



ANEXO DO EDITAL

ANEXO XVIII - INDICADORES DE DESEMPENHO

SUMÁRIO

Introdução	3
Documentos de Referência	4
A Importância dos Indicadores de Desempenho da Saúde	6
Indicadores de Desempenho.....	7
Definição dos Indicadores de Desempenho	7
Ponderação dos Indicadores de Desempenho	8
Estrutura dos Indicadores de Desempenho	8
Grupos de Indicadores com peso ponderal	9
Indicadores de Logística – LOG.....	10
LOG1 – Tempo Médio para Atendimento aos Chamados por Demanda Não Programada	11
LOG2 – Atendimento aos Chamados por demanda Programada	12
Falha na Dispensação de Medicamentos	13
LOG4 – Falhas de Dispensação de Kits de Materiais e Medicamentos	15
Indicadores de Centro de Material Esterilizado – CME.....	16
CME1 – Atendimento às Demandas Programadas	17
CME2 – Atendimento às Demandas Não Programadas	18
CME3 – Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização	19
Indicadores de Manutenção Predial, Parques e Jardins são:	21
Grupo de Indicadores em Engenharia Clínica – ECL.....	31
ECL1 - Cronograma de Manutenção Preventiva	32
ECL2 – Tempo Médio de Equipamento em Funcionamento.....	34
ECL3 – Equipamentos Calibrados ou aferidos conforme legislação.....	36
ECL4 – Disponibilidade de Serviço de Ultrassonografia	37
Indicadores de Controle de Acesso – COA	39
COA 1 – Rondas Preventivas Programadas	40
COA 2 – Cobertura em Postos Fixos de Vigilância, Recepção e Portaria	41
COA 3 – Tempo de Substituição de Câmeras de Monitoramento	43
Indicadores de Lavanderia e Rouparia – LAV	45
Demandas Programadas de Enxoval por Área de Serviço – LAV 1.....	46
Cumprimento dos Horários de Entrega do Enxoval – LAV2	48

Indicadores de Higiene e Limpeza e Gestão de Resíduos Sólidos – LIM	49
Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Críticas e Semi Críticas – LIM1	50
Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas – LIM2	52
Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins – LIM3	54
Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos – LIM4	55
Indicadores de Nutrição e Dietética - SND	56
Taxa de Refeições Dispensadas Conforme Prescrição – SND1.....	57
Suspensão de Cirurgias por Jejum pré operatório interrompido – SND2	58
Alimentação Servida em Temperatura Igual ou Acima de 60°C	60
Cumprimento dos horários pré estabelecidos das refeições para pacientes SND4	61
Indicadores de Transporte de Pacientes – TPA.....	63
Atendimento à Demanda Não Programada de Transportes Externos – TPA1.....	64
Tempo de Chamado de Maqueiros nas Áreas Críticas – TPA2.....	65
Tempo de Espera para Remoção de Cadáver do Leito – TPA3	66
Indicadores de Serviços Administrativos – ADM.....	67
Tempo de Funcionamento do Setor de Internação – ADM1	68
Disponibilização dos Prontuários Solicitados – ADM2	69
Número de Glosas no Faturamento Hospitalar – ADM3	70
Indicadores de Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC.....	71
Chamado de Tecnologia Atendido Abaixo do Tempo de SLA – TIC1	72
Tempo para Implementar Aplicação ou Correção – TIC2	74
Disponibilidade de Rede Local (LAN availability) – TIC3.....	76
Disponibilidade de Web Server/Application Service/Database Server – TIC4.....	78
Indicador de Adimplemento das Contas Públicas e Eficiência Energética – CPU	79
Comprovação de Adimplemento de Contas Públicas – CPU1.....	80
Considerações Finais	82

Introdução

O presente relatório, será um ANEXO que integrará o EDITAL da LICITAÇÃO, na modalidade de Concorrência, com vistas à seleção da proposta mais vantajosa para contratação de PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP), na modalidade de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA, destinada à Realização de Investimentos em Obras de Construção, Equipamentos Clínicos e Mobiliário e Atividades Operacionais Não Assistenciais (Bata Cinza), Manutenção e Conservação do Hospital da Mulher e Maternidade D. Regina – Palmas - TO, em conformidade com o disposto na Lei Federal n.º 11.079, de 30 de Dezembro de 2004 (Lei Federal de PPPs).

Este relatório disciplina o SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO da CONCESSIONÁRIA, destinado à permanente e constante avaliação da produtividade, da disponibilidade e da qualidade dos SERVIÇOS prestados pela CONCESSIONÁRIA, por intermédio dos INDICADORES DE DESEMPENHO, os quais impactarão no valor da CONTRAPRESTAÇÃO MENSAL EFETIVA (CME).

Nesse sentido, o SISTEMA DE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO objetiva proporcionar a constante fiscalização dos SERVIÇOS assumidos pela CONCESSIONÁRIA, cujo resultado é representado pelo FATOR DE DESEMPENHO (FDE), que disciplinará a parcela variável da CME. O cálculo do valor da CME será disciplinado no Relatório de Modelagem Econômico-Financeira Consolidado.

Documentos de Referência

[REF01] HAMES, D.S.P. Productivity-enhancing work innovations: remedies for what ails hospital? Hosp. & Health Serv. Admin., 36: 545-8, 1991

[REF02] BITTAR, O.J.N.V. Produtividade em hospitais. São Paulo, 1994. [Tese Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

[REF03] (Paladini, E. P. (2011). Avaliação estratégica da qualidade (3a ed. rev.). São Paulo: Atlas.

[REF04] (Forgia, G. M, La, & Couttolenc, B. F. (2009). Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular.

[REF05] (Prahinsky, C, & Benton, W. C. (2004). Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. Journal of Operations Management, 22(1),39-62.

[REF06] Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? Luciano Vignochi/ Cláudio Reis Gonçalo/ Álvaro Guillermo Rojas Lezana <https://doi.org/10.1590/S0034-759020140504>

[REF07]https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/he-ufpel/aceso-a-informacao/indicadores-hospitalares/2021/relatorio_indicadores_fevereiro2021.pdf

[REF08] <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>

[REF09] <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

[REF10] <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

[REF11] <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-do-suburbio/>

[REF12] <http://www.gov.br/ebserh/pt-br>

[REF13] <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/acoes-e-programas/parcerias-publico-privadas/hospital-metropolitano-de-belo-horizonte>.

A Importância dos Indicadores de Desempenho da Saúde

Hospitais são instituições de extrema complexidade e que respondem pelos maiores gastos no custeio da saúde pública e privada. A busca de estratégias de melhoria de desempenho, eficiência e satisfação de pacientes e gestores constitui uma das maiores preocupações no campo da gestão hospitalar.

Indicador de desempenho é uma das maneiras de avaliar, comparar e estabelecer padrões de remuneração para os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS), sejam hospitais ou outras unidades de qualquer finalidade.

No caso do Hospital da Mulher e Maternidade D. Regina – Palmas - TO, por tratar-se de uma CONCESSÃO ADMINISTRATIVA, indicadores de desempenho são parte essencial do instrumento contratual, que deverá ser o mecanismo fundamental a estabelecer regras de pagamento ao parceiro privado, bem como de sua relação com o PODER CONCEDENTE.

Nos hospitais, as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa, bem como a natureza delicada do serviço prestado os tornam de difícil gerenciamento. Outros fatores externos, como a contenção de custos daqueles que financiam o sistema, a alta demanda dos consumidores por atendimento de alta qualidade e a proliferação de sistemas alternativos de prestação de serviços tornam mais complexo o problema.

