar em UTI Adulto: número de episódios de infecção hospitalar na UTI no mês dividido pelo número de pacientes dia da UTI no mês, multiplicado por 1000.*
- *Densidade de incidência de infecção hospitalar em corrente sanguínea associada a cateter venoso central em UTI Adulto: número de infecções hospitalares na corrente*

sanguínea no mês dividido pelo número de pacientes dia com cateter venoso central no mês, multiplicado por 1000.

- *Taxa de utilização de cateter venoso central na UTI Adulto: número de pacientes com cateter central dia no mês dividido por número de pacientes dia no mesmo período, multiplicado por 100.*

“Os critérios adotados são os estabelecidos pelo NNISS (National Nosocomial Infection Surveillance System) que é a metodologia utilizada pelo CDC (Center for Disease Control) _ EUA” (pág. 49 do CG nº 04/2022).

3.4.4 Mortalidade Operatória

O Indicador de Mortalidade Operatória (IMO) tem a finalidade de avaliar a qualidade da assistência por meio do desempenho assistencial na área de cirurgia, mensurado pela Taxa de Mortalidade Operatória, aferida trimestralmente. Os dados, conforme o CG nº 04/2022, deverão ser encaminhados através de relatórios mensais até o 20º dia do mês subsequente, contendo o Índice de Mortalidade Operatória, com a análise feita pela Comissão de Revisão de Óbitos.

A meta deste indicador deve estar dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA, 2012). A meta é alcançar, no mínimo, a manutenção da Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por ASA (Classes de 1 a 5) em pelo menos 3 Classificações (pág. 58, CG nº 04/2022).

3.4.4.1 Conceitos acerca do Indicador de Mortalidade Operatória

A Taxa de Mortalidade Operatória é a relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período (pág.50 do CG nº 04/2022).

$$\frac{\text{Nº de óbitos durante ou até 7 dias após cirurgia}}{\text{Nº pacientes submetidos a cirurgia}} \times 100$$

3.4.4.2 Classificação do Estado Físico da ASA (American Society of Anesthesiologists):

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

IQ IV	IMO – Indicadores de Mortalidade Operatória
A	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela Agência Nacional de Saúde (Novembro/2012). ASA I = 0 a 0,1% ASA II = 0,3 a 5,4% ASA III = 1,8 a 17,8% ASA IV = 7,8 a 65,4% ASA V = 9,4 a 100%
B	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela Agência Nacional de Saúde (Novembro/2012).

Fonte: pág. 50, CG nº 04/2022

A condição pré operatória do paciente é uma variável que influencia diretamente a mortalidade cirúrgica. A seguir a estratificação ASA conforme o estado clínico do paciente.

Pacientes Cirúrgicos segundo Classificação ASA	
ASA-1	Paciente saudável
ASA-2	Paciente com doença sistêmica leve
ASA-3	Paciente com doença sistêmica grave
ASA-4	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida
ASA-5	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia

Fonte: pág. 50, CG nº 04/2022

4 METAS DE PRODUÇÃO ASSISTENCIAL - ANO DE 2023

A cada 06 (seis) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos volumes das atividades assistenciais realizadas pela Executora, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no contrato. Estas metas poderão ser reavaliadas e alteradas, semestralmente, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão.

As informações com a produção do HRTGB foram encaminhadas mensalmente pela Organização Social e foram aferidas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC) dentro dos períodos previstos no contrato. Os Relatórios com os dados poderão ser localizados no Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos - SGPE, através dos Processos Digitais SES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024, referentes ao 1º Trimestre, 2º Trimestre, 3º Trimestre e 4º Trimestre de 2023, respectivamente.

A seguir estão os serviços que compõem as "Metas de Produção Assistencial" com os gráficos que demonstram a série histórica da produção do Hospital Regional de Terezinha Gaio Basso em comparação com as metas de produção contratadas, referentes ao Ano de 2023.

4.1 Atendimento de Urgência e Emergência

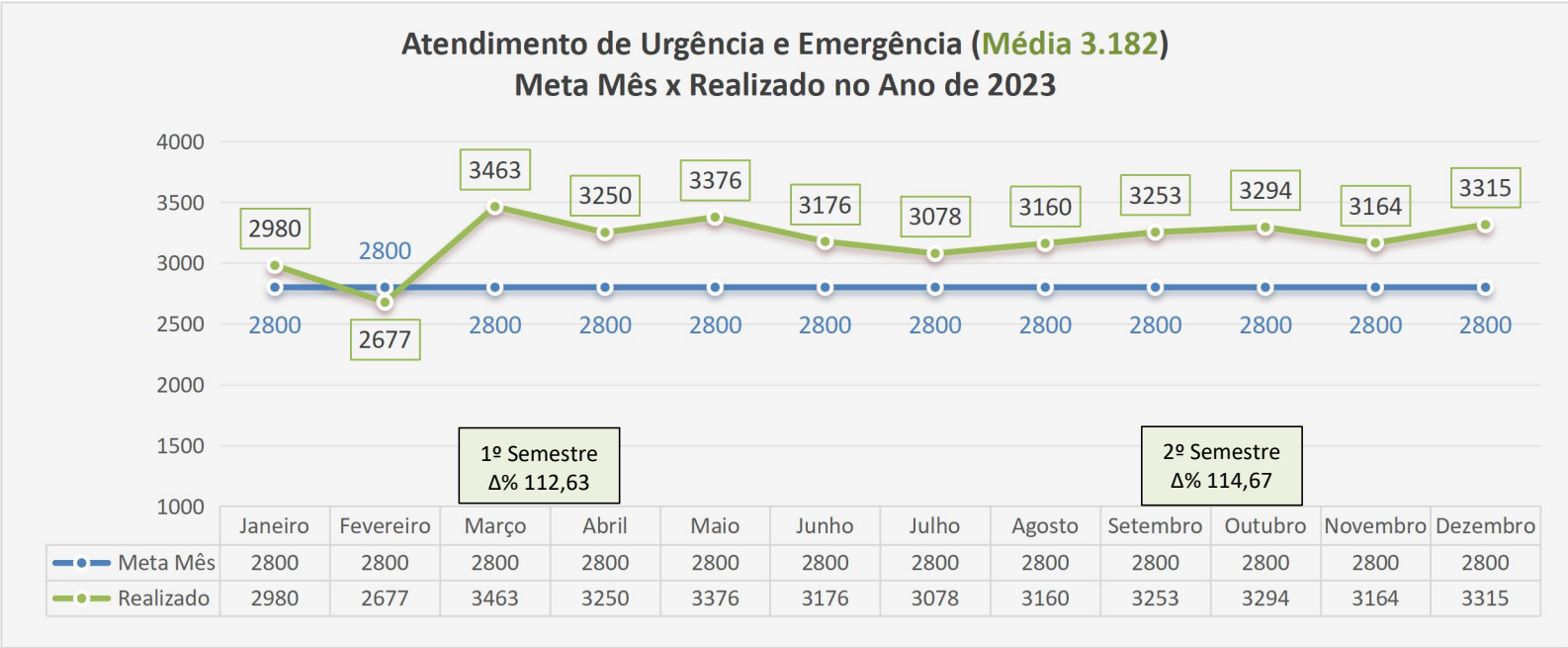
O Hospital deverá realizar a meta de produção mensal de 2.800 (dois mil e oitocentos) atendimentos/mês, observando a variação ± 15%. No Quadro 01, o resultado dos Atendimentos de Urgência e Emergência no Ano de 2023.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – ANO DE 2023															
Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
2.800	16.800	2.980	2.677	3.463	3.250	3.376	3.176	18.922	3.078	3.160	3.253	3.294	3.164	3.315	19.264
Δ%		1º SEMESTRE = 112,63%							2º SEMESTRE = 114,67%						