Devido aos elevados custos representados pelos hospitais em toda a rede de serviços de saúde, a maneira com que os gestores lidam com estas pressões orçamentárias é aumentar a eficiência da instituição. É para isso que servem os indicadores. Sinalizam ao gestor o nível de desempenho de sua instituição em relação aos demais serviços, considerados modelos.

Desta forma, indicadores são medidas de desempenho que expressam resultados em índices numéricos. As práticas de administração hospitalar por meio de indicadores estão associadas a diversas abordagens: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar. O resultado da aplicação eficaz de indicadores é o conhecimento sobre pontos críticos na gestão, o que permite incremento contínuo da eficiência.

Indicadores de desempenho são essenciais para proporcionar informações mensuráveis, que descrevem a realidade da organização para o cumprimento das obrigações contratuais. O cumprimento das metas estabelecidas vai influenciar na remuneração dos serviços sob CONCESSÃO.

Indicadores de Desempenho

Na sequência, apresenta-se a identificação e descrição dos indicadores de desempenho definidos para o CONTRATO DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA para a gestão de desempenho do HMMDR.

São Indicadores de Infraestrutura que medem a performance da CONCESSIONÁRIA em relação ao estado de conservação da infraestrutura, e aos demais serviços de apoio administrativo do HMMDR. Incluem-se os serviços de logística, esterilização, limpeza e higienização, lavanderia, segurança patrimonial, nutrição, engenharia clínica, manutenção predial, tecnologia da informação e comunicação (TIC), dentre outros.

Definição dos Indicadores de Desempenho

Os indicadores de desempenho serão os balizadores do valor da parcela variável da CME. Com base nos indicadores de desempenho, será calculada a remuneração mensal da CONCESSIONÁRIA, por parte do PODER CONCEDENTE.

A quantidade de indicadores a serem incluídos é sempre um tema desafiador, pois hospitais são instituições muito complexas e de múltiplas funções.

A proposição de um número muito elevado de indicadores torna a tarefa de monitoramento de seus resultados onerosa e sem ganhos relevantes de qualidade. Por outro lado, se a quantidade for pequena, áreas importantes de desempenho hospitalar poderão ficar de fora da avaliação. O equilíbrio entre essas duas visões antagônicas é fundamental. Por este motivo, cada hospital define seus indicadores de forma própria, atendendo às prioridades do gestor público.

Ponderação dos Indicadores de Desempenho

Os pesos ponderais de cada categoria de indicadores foram estabelecidos com base em médias praticadas por outros hospitais públicos, conforme informações disponíveis e acessíveis na internet. As principais referências utilizadas foram obtidas através dos seguintes websites:

- <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>
- <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-do-suburbio/>
- <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>
- <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/acoes-e-programas/parcerias-publico-privadas/hospital-metropolitano-de-belo-horizonte>

O peso ponderal do Indicador, ou seja, o valor a ser pago pelo alcance do indicador deve ser proporcional ao esforço necessário da CONCESSIONÁRIA para o seu alcance.

Estrutura dos Indicadores de Desempenho

Os Indicadores serão distribuídos em 12 grupos, conforme mostrado a seguir. Serão 42 indicadores de desempenho da Concessionária, com pesos ponderais distintos.

A avaliação do cumprimento dos indicadores será feita de modo binário (atingiu a meta = 1; não atingiu a meta = zero). No entanto, as metas serão individualizadas em seus percentuais de alcance. Ou seja, o poder concedente estabelece índices razoáveis e exequíveis para cada indicador, dentro dos limites de segurança para o paciente e alinhados com as exigências de qualidade dos melhores serviços hospitalares nacionais.

Grupos de Indicadores com peso ponderal

Grupo	Indicadores	Nº de Indicadores	Peso
1	Logística – Almoxarifado e Farmácia	4	9%
2	Central de Material Esterilizado	3	6%
3	Manutenção Predial e Parques e Jardins	6	10%
4	Engenharia Clínica	4	9,5%
5	Controle de Acesso – Recepção e Portaria/Vigilância	3	10%
6	Lavanderia	2	6%
7	Limpeza/Gestão Resíduos Sólidos	4	11%
8	Nutrição e Dietética	4	14%
9	Transporte Pacientes (Ambulâncias/Maqueiros/Necrotério)	3	6%
10	Tecnologia da Informação e Telefonia	4	12%
11	Serviços Administrativos	3	4%
12	Consumo (Água, Gases Medicinais, Gás de Cozinha, Internet e Telefonia)	2	2,5%
		42	100%

A fórmula de cálculo geral do desempenho de indicadores deve acompanhar os respectivos pesos ponderais e pode ser resumida:

Desempenho da Concessionária = 0,09 x Grupo 1 + 0,06 x Grupo 2 + 0,1 x Grupo 3 + 0,095 x Grupo 4 + 0,1 x Grupo 5 + 0,06 x Grupo 6 + 0,11 x Grupo 7 + 0,14 x Grupo 8 + 0,06 x Grupo 9 + 0,12 x Grupo 10 + 0,04 x Grupo 11 + 0,025 x Grupo 12

O resultado final será multiplicado por 100%.

O Fator de Desempenho (FDE) a ser considerado para fins de cálculo da Parcela B da Contraprestação Mensal, seguirá a tabela abaixo de ajustes:

ID: Indicadores de Desempenho

Percentual de ID: resultado da fórmula acima de Desempenho da Concessionária

≥90% =100%

≥80% até 90%= 90%

≥70% até 80%= 75%

≥60% até 70%= 50%

≥50% até 60%= 30%

≥30% até 50%= 20%

<30%= zero

Indicadores de Logística – LOG

Indicador	II.1 - Logística	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
LOG1	Taxa de cumprimento do tempo médio (até 10 min) p/ atendimento aos chamados por demanda não programada	Diária	≥ 95%	

LOG2	Taxa de atendimento aos chamados por demanda programada	Diária	$\geq 98\%$	= meta: 1; \neq meta: 0
LOG3	Taxa de falhas de dispensação de medicamentos	Diária	$\leq 1\%$	
LOG4	Taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	Diária	$\leq 1\%$	
Nota total do grupo (N_{II.1})				N = $\Sigma n/4$

Levando-se em conta que o grupo de Logística é composto por quatro indicadores, e que esse grupo tem peso de 6% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Logística = LOG1 + LOG2 + LOG3 + LOG4 (1,5% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 6% do total

LOG1 – Tempo Médio para Atendimento aos Chamados por Demanda Não Programada

LOG1	Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo médio (até 10 min) p/ atendimento aos chamados por demanda não programada.	
Premissas Serão considerados chamados por demandas não programadas os medicamentos específicos de atendimentos urgentes, padronizados no Hospital e disponíveis em estoque, oriundos de solicitação médica e indicados com a frequência "agora".	
<ul style="list-style-type: none"> Meta: taxa de cumprimento de tempo médio $\geq 95\%$ 	

Método de Aferição Registro diário do tempo médio de atendimento por demanda não programada, no período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $\text{LOG1} = \frac{\sum \text{ dos chamados não programados dentro do mês atendidos em mais de 10 min}}{\text{Total de chamados não programados dentro do mês}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo de atendimento de todos os chamados não programados, bem como o registro da quantidade total de chamados urgentes dentro do mês	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LOG1 ≥ 95%	1
LOG1 < 95%	0

LOG2 – Atendimento aos Chamados por demanda Programada

LOG2
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento aos chamados por demanda programada.

Premissas São considerados chamados, por demandas programadas: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitações registradas com 4 horas de antecedência ao horário da prescrição; • Atendimento ao chamado conforme aprazamento; • Somente solicitações de medicamentos padrão do Hospital disponíveis em estoque. • Meta: taxa de atendimento $\geq 98\%$ 	
Método de Aferição Registro diário da quantidade de chamados por demanda programada atendidos, bem como a demanda programada dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). LOG2 = $\frac{\text{Quantidade de chamados atendidos por demanda programada}}{\text{chamados demandas programados} - \sum \text{chamados demandas programadas cancelados}}$ (Σ) Multiplicar resultado por 100%	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de todos os chamados por demanda programada atendidos e de toda a demanda programada dentro do mês.	
Sistema de Pontuação	
Aferição	
LOG2 $\geq 98\%$	
LOG2 $< 98\%$	

Falha na Dispensação de Medicamentos

LOG3	Falha de dispensação de medicamentos
------	--------------------------------------

Objetivo do Indicador Aferir a taxa de falhas de dispensação de medicamentos.	
Premissas Não são consideradas falhas: <ul style="list-style-type: none"> • Erros de prescrição médica; • Alterações de prescrição médica após o envio do pedido à farmácia; • Medicamentos indisponíveis em estoque por não padronização • Meta: taxa de falhas de dispensação $\leq 1\%$ 	
Método de Aferição Registro diário de não conformidades reportadas em formulários, pela área assistencial, bem como de itens de medicamentos dispensados dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LOG3 = \frac{\text{Total de não conformidades reportadas no período}}{\text{Total de itens de medicamentos dispensados no período}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários das não conformidades e dos itens de medicamentos dispensados dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LOG3 $\leq 1\%$	1
LOG3 $> 1\%$	0

LOG4 – Falhas de Dispensação de Kits de Materiais e Medicamentos

LOG4	Falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos		
Objetivo do Indicador			
Aferir a taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos.			
Premissas			
São considerados apenas kits de materiais e medicamentos do Centro Cirúrgico. Não será considerada falha: Materiais e medicamentos não padronizados.			
<div><div></div><div>Meta: taxa de falhas de dispensação ≤ 1%</div></div>			
Método de Aferição			
Registro diário de não conformidades reportadas em formulários, pela área assistencial, bem como dos kits de materiais e medicamentos dispensados dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS).			
LOG3 = $\frac{\text{Total de não conformidades reportadas no período}}{\text{Total de itens de kits de materiais e medicamentos dispensados no período}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros diários das não conformidades e dos kits de materiais e medicamentos dispensados dentro do mês.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
LOG4 ≤ 1%		1	
LOG4 > 1%		0	

Indicadores de Centro de Material Esterilizado – CME

Indicador	Centro de Material Esterilizado	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
CME1	Atendimento às Demandas Programadas	Diária	≥ 98%	= meta: 1; ≠ meta: 0
CME2	Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas	Diária	≥ 95%	
CME3	Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização	Diária	100%	
		Nota total do grupo (N_{II.1})		N = $\Sigma n/3$

Levando-se em conta que o Grupo CME é formado por três indicadores e que esse grupo tem peso de 6% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de CME = CME1 + CME2 + CME3 (2% cada)

A soma dos três indicadores corresponderá a 6% do total.

CME1 – Atendimento às Demandas Programadas

CME1
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de atendimento às demandas programadas.</p>
<p>Premissas</p> <p>São consideradas demandas programadas as demandas solicitadas de acordo com o cronograma pré- estabelecido através do mapa cirúrgico com 48 horas de antecedência, tanto referente às caixas cirúrgicas e instrumentais para atender o mapa cirúrgico de acordo com o perfil assistencial do Hospital, quanto aos materiais e / ou instrumentais para atender às áreas demandantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Meta: taxa de atendimento = 98%
<p>Método de Aferição</p> <p>Registro diário de demandas programadas com tempo igual ou superior a 48 horas, atendidas no dia, bem como de todas as demandas programadas no período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS).</p> $CME1 = \frac{\text{Total demandas programadas c/t } \geq 48h, \text{atendidas no dia}}{\text{Total de demandas programadas com } t \geq 48h} \times 100\%$

<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo os registros diários das demandas programadas com tempo superior a 48 h, atendidas no dia e todas as demandas programadas dentro do mês.</p>	<p>Ativação e Vigência</p> <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
CME1 > 98%	1
CME2 < 98%	0

CME2 – Atendimento às Demandas Não Programadas

CME2	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento do tempo de cumprimento às demandas não programadas.	
Premissas O tempo de cada chamado será calculado da seguinte forma: = (Fim do chamado - Início do Chamado) sendo: <u>Início do chamado</u> : horário de abertura da solicitação do material ou instrumental pelo Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou por Sistema de Gestão de Serviços (SGS). <u>Fim do chamado</u> : horário de entrega da demanda não programada ao setor demandante. A confirmação do fim do chamado pela confirmação do recebimento da demanda pelo sistema e nos casos de contingência deverá ser feita por protocolo assinado ou por sistema (caso haja essa disponibilidade tecnológica) pelo setor demandante.	
Método de Aferição Registro do cálculo do tempo de atendimento de todas as demandas não programadas, bem como de todas as demandas não programadas feitas pelo setor demandante dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $EST2 = \frac{\sum \text{deatendimentos a demandas não programadas em mais de 10 minutos}}{\text{Quantidade de demandas não programadas}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários de todos os tempos de atendimento de demandas não programadas e da quantidade de demandas não programadas feitas dentro do mês.	
Sistema de Pontuação	
Aferição	

CME2 > 95% = 1
CME2 < 95% = ZERO

CME3 – Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização

CME3	
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento de testes de controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização.	
Premissas	
<p>Será considerado que o Sistema de Gestão de Esterilização do equipamento de esterilização deverá informar o resultado físico para cada ciclo de esterilização.</p> <p>Os indicadores químicos serão coletados pela leitura de um indicador químico incluído em cada pacote (por exemplo: classe 1, indicador de processo e classe 5, indicadores integrados) e pelo resultado informatizado do equipamento (por exemplo: classe 2, Bowie & Dick).</p> <p>O controle biológico será feito através da leitura de um indicador biológico incluído em cada carga (geralmente no pacote desafio) que será esterilizada.</p> <p>Os pacotes analisados serão os que sofrerem o processo de esterilização e serão apresentados por lotes. O funcionário do CME incluirá manualmente ou por sistema os resultados de cada teste biológico, físico e químico realizado diariamente através de formulário e evidência.</p>	
Método de Aferição	
<p>Registro diário de testes biológicos, físicos e químicos diariamente realizados em conformidade. A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Gestão de Esterilização ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> $EST3 = \frac{\sum \text{registros de testes biológicos, físicos e químicos realizados em conformidade}}{\sum \text{dias previstos de testes}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros diários de testes de controle biológico, físico e químico e a quantidade de dias previstos de testes dentro do mês.