Quadro 01 – Atendimento de Urgência e Emergência no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 184481/2023 e 37197/2024.

A seguir, no Gráfico 01, a representação gráfica comparando a meta mês e o realizado pelo Hospital no Ano de 2023.

Gráfico 01



4.1.1 Análise do Atendimento de Urgência e Emergência:

Em relação ao Atendimento de Urgência e Emergência no 1º semestre de 2023 o hospital cumpriu 112,63% da meta e no 2º semestre alcançou 114,67% da meta proposta, desta forma a unidade realizou acima de 100% do volume contratado e recebeu 100% do peso percentual para as atividades em cada período, atingindo uma média anual de aproximadamente 3.182 atendimentos.

A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial consta no Relatório de Avaliação do 2º trimestre e no Relatório do 4º trimestre do ano de exercício. Este Relatório do Ano de 2023 traz um compilado dos dados já apresentados nos relatórios trimestrais, e não constará novamente as aferições financeiras.

4.2 Assistência Hospitalar

O Hospital deverá realizar a Meta de Produção mensal de 600 (seiscentas) saídas hospitalares/mês, observando a variação $\pm 15\%$. Este quantitativo será acompanhado através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida pelo próprio Hospital, processada e faturada pelo Ministério da Saúde (págs. 40 e 41 do CG nº 04/2022).

No Quadro 02, abaixo, o resultado das Internações Hospitalares no Ano de 2023.

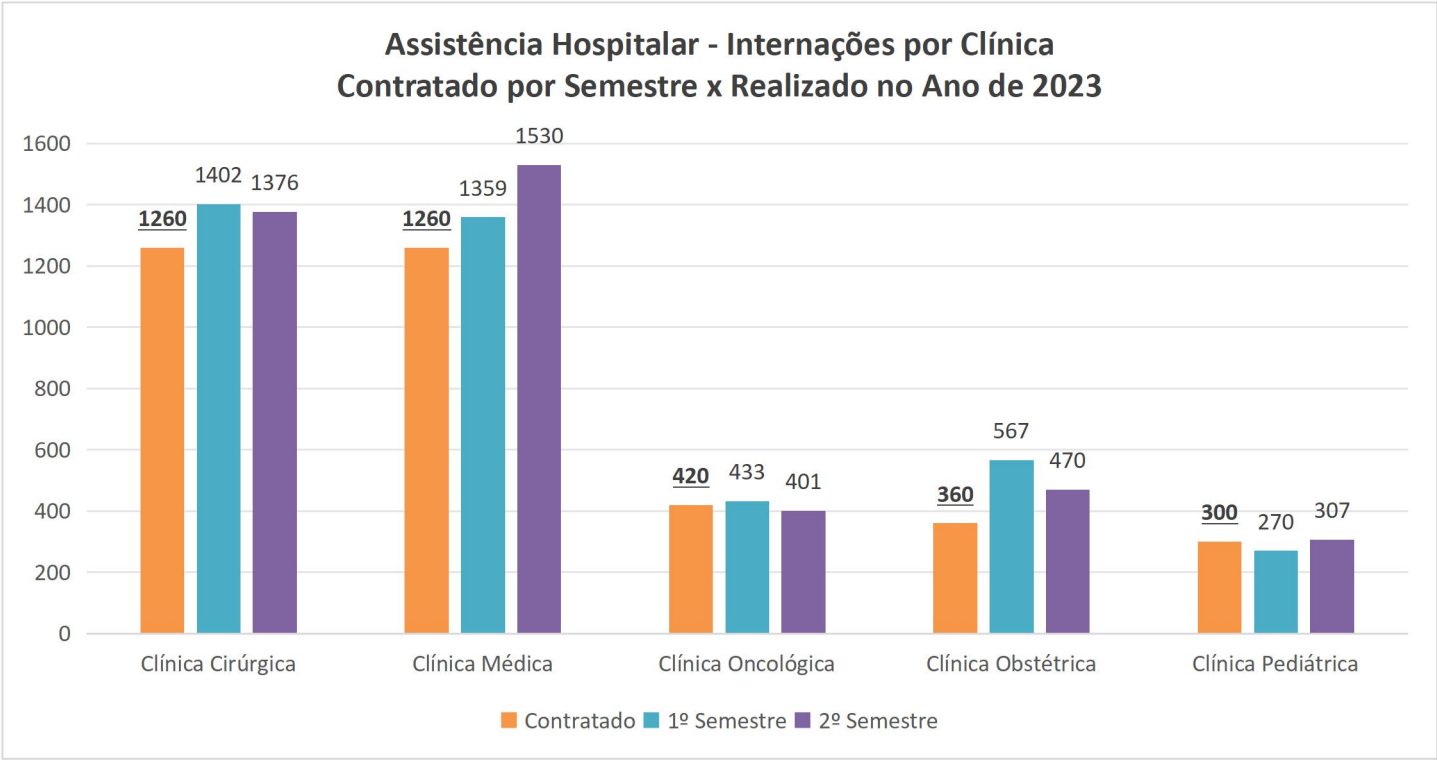
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – ANO DE 2023																
CLÍNICAS	Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Clínica Cirúrgica	210	1.260	225	234	296	204	213	230	1.402	214	168	252	233	257	252	1.376
Clínica Médica	210	1.260	194	173	235	206	290	261	1.359	297	313	264	201	229	226	1.530
Clínica Oncológica	70	420	60	56	66	71	99	81	433	63	85	74	71	47	61	401
Clínica Obstétrica	60	360	101	74	120	85	98	89	567	61	68	75	88	94	84	470

Clínica Pediátrica	50	300	33	21	46	46	65	59	270	47	60	52	59	38	51	307
TOTAL	600	3.600	613	558	763	612	765	720	4.031	682	694	717	652	665	674	4.084
Δ%			1º SEMESTRE = 111,97%							2º SEMESTRE = 113,44%						

Quadro 02 – Internações Hospitalares no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 184481/2023 e 37197/2024.

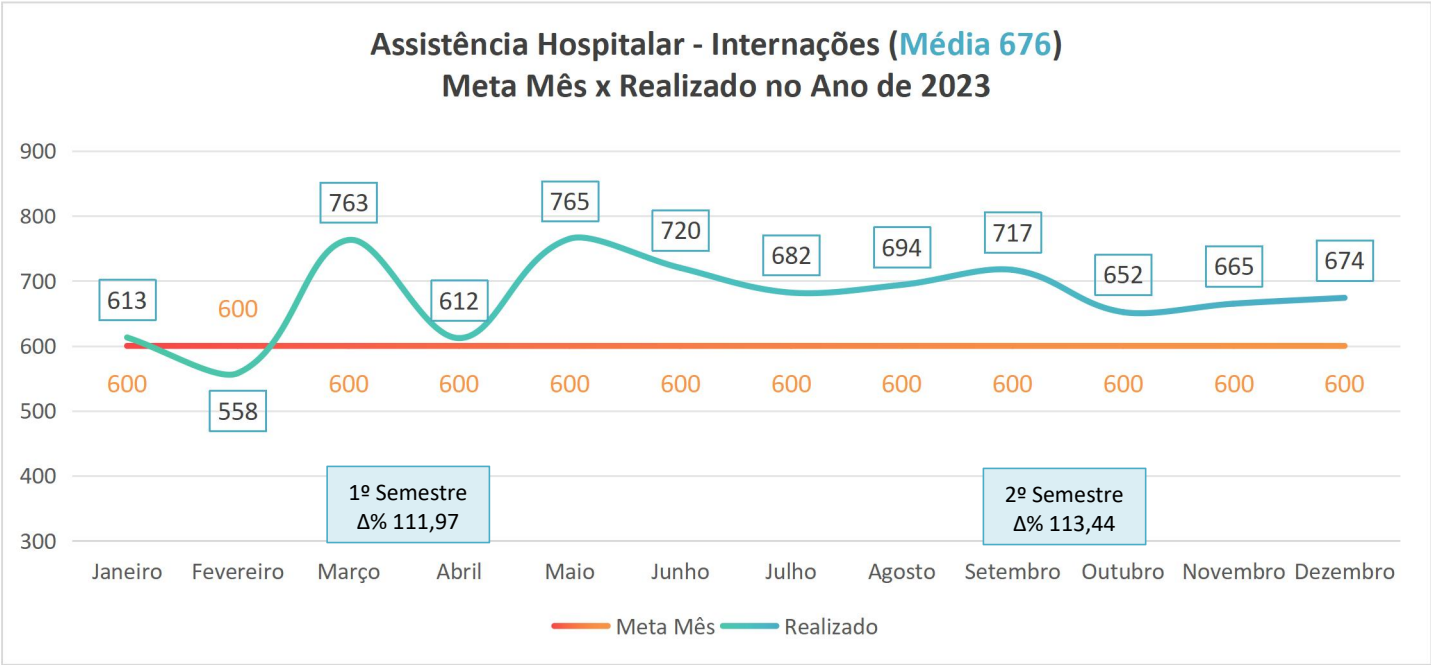
A seguir, no Gráfico 02, a representação gráfica das Internações Hospitalares da unidade gerenciada no Ano de 2023, comparando o total contratado e o total realizado por tipo de clínica em cada semestre.

Gráfico 02



No Gráfico 03, segue a representação gráfica com a série histórica da “Assistência Hospitalar - Internações”, comparando a meta mensal global com o total realizado por mês no Ano de 2023.

Gráfico 03



4.2.1 Análise da Assistência Hospitalar:

Em relação à Assistência Hospitalar, no 1º semestre de 2023 a unidade cumpriu 111,97% da meta e no 2º semestre alcançou 113,44% da meta proposta, desta forma o hospital realizou acima de 100% do volume contratado e recebeu 100% do peso percentual para as atividades em cada semestre, atingindo uma média anual de aproximadamente 676 internações.

A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial consta no Relatório de Avaliação do 2º trimestre e no Relatório do 4º trimestre do ano de exercício. Este Relatório do Ano de 2023 traz um compilado dos dados já apresentados nos relatórios trimestrais, e não constará novamente as aferições financeiras.

4.3 Atendimento Ambulatorial

O Hospital deverá realizar a meta de produção mensal de 4.111 (quatro mil, cento e onze) atendimentos/mês nas especialidades médicas e não médicas, observando a variação $\pm 15\%$.