Sistema de Pontuação**Aferição**

EST3 = 100% = 1

EST3 < 100% = 0

Indicadores de Manutenção Predial, Parques e Jardins são:

Indicador	II.4 - Manutenção Predial	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
MAN1	Taxa de disponibilidade de gases medicinais	Diária	0 segundos	= meta: 1; ≠ meta: 0
MAN2	Taxa de cumprimento do tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência, até 10 seg	Diária	≤ 10 segundos	
MAN3	Qualidade da água potável*	Diária	100%	
MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas*	Diária	100%	
MAN5	Taxa de disponibilidade dos elevadores	Diária	100%	
MAN6	Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins	Mensal	100%	
* Índices deverão estar dentro dos parâmetros estabelecidos pela legislação		Nota total do grupo		$N = \sum n/6$

Levando-se em conta que os Indicadores de Manutenção Predial, Parques e Jardins são compostos por seis indicadores e correspondem a 10% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Manutenção será:

MAN1 + MAN2 + MAN3 + MAN4 + MAN5 + MAN6 (1,66% cada)

A soma dos seis indicadores corresponde a 10% do total

MAN1 – Disponibilidade de gases medicinais

MAN1	Disponibilidade de gases medicinais
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de disponibilidade de gases medicinais.	
Premissas	
Serão consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de pressão na Central de Gases Medicinais para o Hospital.	
Para este indicador, serão consideradas as medições realizadas nos pontos de controle de gases medicinais (Centrais de vácuo, óxido nitroso, oxigênio e ar comprimido).	
As medições serão realizadas a cada 1 hora, sendo contabilizadas no indicador os resultados apurados nos horários das 08:00, 14:00 e 20:00 diariamente nos pontos acima informados.	
Não serão considerados na aferição do indicador:	
<ul style="list-style-type: none">• Indisponibilidade de gases medicinais devido a algum defeito do fabricante do sistema de distribuição de gases medicinais;• Problemas externos de qualquer natureza para o reabastecimento dos gases medicinais e que não estejam sob a responsabilidade da concessionária;• Períodos de manutenção preventiva, corretiva ou calibração no equipamento de medição.	
Serão consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de pressão na CME, a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição.	

Método de Aferição <p>Registro horário de medições nos pontos de controle de gases medicinais no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>) ou Sistema de Gestão de Serviços (<i>SGS</i>).</p> <p>MAN1 = \sum tempo indisponibilidade de gases medicinais – horários (8h,14h e 20h) durante período de medição Qtde. medições de tempo realizadas nos horários (8h,14h e 20h) no período de medição</p>	
Periodicidade de Aferição <p>Mensal, abrangendo os registros horários de medição dos tempos nos pontos de controle de gases medicinais dentro do mês.</p>	Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MAN1 = 0 segundos	1
MAN1 > 0 segundos	0
<p>Caso seja identificada alguma indisponibilidade de gases medicinais, o sistema alertará o responsável da manutenção predial para confirmar essa indisponibilidade. Caso o local esteja utilizando os gases medicinais dos cilindros transportáveis, esta situação será considerada como gases medicinais disponíveis.</p>	

MAN2 – Tempo de restabelecimento de energia elétrica

MAN2	Tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento do tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência, até 10 seg.	
Premissas	
São consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição.	
Para os casos em que faltar energia elétrica, estão previstos sistemas que são ativados automaticamente conforme abaixo descrito:	
<ul style="list-style-type: none">• Sistema UPS (unidade de alimentação ininterrupta) para distribuição de energia ininterrupta, por tempo determinado, aos servidores do complexo e para os setores classe 0,5.• Utilização de uma usina de geração de energia para alimentação de cargas de classe 15 (equipamentos eletromédicos utilizados em procedimentos cirúrgicos, sustentação de vida, por exemplo: equipamentos de ventilação mecânica) e classe 0,5 (luminárias cirúrgicas) de acordo com critérios da RDC 50.	
Para este indicador, serão consideradas as medições de ausência de energia elétrica na subestação de energia e a medição imediata e exclusiva nas UPS a fim de evidenciar a disponibilidade de energia elétrica nas áreas críticas (UTIs e Centros Cirúrgicos).	
Para registro do evento e período será aberta uma ordem de serviço pela manutenção predial.	
Não serão considerados no indicador períodos em que a concessionária pública do serviço de	

fornecimento da utilidade interromper o fornecimento por tempo superior a 24 horas.

Método de Aferição

Registro diário das medições a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$MAN2 = \frac{\sum \text{tempo de indisponibilidade de energia elétrica durante o período de medição}}{\text{Qtde. medições de tempo realizadas no período de medição}}$

Periodicidade de Aferição

Diário, abrangendo os registros de medição dos tempos no ponto de controle de tensão na Cabine de Medição.

Ativação e Vigência

Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.

Sistema de Pontuação

Aferição	Nota
$MAN2 \leq 10$ segundos	1
$MAN2 > 10$ segundos	0

MAN3 – Qualidade da água potável

MAN3	Qualidade de água potável
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento da qualidade de água potável.	
Premissas	
A disponibilidade de água potável é considerada válida pela reserva de água potável equivalente a 2 dias de consumo, somando a capacidade de todos os reservatórios.	
Água potável é a água que pode ser consumida por seres humanos cujo parâmetros biológicos, físicos, químicos e radioativos atendam ao padrão de potabilidade e que não ofereça risco à saúde.	
A Qualidade da água potável será aferida através de um analisador instalado entre a entrada principal da concessionária e o reservatório de água potável principal inferior, que possui sensores para medir PH, Cloro e Flúor.	
Os índices deverão estar dentro dos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente.	
Método de Aferição	
Registro de medições de pH, cloro, flúor da água durante o período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).	
$\text{MAN3} = \frac{\sum \text{medições da água potável dentro dos parâmetros estabelecidos, durante período de medição}}{\text{Qtde. medições realizadas nos horários no período de medição}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência
Mensal, abrangendo os registros das medições de pH, cloro, flúor da água dentro do mês.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
MAN3 = 100%	1	
MAN3 < 100%	0	

MAN4 – Qualidade e Temperatura do Ar nas Áreas Climatizadas

MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas
Objetivo do Indicador	
Aferir a qualidade e temperatura do ar nas áreas climatizadas.	
Premissas	
<p>Para este indicador, os sensores irão medir a qualidade do ar através da medição de dióxido de carbono e as medições serão realizadas a cada 12 horas.</p> <p>Os valores de referência para os parâmetros medidos estão descritos na NBR 6401.</p> <p>Será realizada a análise da qualidade do ar em ambientes climatizados, semestralmente, conforme legislação vigente.</p>	

Método de Aferição <p>Registro de medições de parâmetros da qualidade do ar durante o período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> <p>Σ medições da qualidade do ar dentro dos valores estabelecidos, durante período de medição</p> $MAN4 = \frac{\text{Qtde. medições realizadas nos horários no período de medição}}{\text{Qtde. medições realizadas nos horários no período de medição}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição <p>Mensal, abrangendo os registros das medições de qualidade do ar dentro do mês.</p>	Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MAN4 = 100%	1
MAN4 < 100%	0

MAN5 – Tempo de Funcionamento dos Elevadores

MAN5	Tempo de funcionamento de elevadores
Objetivo do Indicador <p>Aferir a taxa de cumprimento do tempo de funcionamento de elevadores.</p>	
Premissas <p>Para este indicador serão considerados tempos por elevador. O projeto do Hospital prevê mais de um elevador, a CONCESSIONÁRIA deverá de manter a disponibilidade de ao menos um elevador em cada torre em operação da forma ininterrupta (100% do tempo).</p>	

Método de Aferição <p>Registro de medições de tempos úteis de trabalho e tempo de paradas não programadas por elevador. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> <p>(tempo útil de trabalho por elevador – tempo de paradas não programadas por elevador)</p> $MAN5 = \sum \left(\frac{\text{tempo útil de trabalho por elevador}}{\text{tempo útil de trabalho por elevador}} \times 100\% \right)$	
Periodicidade de Aferição <p>Mensal, abrangendo os registros de tempo de paradas não programadas por elevador dentro do mês.</p>	Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MAN5 = 100%	1
MAN5 < 100%	0

MAN6 - Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins –

MAN6	Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins
Objetivo do Indicador <p>Aferir a taxa de cumprimento das metas de Conservação de Gramados e Jardins constantes do Manual de Operações</p>	