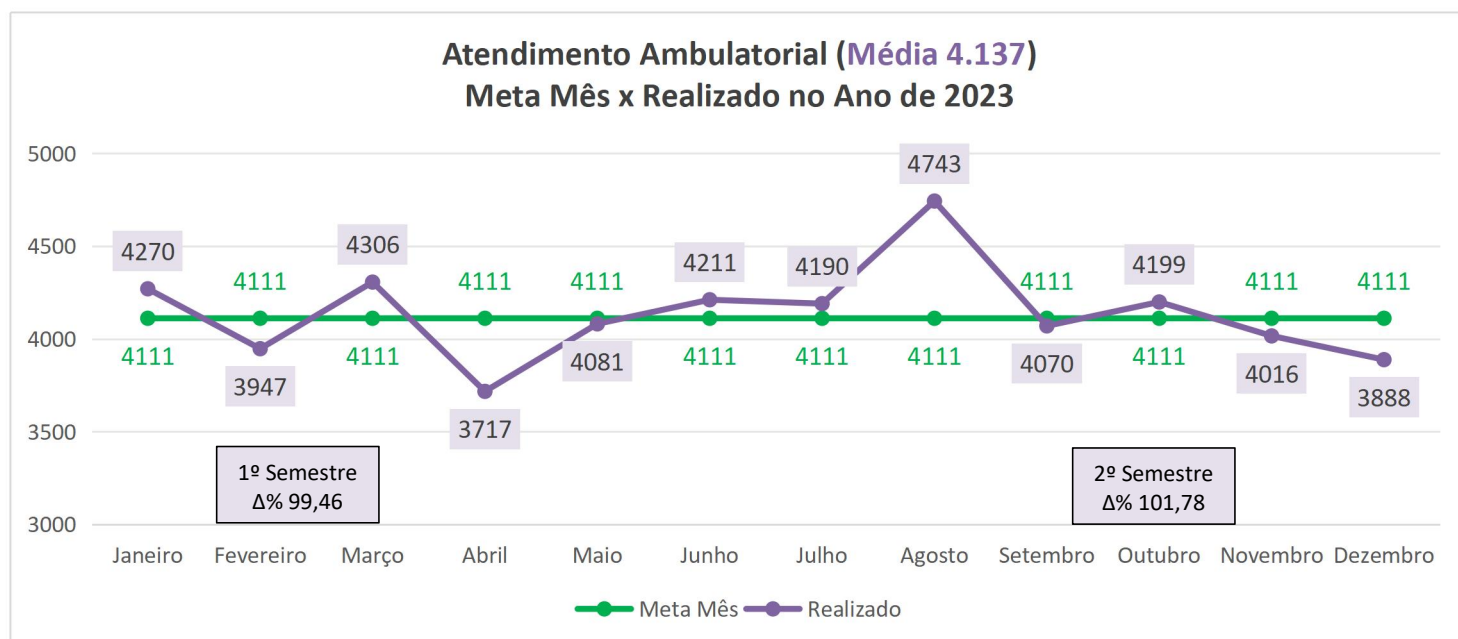
No Quadro 03 o resultado dos Atendimentos Ambulatoriais no Ano de 2023.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL – ANO DE 2023													
ESPECIALIDADES	META MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Anestesiologia	60	51	35	53	51	52	76	115	47	39	41	72	66
Cirurgia Geral	170	244	207	237	195	205	242	205	218	218	265	194	201
Cirurgia Vascular	130	134	98	194	99	135	140	131	102	129	177	121	117
Ginecologia/Obstetrícia	80	117	60	82	65	60	56	72	62	65	53	34	37
Mastologia	10	25	9	17	18	16	17	21	20	20	25	18	21
Neurocirurgia	30	29	21	19	21	16	17	22	23	24	17	15	20
Otorrinolaringologia	200	163	156	124	122	174	115	103	150	123	122	98	65
Otorrino Pediátrica	46	54	33	46	40	69	57	56	61	48	41	47	30
Proctologia	10	15	13	15	10	16	15	16	16	11	11	13	13
Urologia	100	62	73	68	65	62	68	78	61	77	76	60	33
Bucomaxilofacial	15	15	10	5	6	9	13	9	17	16	13	11	11
Cardiologia	200	200	286	300	214	206	240	154	307	149	146	184	215
Clínica Médica Geral	20	20	10	14	8	4	2	6	7	3	8	6	2
Gastroenterologia	50	50	33	28	37	40	29	44	47	32	51	35	19
Hepatologia	20	20	16	14	16	15	13	20	16	14	16	15	13
Infectologia	30	30	64	85	76	74	79	71	80	58	71	68	49
Neurologia	40	46	58	58	61	78	48	59	39	46	44	37	49
Pediatria	40	44	52	66	50	76	83	87	97	76	101	81	127
Pneumologia	50	43	34	40	44	57	39	82	98	93	77	81	90
Oftalmologia	650	592	483	453	466	343	552	346	401	601	442	460	435
Proced. Cirúrgicos Oftalmológicos	30	38	39	44	33	30	25	39	25	26	14	22	0
Ortopedia/ Traumatologia	650	523	507	614	622	615	552	618	747	549	649	589	623
Oncologia	750	844	821	992	788	907	843	917	1.162	869	1.001	929	921
Quimioterapia	300	406	397	402	385	400	402	425	464	416	418	468	428
Fonoaudiologia	180	283	223	151	0	172	251	251	230	166	118	154	274
Nutrição Clínica	20	14	6	17	13	19	25	18	16	10	6	21	14
Psicologia	230	129	204	168	212	231	212	235	222	169	190	180	107
TOTAL	4.111	4.270	3.947	4.306	3.717	4.081	4.211	4.190	4.743	4.070	4.199	4.016	3.888
Δ%		1º SEMESTRE = 99,46%						2º SEMESTRE = 101,78%					

Quadro 03 – Atendimentos Ambulatoriais no Ano de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC - PSES 184481/2023 e 37197/2024.

A seguir, no Gráfico 04, a representação dos Atendimentos Ambulatoriais da unidade gerenciada, considerando a meta global contratada e o total mensal realizado no Ano de 2023.



4.3.1 Análise do Atendimento Ambulatorial:

Para os Atendimentos Ambulatoriais, considerando todas as especialidades, foram contratados 4.111 consultas mensais e o hospital alcançou uma média anual de aproximadamente 4.137 consultas. No 1º semestre de 2023 a unidade cumpriu 99,46% da meta, realizando entre 85% e 100% do volume contratado, para o 2º semestre de 2023 o hospital atingiu 101,78% da meta proposta, realizando acima de 100% do volume contratado e recebendo 100% do peso percentual para as atividades em cada semestre.

A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial consta no Relatório de Avaliação do 2º trimestre e no Relatório do 4º trimestre do ano de exercício. Este Relatório do Ano de 2023 traz um compilado dos dados já apresentados nos relatórios trimestrais, e não constará novamente as aferições financeiras.

4.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo

O Hospital deverá realizar a meta de produção mensal de 2.910 (dois mil, novecentos e dez) exames/mês, observando a variação $\pm 15\%$.

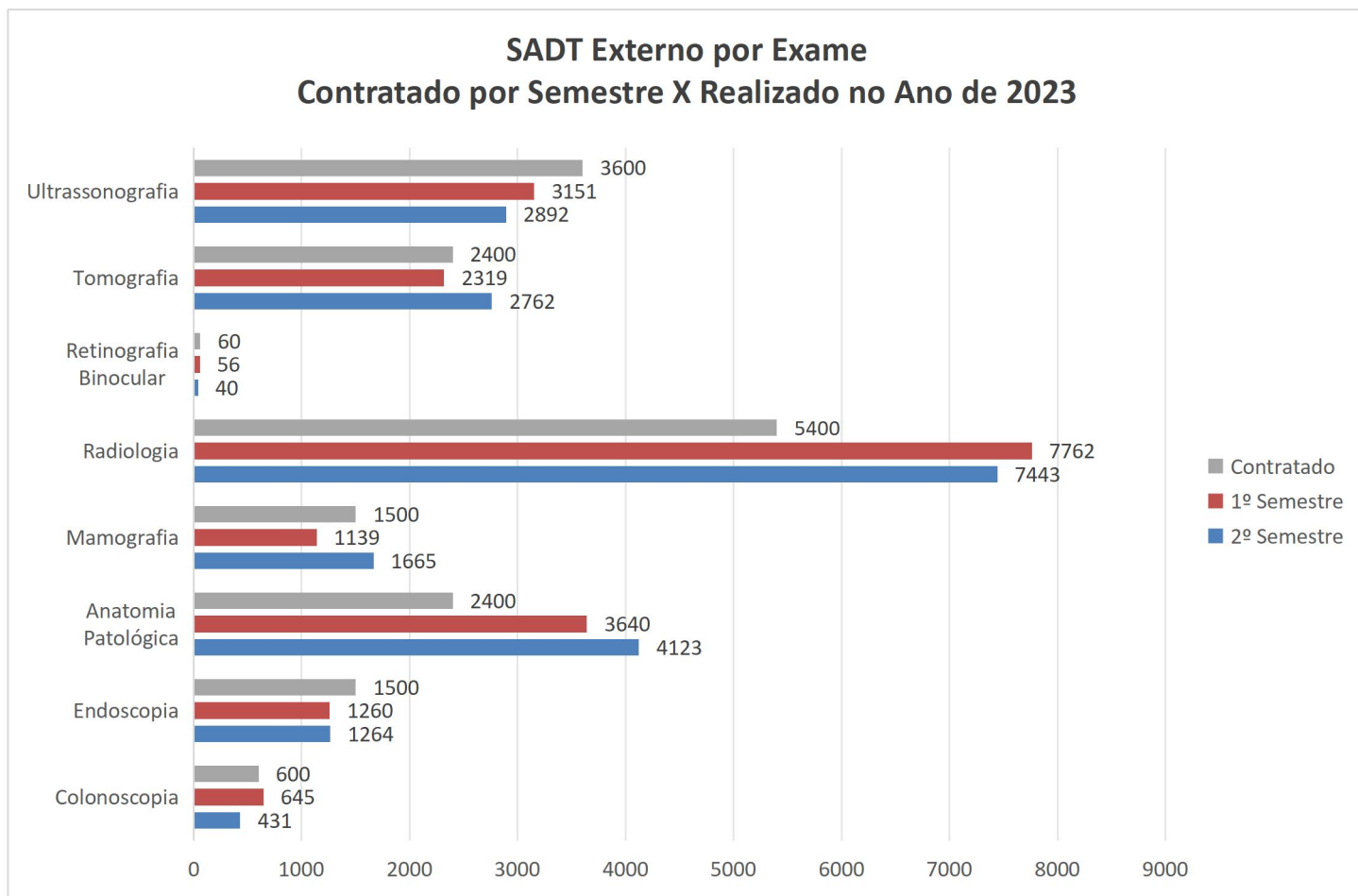
Para fins de aferição de meta serão considerados como exames externos os atendimentos realizados em caráter eletivo ocorridos entre o dia 1º a 30/31 de cada competência, tendo como parâmetro o dia em que o paciente realizou o exame no Hospital.

No Quadro 04, abaixo, segue o resultado dos exames de SADT Externo no Ano de 2023.

SADT EXTERNO – ANO DE 2023																
EXAMES	Meta Mês	Contratado Semestre	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	Realizado	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Realizado
Colonoscopia	100	600	126	111	129	95	108	76	645	99	116	68	69	61	18	431
Endoscopia	250	1.500	241	177	255	202	172	213	1.260	218	224	186	204	188	244	1.264
Anatomia Patológica	400	2.400	516	511	647	636	684	646	3.640	644	825	654	745	587	668	4.123
Mamografia	250	1.500	209	226	211	209	130	154	1.139	276	252	187	427	282	241	1.665
Radiologia	900	5.400	1.241	1.307	1.397	1.151	1.298	1.368	7.762	1.412	1.388	1.140	1.079	1.229	1.195	7.443
Retinografia Binocular	10	60	11	12	12	11	5	5	56	14	4	11	3	8	0	40
Tomografia	400	2.400	416	380	264	415	444	400	2.319	413	551	396	414	497	491	2.762
Ultrassonografia	600	3.600	581	489	663	413	510	495	3.151	499	565	425	459	429	515	2.892
TOTAL	2.910	17.460	3.341	3.213	3.578	3.132	3.351	3.357	19.972	3.575	3.925	3.067	3.400	3.281	3.372	20.620
Δ%			1º SEMESTRE = 114,39%							2º SEMESTRE = 118,10%						