Premissas <p>O Manual de Operações do Hospital é documento a ser elaborado pela Concessionária e aprovado pelo Poder Concedente.</p> <p>As obrigações de conservação, poda, limpeza de gramados e jardins estarão descritas no Manual.</p> <p>A Concessionária deverá observar as regras de sustentabilidade no uso da água, fertilizantes, controle de pragas e destinação de lixo.</p>	
Método de Aferição <p>Registro do status de conservação da área de parques e jardins elaborado pelo supervisor da área e reportado ao poder concedente</p> <p>Apresentação de Relatório de Conformidade Mensal</p> $MAN6 = \frac{\text{Descumprimento das cláusulas do Manual de Operações}}{\text{}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição <p>Mensal</p>	Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MAN6 = 100%	1
MAN < 100%	0

Grupo de Indicadores em Engenharia Clínica – ECL

Indicador	II.3 - Engenharia Clínica	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
ECL1	Taxa de cumprimento de cronograma de manutenção preventiva - previsto X realizado	Periódica	≥ 98%	= meta: 1; ≠ meta: 0
ECL2	Taxa de cumprimento do tempo médio de equipamento* em funcionamento - por tipo de equipamento	Periódica	≥ 95%	
ECL3	Taxa de equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação	Diária	100%	
ECL4	Taxa de disponibilidade de serviço de ultrassonografia e cardiotocografia	Diária	100%	
* Cada tipo de equipamento terá um tempo médio a ser cumprido		Nota total do grupo		N = $\Sigma n/4$

Levando-se em conta que os Indicadores de Engenharia Clínica são compostos por quatro indicadores e correspondem a 9,5% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

$$ECL = ECL1 + ECL2 + ECL3 + ECL4 \text{ (2,375\% cada)}$$

A soma dos quatro indicadores corresponde a 9,5% do total

ECL1 - Cronograma de Manutenção Preventiva

ECL1	Cumprimento de cronograma de manutenção preventiva
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do cronograma de manutenção preventiva (planejada x executada)	
Premissas Será de responsabilidade da CONCESSIONÁRIA a elaboração dos planos de manutenção preventiva de acordo com a criticidade dos equipamentos. O método de cálculo da criticidade será definido pelo responsável da engenharia clínica, com a aprovação do PODER CONCEDENTE. As ordens de serviço preventivas planejadas serão consideradas como executadas, para fins de cumprimento do plano, quando sua abertura (início de sua execução) na data prevista. No entanto, a OS que for iniciada em data diferente da prevista, mesmo que dentro do período de medição (mês), será considerada como não executada. Não deverá ser considerado para o cálculo deste indicador os casos de não	

cumprimento da manutenção por motivos de equipamentos não liberados pela área assistencial.	
<ul style="list-style-type: none"> Meta: taxa de cumprimento = 100% 	
Método de Aferição Registro diário das ordens de serviço (OS) planejadas executadas (iniciadas) na data prevista. A fonte de dados de registro das OS preventivas executadas (iniciadas) e o planejamento das OS preventivas deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $ECL1 = \frac{\sum \text{de OS de manutenção preventiva executadas}}{\sum \text{de OS de manutenção planejadas para o período}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários das OS preventivas executadas e o planejamento da manutenção preventiva dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
ECL1 ≥ 95%	1
ECL1 < 95%	0

ECL2 – Tempo Médio de Equipamento em Funcionamento

ECL2
Objetivo do Indicador <p>Aferir a taxa de atendimento ao tempo médio de equipamento em funcionamento - por tipo de equipamento.</p>
Premissas <p>Será considerado “equipamento em funcionamento”, aquele que estiver operacionalmente disponível e em condições adequadas de funcionamento.</p> <p>O tempo que um equipamento estiver fora de funcionamento por motivos diversos à sua indisponibilidade por falha (e consequente necessidade de reparo) não será considerado como período inoperante ou fora de funcionamento. Por exemplo, um equipamento que não esteja em funcionamento por motivos ou decisão provenientes da operação assistencial, mas esteja em plenas condições de uso, será considerado “equipamento em funcionamento”.</p> <p>Os tempos médios de equipamento em funcionamento serão específicos para cada tipo de equipamento, os quais deverão estar definidos com base nos seus níveis de criticidade e índice de utilização. Os tempos médios serão definidos no plano de manutenção de equipamentos (ou plano de engenharia clínica), a ser elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE.</p>
Método de Aferição <p>Somatória da razão entre tempo de equipamento em funcionamento, subtraído do tempo de equipamento em reparo (fora de funcionamento) e tempo previsto equipamento em funcionamento. O cálculo da razão deverá ser realizado de forma individual, para cada equipamento. Uma vez somados os resultados da razão de todos os equipamentos, será calculada a média aritmética, dividindo-se a somatória das razões pela quantidade de equipamentos medidos. Os tempos de equipamento em funcionamento deverão estar registrados no Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>) ou no Sistema de Gestão de Serviços (<i>SGS</i>).</p>

<p>ECL2 = Σ (tempo de equipamento em funcionamento – tempo de equipamento em reparo)</p> <p>_____ Tempo previsto de equipamento em funcionamento</p> <p>x 100%</p> <p>_____</p> <p>Quantidade total de equipamentos medidos</p>	
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo todos os tempos de equipamentos em funcionamento e todos os equipamentos medidos dentro do mês.</p>	
<p>Sistema de Pontuação</p>	
Aferição	
ECL2 ≥ 95%	1
ECL2 < 95%	0

ECL3 – Equipamentos Calibrados ou aferidos conforme legislação

ECL3	Equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de cumprimento de calibração e/ou aferição de equipamentos conforme legislação.</p>	
<p>Premissas</p> <p>Um equipamento será considerado calibrado quando o funcionário da engenharia clínica encerrar a ordem de serviço de calibração indicando a execução da atividade.</p> <p>Caso não tenham equipamentos com limite de calibração no mês vigente, o indicador será considerado 100% atendido.</p>	
<p>Método de Aferição</p> <p>Registro dos prazos estabelecidos para calibração e/ou aferição de equipamentos a ser cumprida, bem como registro das calibrações/aferições realizadas dentro do mês. A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Gestão de Esterilização ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> $ECL3 = \frac{\text{No. equipamentos calibrados aferidos no prazo estabelecido pela legislação}}{\text{No. total de equipamentos programados p/ calibração/aferição dentro do período}} \times 100\%$	
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo os registros dos prazos para calibração/aferição de equipamentos, conforme legislação e de calibrações/aferições realizadas dentro do prazo legal previsto, no período de medição (mês).</p>	<p>Ativação e Vigência</p> <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
<p>Sistema de Pontuação</p>	
<p>Aferição</p>	<p>Nota</p>
<p>ECL3 = 100%</p>	<p>1</p>
<p>ECL3 < 100%</p>	<p>0</p>

ECL4 – Disponibilidade de Serviço de Ultrassonografia

ECL4	
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de disponibilidade de serviços de ultrassonografia.</p>	
<p>Premissas</p> <p>Equipamentos de ultrassonografia parados para manutenção preventiva ou preditiva previstas em cronograma não serão considerados como equipamentos fora de funcionamento. Portanto, não serão considerados para fins de cálculo deste indicador. Como o Hospital deverá dispor de mais de um equipamento de ultrassonografia, pelo menos um deles estará em funcionamento, devendo proporcionar a prestação dos serviços de ultrassonografia ininterruptos.</p> <p>Portanto, a disponibilidade a ser aferida por este indicador será a da prestação do serviço, não dos equipamentos de forma individualizada.</p>	
<p>Método de Aferição</p> <p>Registro diário da disponibilidade dos equipamentos de ultrassonografia, de tempo útil de trabalho por equipamento e de tempo de paradas não programadas no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> $ECL7 = \frac{\sum (Tempo \text{ útil trabalho/equipamento} - Tempo \text{ paradas não programadas/equipamento})}{Tempo \text{ útil de trabalho por equipamento}} \times 100\%$	
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo os registros de tempo útil de trabalho por equipamento de ultrassonografia e tempos de paradas não programadas dentro do mês.</p>	
<p>Sistema de Pontuação</p>	
<p>Aferição</p>	
<p>ECL7 = 100%</p>	

ECL7 < 100%

Indicadores de Controle de Acesso – COA

Indicador	Controle de Acesso	Freq. Medição	Meta	Nota
COA 1	% de cumprimento de rondas programadas	Diária	100%	= meta:1 ≠ meta: 0
COA 2	% de cobertura em postos fixos	Diária	100%	
COA 3	Substituição de câmeras de monitoramento em até 24 horas	Periódica	>95%	

Levando-se em conta que o Grupo COA é formado por três indicadores e que esse grupo tem peso de 10% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de COA = COA 1 + COA 2 + COA 3 (3,33% cada)

A soma dos três indicadores corresponderá a 10% do total.