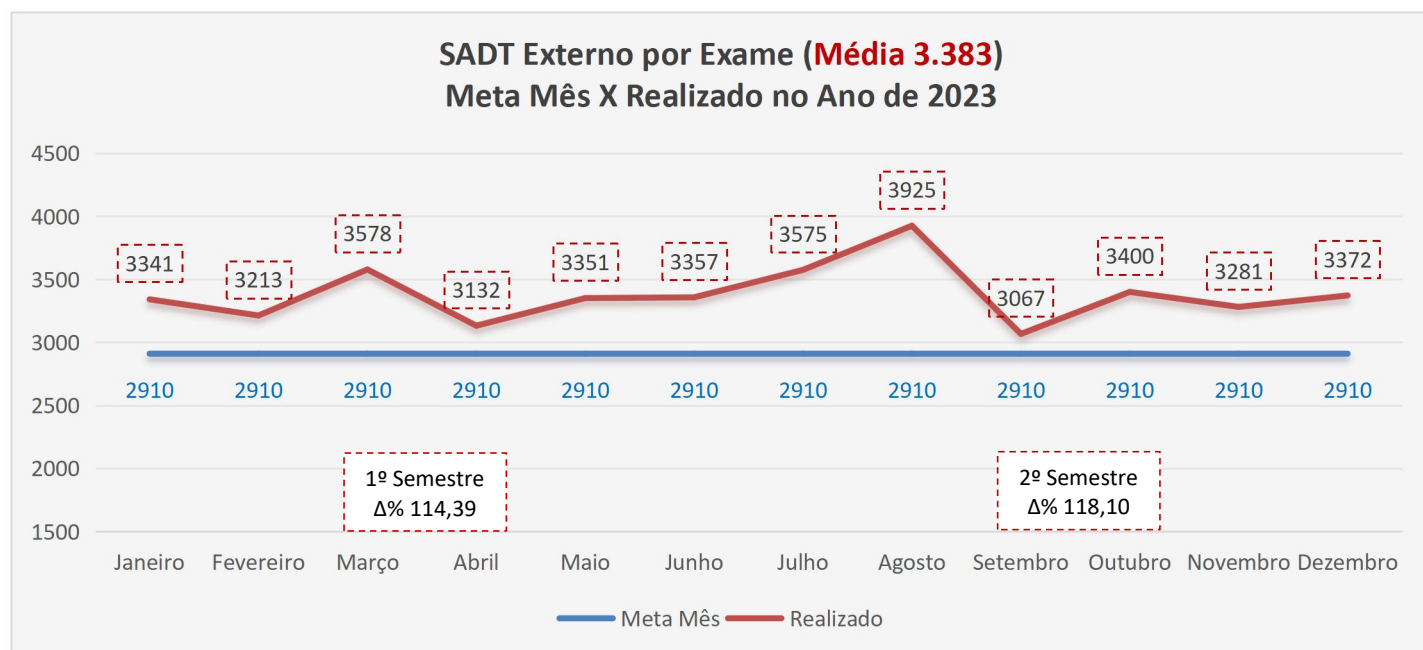
Quadro 04 – SADT Externo no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 184481/2023 e 37197/2024.

No Gráfico 05, abaixo, a representação gráfica dos exames de SADT Externo no Ano de 2023, comparando o total contratado e o total realizado por exame em cada semestre.



No Gráfico 06, segue a representação gráfica com a série histórica dos exames de SADT Externo, comparando a meta mensal global com o total realizado por mês no Ano de 2023.

Gráfico 06



4.4.1 Análise do SADT Externo:

Para a meta de SADT Externo, considerando todos os exames, foram contratados 17.460 exames mensais e o hospital alcançou uma média anual de aproximadamente 3.383. No 1º semestre de 2023 a unidade cumpriu 114,39% da meta, para o 2º semestre de 2023 o hospital atingiu 118,10% da meta proposta, realizando acima de 100% do volume contratado e alcançando 100% do peso percentual para as atividades em cada semestre.

A aferição financeira das Metas de Produção Assistencial consta no Relatório de Avaliação do 2º trimestre e no Relatório do 4º trimestre do ano de exercício. Este Relatório do Ano de 2023 traz um compilado dos dados já apresentados nos relatórios trimestrais, e não constará novamente as aferições financeiras.

4.5 Resumo dos Resultados da Produção Assistencial no Ano de 2023

O Quadro 05 abaixo, demonstra a relação entre a meta total contratada, por semestre, com o total realizado pelo Hospital e a variação percentual de cumprimento de meta para cada serviço.

RESUMO DOS RESULTADOS DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL – ANO DE 2023						
SERVIÇOS	Meta Mês	Contratado por Semestre	Realizado 1º Semestre	Δ%	Realizado 2º Semestre	Δ%
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	2.800	16.800	18.922	112,63%	19.264	114,67%
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	600	3.600	4.031	111,97%	4.084	113,44%
ATENDIMENTO AMBULATORIAL	4.111	24.666	24.532	99,46%	25.106	101,78%
SADT EXTERNO	2.910	17.460	19.972	114,39%	20.620	118,10%

Quadro 05 – Resumo das Metas de Produção Assistencial no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 184481/2023 e 37197/2024.

5 INDICADORES DE QUALIDADE - ANO DE 2023

Os Indicadores de Qualidade (IQ) são informados mensalmente pelo Hospital e estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A cada 03 (três) meses, o Órgão Supervisor procederá à análise dos Indicadores de Qualidade podendo ser alterados ou introduzidos novos parâmetros e metas considerando que a complexidade dos indicadores é crescente e gradual e em proporção direta ao tempo de funcionamento da unidade, de acordo com as regras definidas no Contrato de Gestão (pág. 46 do CG 04/2022).

5.1 Pesquisa de Satisfação do Usuário

A pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU), destina-se à avaliação da percepção dos pacientes e/ou acompanhantes sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital.

Seguem abaixo, nos Quadros 06 e 07, o resultado deste indicador, com a avaliação de cumprimento de meta realizada pela GAEMC (Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais) referente ao Ano de 2023, CG nº 04/2022.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - ANO DE 2023					
a) Percentual de Pacientes/Acompanhantes entrevistados em cada grupo					
Urgência e Emergência	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	9.137	9.802	9.491	9.773
Nº Total de Avaliações Realizadas		1.060	1.387	1.455	1.758
Δ%		11,60%	14,15%	15,33%	17,99%
Pacientes Internados	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	1.929	2.064	2.046	1.925
Nº Total de Avaliações Realizadas		368	521	478	553
Δ%		19,08%	25,24%	23,36%	28,73%
Ambulatório ou SADT Externo	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	12.479	11.879	12.975	12.098
Nº Total de Avaliações Realizadas		2.106	1.691	2.447	2.486
Δ%		16,88%	14,24%	18,86%	20,55%
Após Alta Hospitalar	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº Total de Pacientes Atendidos	10%	1.905	2.053	2.062	1.959
Nº Total de Avaliações Realizadas		492	584	455	546
Δ%		25,83%	28,45%	22,07%	27,87%

Quadro 06: Pesquisa de Satisfação: total de usuários entrevistados por grupo no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024.

IQ I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - ANO DE 2023					
b) Nível de Satisfação					
Nível de Satisfação dos Entrevistados	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº Total de Manifestações	90% deste indicador	15.998	16.718	19.340	21.372
Nº Total de Manifestações “Muito Satisfeito + Satisfeito”		15.491	16.345	18.819	20.852
Δ%		96,83%	97,77%	97,31%	97,57%

Quadro 07: Pesquisa de Satisfação: nível de satisfação do usuário no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024.

5.2 Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A meta a ser cumprida é a apresentação da totalidade (100%) das AIH's autorizadas pelo gestor referente às saídas em cada mês de competência. No Quadro 08, abaixo, segue o resultado deste indicador no Ano de 2023.

IQ II - APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) - ANO DE 2023					
Indicador	Meta Mensal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Nº de AIH's apresentadas Informadas pela GMAPS (*)	Entre 95% e 100% deste indicador	2.022	2.064	2.045	2.021
Nº de saídas Hospitalares Informadas pela OS		1.934	2.097	2.093	1.991
Δ%		104,55%	98,43%	97,71%	101,51%

Quadro 08: Apresentação de AIH no Ano de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC - PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024.

(*) Gerência de Monitoramento, Avaliação e Processamento em Saúde.

5.3 Indicadores de Infecção Hospitalar

Com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência na área de Controle de Infecção Hospitalar apresentamos no Quadro 09, a seguir, os dados informados pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, referentes ao Ano de 2023.

IQ III – INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - ANO DE 2023					
Indicadores	Meta Mensal	Média do 1º Trimestre	Média do 2º Trimestre	Média do 3º Trimestre	Média do 4º Trimestre
Paciente Dia - UTI Adulto		-	-	286	301
Nº Infecção Hospitalar		-	-	4	8
Densidade de Infecção Hospitalar na UTI Adulto	Envio dos Relatórios descritos no Contrato de Gestão	16,62	11,02	14,96	27,60
Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar em corrente sanguínea associada a Cateter Venoso Central na UTI Adulto		1,32	0,00	0,00	1,26
Taxa de utilização de Cateter Venoso Central na UTI Adulto		86,65%	88,20%	83,27%	86,36%

Quadro 09: Indicadores de Controle de Infecção Hospitalar no Ano de 2023.

Fonte: Relatório GAEMC - PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024.

5.4 Taxa de Mortalidade Operatória

Com a finalidade de monitorar o desempenho assistencial na área de cirurgia seguem no Quadro 10, os indicadores com a Taxa de Mortalidade Operatória estratificada por classes de 1 a 5 (Classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology - ASA), informados pelo Hospital referente ao Ano de 2023.

IQ IV – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA - ANO DE 2023					
Indicadores	Meta mensal ANVISA	Média do 1º Trimestre	Média do 2º Trimestre	Média do 3º Trimestre	Média do 4º Trimestre
ASA I	0 a 0,1%	0,00%	0,24%	0,00%	0,00%
ASA II	0,3 a 5,4%	1,01%	0,33%	0,45%	0,69%
ASA III	1,8 a 17,8%	12,91%	8,01%	6,08%	4,04%
ASA IV	7,8 a 65,4%	22,62%	37,81%	31,94%	38,10%
ASA V	9,4 a 100%	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%

Quadro 10: Indicador de Mortalidade Operatória no Ano de 2023.
Fonte: Relatório GAEMC - PSES 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024.

5.4.1 Análise dos Indicadores de Qualidade:

De acordo com as informações enviadas pelo HRTGB referentes ao Ano de 2023 e validadas pela Gerência de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais (GAEMC), conforme Processos Digitais SES nº 100386/2023, 184481/2023, 258443/2023 e 37197/2024, verifica-se que houve o cumprimento de todos os Indicadores de Qualidade pactuados. A aferição financeira dos Indicadores de Qualidade foi realizada a cada 03 meses e consta nos Relatórios de Avaliação Trimestral.

6 REGRAS PARA PAGAMENTO

Conforme as regras para pagamento descritas no CG nº 04/2022, a atividade assistencial da Executora, correspondente a parte fixa do orçamento mensal (90%) está vinculada à avaliação das Metas de Produção Assistencial de acordo com o que foi estabelecido no Anexo Técnico III – Sistemática de Pagamento do CG nº 04/2022 e são distribuídos da seguinte forma:

- 10% corresponde ao custeio das despesas com o Atendimento de Urgência e Emergência;
- 70% corresponde ao custeio das despesas com a Assistência Hospitalar (internação);
- 15% corresponde ao custeio das despesas com o Atendimento Ambulatorial; e
- 5% corresponde ao custeio das despesas com os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo.

A avaliação e análise das atividades contratadas serão realizadas conforme o Quadro 11, abaixo, que faz uma relação entre o volume da atividade realizada e o volume contratado, definindo o percentual de cumprimento da meta e, consequentemente, o valor a ser pago (pág.56, item 5.4 do CG nº 04/2022).

VALOR A PAGAR CONFORME O RESULTADO DAS METAS ASSISTENCIAIS		
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
INTERNAÇÃO	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATÓRIO	Entre 70% e 50% do Volume contratado	70% X peso percentual da atividade X orçamento do hospital (R\$)
SADT_EXTERNO	Menos que 50%	50% X peso percentual da atividade X orçamento do hospital (R\$)

Quadro 11: Regras para pagamento conforme o resultado das Metas Assistenciais.

Fonte: CG 04/2022, pág. 56, item 5.4 do CG nº 04/2022.

A parte variável correspondente a 10% do orçamento mensal está vinculada à avaliação dos Indicadores de Qualidade de acordo com o que foi estabelecido no Anexo Técnico III_Sistemática de Pagamento do CG nº 04/2022. A Executora pode utilizar até 2% do valor repassado a título de investimento, caso a Executora não opte em utilizar este percentual a parte variável corresponderá a 10%.

O Quadro 12 a seguir, define o pagamento conforme o peso percentual de cada Indicador de Qualidade:

INDICADORES	PESO (%)
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	25%
APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	25%
INDICADORES DE INFECÇÃO HOSPITALAR	25%
INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	25%
TOTAL	100%

Quadro 12: Peso percentual de cada Indicador de Qualidade.

Fonte: CG 04/2022, pág. 56, item 6.3

No Quadro 13 abaixo, estão os Indicadores de Qualidade com a relação entre a atividade realizada e o peso percentual para pagamento, conforme o alcance das metas.

VALOR A PAGAR CONFORME O RESULTADO DOS INDICADORES DE QUALIDADE		
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
I – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	Realização de pesquisas com, pelo menos, 10% de pacientes/acompanhantes de cada grupo	100% do valor da parte variável destinado ao subgrupo do indicador
	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/acompanhantes em dois ou mais grupos	90% do valor da parte variável destinado ao subgrupo do indicador
	Realização de pesquisas com menos de 10% de pacientes/acompanhantes em dois ou mais grupos	0% do valor da parte variável destinado ao subgrupo do indicador
	Entre 100% e 90% deste indicador	100% do peso percentual do Indicador
	Entre 80% e 89,99% deste indicador	90% do peso percentual do Indicador
	Entre 70% e 79,99% deste indicador	70% do peso percentual do Indicador
	Abaixo de 70% deste indicador	0% do peso percentual do Indicador
II – APRESENTAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Entre 95% e 100% deste indicador	100% do peso percentual do Indicador
	Entre 90% e 94,99% deste indicador	90% do peso percentual do Indicador
	Abaixo de 89,99% deste indicador	0% do peso percentual do Indicador
III – INDICADORES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Envio dos Relatórios descritos no Contrato de Gestão	100% do peso percentual do Indicador
	Não envio dos Relatórios descritos no Contrato de Gestão	0% do peso percentual do Indicador
IV – INDICADORES DE MORTALIDADE OPERATÓRIA	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Taxa de Mortalidade Operatória dentro dos parâmetros e recomendações aceitos pela ANS (Nov/2012) em pelo menos 3 Classificações ASA	100% deste Indicador
	Taxa de Mortalidade Operatória fora da variação aceita pela ANS (Nov/2012) em mais de 2 Classificações ASA	Desconto de 100% deste Indicador

Quadro 13: Regras para pagamento conforme o resultado dos Indicadores de Qualidade.

Fonte: CG 04/2022, págs. 57 e 58, item 6.4

7 PARECER CONCLUSIVO

Analisando os “Indicadores de Qualidade” pactuados para o HRTGB e firmados através do Contrato de Gestão nº 04/2022, conforme os Anexos Técnicos I – Plano de Trabalho, II – Metas de Produção e Indicadores de Qualidade e III – Sistemática de Pagamento, pode-se verificar que no Ano de 2023, a unidade cumpriu integralmente todos os Indicadores de Qualidade, não havendo impacto financeiro para o período.

Em relação às “Metas de Produção Assistencial”, pode-se identificar que no Ano de

2023 o cumprimento da meta ficou acima de 99% do volume contratado para os todos os serviços: “Atendimento de Urgências e Emergências”, “Assistência Hospitalar”, “Atendimento Ambulatorial” e “SADT Externo”, desta forma a unidade alcançou 100% do peso percentual para as atividades, não havendo também impacto financeiro para a Competência de 2023.

Com o objetivo de controlar o cumprimento das metas pactuadas e acompanhar o desempenho das atividades assistenciais prestadas pela Executora aos usuários do Hospital, segue este relatório para análise e aprovação da Comissão de Avaliação e Fiscalização (CAF), constituída para o monitoramento do contrato de gerenciamento do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso - HRTGB.

(Assinado Digitalmente)

Nicolli Martins Maciel

Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais – SUH
Secretaria Executiva da Comissão de Avaliação e Fiscalização – CAF

MEMBROS DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO
CAF DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 04/2022
PORTARIA nº 726/SES/SEA de 08/08/2023
(Assinado Digitalmente)

I – Representante da Secretaria de Estado da Saúde:

- a) Leonardo de Sousa Valverde, como Titular e Presidente; ou
- b) Marta Regina Bauer Barbosa, como Suplente.

II – Representante da Sociedade Civil indicado pelo Conselho Estadual de Saúde:

- a) Gilberto Antônio Scussiato, como Titular.

III – Representante da Diretoria Executiva do Instituto Santé:

- a) Pedro Cezar Peliser, como Titular; ou
- b) Rodrigo Lopes, como Suplente.

IV – Representante da Regional de Saúde:

- a) Alexandre Schenatto, como Titular; ou
- b) Andréia Lopes, como Suplente.

V – Representante da Regulação da Secretaria de Estado da Saúde:

- a) Cláudia Ribeiro de Araujo Gonsalves, como Titular; ou
- b) Aline Cipriani de Souza, como Suplente.



Assinaturas do documento



Código para verificação: **L88N7J4A**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **NICOLLI MARTINS MACIEL** (CPF: 055.XXX.449-XX) em 21/08/2024 às 10:28:02
Emitido por: "SGP-e", emitido em 02/05/2023 - 13:56:33 e válido até 02/05/2123 - 13:56:33.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **ALINE CIPRIANI DE SOUZA** (CPF: 015.XXX.369-XX) em 22/08/2024 às 14:16:31
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 13:14:45 e válido até 13/07/2118 - 13:14:45.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **MARTA REGINA BAUER BARBOSA** (CPF: 833.XXX.449-XX) em 22/08/2024 às 14:18:55
Emitido por: "SGP-e", emitido em 03/06/2019 - 12:39:41 e válido até 03/06/2119 - 12:39:41.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **PEDRO CEZAR PELISER** (CPF: 550.XXX.379-XX) em 22/08/2024 às 14:40:15
Emitido por: "AC FCDL SC v5", emitido em 17/10/2023 - 13:58:00 e válido até 16/10/2024 - 13:58:00.
(Assinatura ICP-Brasil)
- ✓ **ANDREIA LOPES** (CPF: 024.XXX.649-XX) em 22/08/2024 às 15:10:03
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/07/2018 - 13:18:25 e válido até 13/07/2118 - 13:18:25.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **LEONARDO DE SOUSA VALVERDE** (CPF: 049.XXX.859-XX) em 22/08/2024 às 17:26:04
Emitido por: "SGP-e", emitido em 15/02/2022 - 18:34:32 e válido até 15/02/2122 - 18:34:32.
(Assinatura do sistema)
- ✓ **RODRIGO LOPES** (CPF: 008.XXX.529-XX) em 26/08/2024 às 08:14:16
Emitido por: "AC FCDL SC v5", emitido em 16/10/2023 - 13:51:00 e válido até 15/10/2024 - 13:51:00.
(Assinatura ICP-Brasil)
- ✓ **GILBERTO ANTÔNIO SCUSSIATO** (CPF: 710.XXX.629-XX) em 26/08/2024 às 11:30:50
Emitido por: "SGP-e", emitido em 14/06/2021 - 18:07:33 e válido até 14/06/2121 - 18:07:33.
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAxOTMwODZfMTk1MzczXzlwMjRfTDg4TjdKNEE=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00193086/2024** e o código **L88N7J4A** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.