COA 1 – Rondas Preventivas Programadas

COA1	Rondas preventivas programadas		
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento das rondas preventivas programadas			
Premissas <p>Para cumprimento deste indicador deverá ocorrer ao menos 1 (uma) ronda completa no turno diurno (07 às 19h) e 1 (uma) ronda completa no período noturno (19 às 07h), diariamente, pelos vigilantes.</p> <p>A ronda se caracterizará como completa quando o vigilante passar por todos os pontos definidos no Plano de Segurança Patrimonial, o qual deverá ser elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE.</p> <p>O controle do cumprimento será efetuado eletronicamente, mediante dispositivos apropriados, controlados a partir da central de monitoramento e lançado no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p>			
Método de Aferição <p>Registro da realização das rondas preventivas completas e do planejamento das rondas dentro do período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> $SEG1 = \frac{\sum \text{rondas preventivas realizadas durante o período de medição}}{\sum \text{rondas preventivas previstas no período de medição}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição <p>Mensal, abrangendo os registros de realização das rondas preventivas completas e seu planejamento dentro do mês.</p>		Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	

COA1 = 100%	1
COA1 < 100%	0

COA 2 – Cobertura em Postos Fixos de Vigilância, Recepção e Portaria

COA2	Cobertura em postos fixos de vigilância
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cobertura em postos fixos de vigilância, Recepção e Portaria	
Premissas Deverá haver conferência da presença de vigilantes, recepcionistas e porteiros nos postos fixos do hospital, cujas localizações estarão definidas no Plano de Segurança Patrimonial, o qual deverá ser elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE. Para comprovação do cumprimento deste indicador, a supervisão poderá se utilizar de: <ul style="list-style-type: none"> através de ao menos 1 (uma) ronda por dia no período de operação dos postos fixos, podendo se utilizar de imagens do posto (fotos, vídeos datados e temporizados) que apresentem o status de cobertura em todos os postos pré-determinados. As imagens deverão ser lançadas no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS); através da realização de ao menos 1 (uma) ronda no período de operação dos postos fixos diariamente através do dispositivo de “bastão de ronda” em todos os postos pré-determinados. Estes dispositivos deverão estar integrados ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). 	
Método de Aferição Registro dos status de cobertura dos postos fixos de vigilância no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $\text{SEG2} = \frac{\text{Quantidade de postos fixos cobertos durante a ronda}}{\text{Quantidade total de postos fixos em operação durante a ronda}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição Diária, com comprovação do cumprimento da meta, conforme descrito.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
COA2 = 100%	1
COA2 < 100%	0

COA 3 – Tempo de Substituição de Câmeras de Monitoramento

COA3	Tempo de substituição de câmeras de monitoramento		
Objetivo do Indicador			
Aferir a taxa de cumprimento do tempo de substituição de câmeras de monitoramento em 24 horas			
Premissas			
O operador de monitoramento CFTV irá inspecionar as câmeras do sistema CFTV instaladas ao longo de todo o hospital através das telas de monitoramento e, caso identifique câmeras com imagem de baixa qualidade ou inoperantes, informará a seu supervisor para que este solicite reparo ou substituição da mesma pela equipe manutenção através de ordem de serviço (OS) em 24 horas.			
Para este indicador, serão consideradas apenas as solicitações de reparo em que forem necessárias as trocas das câmeras.			
Método de Aferição			
Registro do total das OS referentes ao reparo ou à substituição das câmeras em falha no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).			
$SEG3 = \frac{\sum \text{OS de substituição de câmeras concluídas no tempo limite (24 hs) durante o período de medição}}{\sum \text{OS causadoras de substituição de câmera no período de medição}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros das OS referentes ao reparo ou substituição de câmeras em falha dentro do mês.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
COA3 = 100%		1	

COA3 < 100%	0
-------------	---

Indicadores de Lavanderia e Rouparia – LAV

Indicador	II.6 - Rouparia/Lavanderia	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
LAV1	Taxa de atendimento de demandas programadas de enxoval por área ou serviço	Diária	100%	= meta: 1; ≠ meta: 0
LAV2	Taxa de cumprimento dos horários de entrega de enxoval	Diária	100%	
		Nota total do grupo (N _{II.6})		N = $\sum n/2$

Levando-se em conta que o Grupo LAV é formado por dois indicadores e que esse grupo tem peso de 6% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de LAV = LAV 1 + LAV 2 (3% cada)

A soma dos dois indicadores corresponderá a 6% do total.

Demandas Programadas de Enxoval por Área de Serviço – LAV 1

LAV1	Demandas programadas de enxoval por área ou serviço
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento demandas programadas de enxoval por área ou serviço	
Premissas <p>Entende-se como demanda programada, 3 (três) entregas diárias de enxoval divididas por turnos (manhã, tarde e noite) e por área ou serviço, conforme definição do Manual de Operações, elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE.</p> <p>As demandas programadas de enxoval poderão ser alteradas no dia a dia da operação, desde que haja um estoque mínimo de roupas limpas nas áreas de atendimento. Portanto, a CONCESSIONÁRIA deverá garantir um estoque de reserva de 50% acima da demanda programada.</p> <p>Os funcionários da rouparia registrarão o horário da entrega do enxoval e a quantidade de peças entregues no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou em sistema/equipamento que se integre ao HIS.</p>	
Método de Aferição <p>Registro das demandas diárias de enxoval programadas e das atendidas dentro do período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS).</p> $LAV1 = \frac{\sum \text{entregas realizadas/dia nas áreas c/ rouparia}}{\sum \text{demandas programadas/dia, considerando qtde de áreas c/ rouparia e entregas definidas/dia}} \times 100\%$	

--

Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros das demandas programadas e das atendidas dentro do mês.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
LAV1 = 100%	1	
LAV1 < 100%	0	

Cumprimento dos Horários de Entrega do Enxoval – LAV2

LAV2		Cumprimento dos horários de entrega do enxoval
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento dos horários de entrega do enxoval.		
Premissas O Supervisor da lavanderia deverá definir diariamente, o horário de entrega de enxoval por área ou serviço, de maneira que não impacte as atividades do Hospital. Os funcionários da rouparia deverão registrar o turno da entrega do enxoval no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou em sistema/equipamento que se integre ao HIS. As solicitações de urgência e avulsas não serão consideradas neste indicador.		
Método de Aferição Registros do planejamento de entregas de enxoval por área ou serviço e do turno de realização da entrega. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $LAV1 = \frac{\sum \text{entregas diárias realizadas por turno nas áreas previstas}}{\sum \text{demandas atendidas/dia nas áreas previstas}}$ O resultado deve ser multiplicado por 100%		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo o planejamento de entregas de enxoval por área ou serviço e do turno de realização da entrega dentro do mês.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
LAV2 = 100%	1	
LAV2 < 100%	0	

Indicadores de Higiene e Limpeza e Gestão de Resíduos Sólidos – LIM

Indicador	II.7 - Higiene e Limpeza	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas	Diária	100%	= meta: 1; ≠ meta: 0
LIM2	Tempo médio atendimento de chamadas pontuais p/higienização áreas não críticas	Diária	100%	
LIM3	Comprovação da destinação de Resíduos Sólidos Hospitalares	Mensal	100%	
Nota total do grupo (N _{II.7})				N = $\sum n/3$

Levando-se em conta que o Grupo LIM é formado por três indicadores e que esse grupo tem peso de 11% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de LIM = LIM1 + LIM2 + LIM3 (3,66% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 11% do total.

Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Críticas e Semi Críticas – LIM1

LIM1	Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas – Máximo 15 minutos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas.	
Premissas Serão consideradas “áreas críticas”, o centro cirúrgico e as UTIs do HOSPITAL. Serão consideradas “áreas semicríticas” aquelas que possuem um menor risco de transmissão de agentes infecciosos, mas que mesmo assim precisam de todo o cuidado para que não haja contaminação. Podemos considerar como áreas semicríticas: pronto socorro, enfermaria, ambulatório, farmácia de medicamentos e banheiros. As solicitações de chamadas pontuais devem ser registradas através da abertura de ordem de serviço no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS). Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas críticas. O tempo de atendimento às chamadas pontuais para higienização de áreas críticas não deverá ser superior a 15 minutos. Considera-se tempo de atendimento o período entre o momento da solicitação e a chegada do profissional de limpeza à área onde o serviço deverá ser prestado.	
Método de Aferição Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e seu tempo de atendimento. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $\text{LIM1} = \frac{\sum \text{chamadas de higienização de áreas críticas e semicríticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100$	

100% —————	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas e seu tempo de atendimento dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LIM1 = 100%	1
LIM1 < 100%	0

Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas – LIM2

LIM2	Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas – Máximo 25 minutos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas.	
Premissas Serão consideradas “áreas não críticas” aquelas em que o risco de desenvolvimento de infecção é mínimo ou inexistente. As solicitações de chamadas pontuais em áreas não críticas devem ser registradas através da abertura de ordem de serviço no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS). Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas não críticas. O tempo de atendimento às chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas não deverá ser superior a 25 minutos. Considera-se tempo de atendimento o período entre o momento da solicitação e a chegada do profissional de limpeza à área onde o serviço deverá ser prestado.	
Método de Aferição Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas e seu tempo de atendimento. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).	
$\text{LIM1} = \frac{\sum \text{chamadas}^p \text{ higienização de áreas críticas e semicríticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas e seu tempo de atendimento dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LIM1 = 100%	1
LIM1 < 100%	0

Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins – LIM3

LIM3	Cumprimento das Metas de Conservação de Gramados e Jardins	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento das metas de Conservação de Gramados e Jardins constantes do Manual de Operações		
Premissas O Manual de Operações do Hospital é documento a ser elaborado pela Concessionária e aprovado pelo Poder Concedente. As obrigações de conservação, poda, limpeza de gramados e jardins estarão descritas no Manual. A Concessionária deverá observar as regras de sustentabilidade no uso da água, fertilizantes, controle de pragas e destinação de lixo.		
Método de Aferição Registro do status de conservação da área de parques e jardins elaborado pelo supervisor da área e reportado ao poder concedente <div><div>Apresentação de Relatório de Conformidade Mensal</div><div>LIM3 = <div>Descumprimento das cláusulas do Manual de Operações</div><div>x</div></div><div>100%</div></div>		
Periodicidade de Aferição Mensal	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
LIM3 = 100%	1	
LIM3 < 100%	0	

Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos – LIM4

Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos Hospitalares	
LIM3	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento das regras de destinação correta de Resíduos Sólidos Hospitalares constantes do Manual de Operações	
Premissas O Manual de Operações do Hospital é documento a ser elaborado pela Concessionária e aprovado pelo Poder Concedente. As destinações corretas dos tipos de resíduos sólidos estarão descritas no Manual. Resíduos com potencial infectante, resíduos recicláveis, resíduos cortantes ou pontiagudos terão destinação descritas no Manual. A Concessionária deverá observar as regras de sustentabilidade na destinação dos resíduos sólidos	
Método de Aferição Registro e comprovação da destinação dos resíduos sólidos reportado ao poder concedente Apresentação de Relatório de Conformidade Mensal LIM3 = $\frac{\text{Descumprimento das cláusulas do Manual de Operações}}{x} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LIM4 = 100%	1
LIM4 < 100%	0

Indicadores de Nutrição e Dietética - SND

Indicador	II.8 - Nutrição e Dietética	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
SND1	Taxa de Refeições dispensadas conforme prescrição	Diária	98%	= meta: 1; ≠ meta: 0
SND2	Taxas de Cirurgias suspensas por jejum pré-operatório interrompido	Diária	0%	
SND3	Taxas de Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 60 C	Diária	98%	
SND4	Taxas cumprimento de horários pré-estabelecidos das refeições, 6 refeições/dia	Diária	98%%	
			Nota total do grupo (N_{II.8})	N = $\sum n/4$

Levando-se em conta que o Grupo SND é formado por quatro indicadores e que esse grupo tem peso de 14% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de SND = SND1 + SND2 + SND3 + SND4 (3,5% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 14% do total.

Taxa de Refeições Dispensadas Conforme Prescrição – SND1

SND1	Refeições dispensadas conforme prescrição – Mínimo = 98%	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de dispensação de refeições conforme prescrição.		
Premissas As refeições em conformidades serão aquelas que forem dispensadas de acordo com a prescrição (≥ 98%) As copeiras registrarão as refeições dispensadas no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou em um sistema / equipamento que se integre com o HIS, validando a pulseira do paciente à etiqueta gerada pela prescrição. Em contingência, o indicador deve ser medido pelo registro de não conformidades, as quais devem ser reportadas através do HIS.		
Método de Aferição Registro de refeições dispensadas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $\left(\sum \text{refeições dispensadas conforme prescrição} - \text{total de prescrições "não conformes" procedentes} \right)$ $\text{SND1} = \frac{\sum \text{refeições programadas, prescritas dentro do prazo estipulado e entregues}}{x} \times 100$		
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência
Mensal, abrangendo os registros de refeições dispensadas dentro do mês.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição		Nota

SND1 \geq 98%	1
SND1 < 98%	0

Suspensão de Cirurgias por Jejum pré operatório interrompido – SND2

SND2	Suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido – Meta = zero ocorrências
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório.	
Premissas <p>A área assistencial deverá informar, através da prescrição médica no Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>), com no mínimo 4 horas de antecedência, o início do jejum do paciente. Os casos de cirurgias de urgência não serão considerados para efeito de cálculo deste indicador.</p> <p>Os funcionários da área assistencial deverão registrar a suspensão da cirurgia no HIS com sua respectiva justificativa e, sendo por qualquer outro motivo que não seja “Jejum Interrompido”, não fará parte deste indicador. A suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido deverá ser registrada através preenchimento de formulários de não conformidade e reportados pela área assistencial para reconhecimento pelo responsável da nutrição como procedente.</p> <p>Será considerado no indicador somente ocorrências em que o serviço de nutrição tenha distribuído uma refeição destinada ao paciente no período em que ele estaria em jejum e, devido a isso, a cirurgia tenha sido cancelada.</p>	
Método de Aferição <p>Registro da prescrição médica e do horário de início de jejum do paciente e justificativa da suspensão da cirurgia. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>).</p> <p>Qtde cirurgias suspensas por jejum pré – operatório interrompido, com procedentes)</p> <p>SND2 = $\frac{\text{Qtde total de cirurgias programadas}}{x} \times 100\%$</p>	

Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência
Mensal, abrangendo os registros de cirurgias suspensas por jejum pré-operatório interrompido dentro do mês.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
SND2 = 0%	1	
SND2 > 0%	0	

Alimentação Servida em Temperatura Igual ou Acima de 60°C

Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 60° C – Meta = ≥ 98%	
SND3	
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de atendimento da temperatura da alimentação igual o u maior que 60° C.	
Premissas	
Para este indicador serão consideradas as temperaturas aferidas no momento da entrega das bandejas com alimentações quentes (almoço e jantar), através de sistema informatizado integrado ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS).	
A obtenção da temperatura das bandejas será realizada através dos sensores do carro térmico.	
Método de Aferição	
Registro de temperatura medida refeições dispensadas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).	
Σ medições de temperatura igua ou maior que 60°C	
SND3 = $\frac{\text{Qtde. temperaturas aferidas nas bandejas entregues aos pacientes no almoço e jantar}}{\text{Qtde. temperaturas aferidas nas bandejas entregues aos pacientes no almoço e jantar}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência
Mensal, abrangendo os registros das medições de temperatura da alimentação dentro do mês.	Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
SND3 ≥ 98%	1

SND3 < 98%	0
------------	---

Cumprimento dos horários pré estabelecidos das refeições para pacientes SND4

SND4	Cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes – Meta ≥ 98%
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes (6 refeições diárias).	
Premissas <p>De acordo com o Manual de Operações do hospital, todos os pacientes internados receberão seis refeições ao dia, sendo desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia.</p> <p>Os horários de distribuição das refeições estão definidos no Manual de Operações do Hospital, elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE.</p> <p>É considerada uma tolerância para entrega das refeições de até 30 (trinta) minutos para mais ou menos, de acordo com o Manual de Operações do Hospital.</p> <p>As copeiras registrarão horário da entrega da refeição para cada paciente no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou em sistema / equipamento que se integre ao HIS.</p>	
Método de Aferição <p>Registro de horários de distribuição de refeições aos pacientes. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> <p> $\text{SND4} = \frac{\Sigma \text{ refeições prescritas dentro do prazo e entregues no intervalo definido da refeição}}{\Sigma \text{ refeições programadas e prescritas dentro do prazo estipulado}} \times 100\%$ </p>	

Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de horários de distribuição das refeições aos pacientes dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	

Aferição	Nota
SND4 \geq 98%	1
SND4 $<$ 98%	0

Indicadores de Transporte de Pacientes – TPA

Indicador	Transporte de Pacientes	Freq. Medição	Meta	Nota
TPA1	Atendimento à demanda não programada de transporte externo	Diária	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0
TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas Críticas inferior a 5 minutos	Diária	100%	
TPA3	Tempo de Espera para Remoção de Cadáver do Leito de 25 minutos no máximo	Diária	100%	

Levando-se em conta que o Grupo TPA é formado por três indicadores e que esse grupo tem peso de 6% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de TPA = TPA1 + TPA2 + TPA3 (2% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 6% do total.

Atendimento à Demanda Não Programada de Transportes Externos – TPA1

TPA1	Atendimento à demanda não programada de transportes externos		
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do atendimento à demanda não programada de transportes externos			
Premissas A CONCESSIONÁRIA atenderá às demandas não programadas que serão priorizadas conforme os critérios do PODER CONCEDENTE. Serão consideradas demandas não programadas de transporte externo, as solicitações da área assistencial com 1h de antecedência. O Poder Concedente determinará o tipo de Ambulância a ser utilizado – Ambulância UTI ou Ambulância convencional As ambulâncias serão disponibilizadas com os profissionais correspondentes a cada tipo de remoção – motorista, técnico de enfermagem e médico			
Método de Aferição Registro de demandas programadas e atendidas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $TPA1 = \frac{\text{Quantidade de demandas não programadas e atendidas}}{\text{Quantidade de demandas não programadas}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de demandas programadas e atendidas de transportes externos dentro do mês.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
TPA1 = 100%		1	
TPA1 < 100%		0	

Tempo de Chamado de Maqueiros nas Áreas Críticas – TPA2

TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas críticas inferior a 5 minutos	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento a chamadas pontuais de maqueiros para as áreas críticas em tempo inferior a 5 minutos		
Premissas O Supervisor do Serviço apontará no HIS os chamados encaminhados à Central de maqueiros. A CONCESSIONÁRIA atenderá às demandas da Enfermagem das áreas críticas. A Enfermagem da área solicitante deverá registrar no HIS a hora do chamado e os eventos de atraso (tempo máximo = 5 minutos).		
Método de Aferição Registro de demandas atendidas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $TPA2 = \frac{\text{Qtde. demandas de transportes internos atendidas em mais de 5 minutos}}{\text{Qtde. demandas de transportes internos}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de demandas atendidas de transportes internos dentro do prazo de 5 minutos para as três áreas selecionadas.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
TPA2 ≤ 5%	1	
TPA2 > 5%	0	

Tempo de Espera para Remoção de Cadáver do Leito – TPA3

TPA3	Tempo de espera para remoção do cadáver do leito – Máximo = 25 minutos	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de espera (de até 25 minutos) para remoção do cadáver do leito		
Premissas <u>Início do tempo de espera</u> : quando o enfermeiro responsável ligar para o Necrotério solicitando a remoção do cadáver do leito; <u>Fim do tempo de espera</u> : quando ocorrer a remoção do cadáver. O chamado gerador da demanda deverá ser lançado no <i>HIS</i> com o horário da ligação telefônica. Assim que a remoção ocorrer deverá ser registrada no sistema.		
Método de Aferição Registro do tempo de espera para remoção do cadáver após a ligação para a Morgue. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). No. de remoções de cadáver em tempo inferior a 25 minutos do chamado TPA3 = $\frac{\text{No. total de remoções de cadáver}}{\text{No. total de remoções de cadáver}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de espera para remoção do cadáver		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
TPA3 = 100%	1	
TPA3 < 100%	0	

Indicadores de Serviços Administrativos – ADM

Indicador	Serviços Administrativos	Freq. Medição	Meta	Nota
ADM1	Tempo de funcionamento do Setor de Admissão e Alta 24 h/7 dias	Mensal	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0
ADM2	Disponibilização dos prontuários solicitados – mínimo de 90%	Mensal	90%	= meta: 1 ≠ meta: 0
ADM3	Nº de glosas Faturamento – máximo 10%	Mensal	10%	= meta: 1 ≠ meta: 0

Levando-se em conta que o Grupo ADM é formado por três indicadores e que esse grupo tem peso de 4% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de ADM = ADM1 + ADM2 + ADM3 (1,33% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 3% do total.

Tempo de Funcionamento do Setor de Internação – ADM1

ADM1	Tempo de Funcionamento do Setor de Admissão e Alta 24h dia/7dias semana	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de funcionamento do Setor deAdmissão e Alta 24h dia/7 dias semana		
Premissas O Setor de Admissão e Alta deverá funcionar ininterruptamente, 24h dia/7dias semana A ocorrênica da interrupção de funcionamento deverá ser lançada no Sistema HIS ou em outra forma de registro definida pelo Poder Concedente		
Método de Aferição Registro diário de não conformidades reportadas no período de um mês LOG3 = $\frac{\textit{Total de não conformidades reportadas no período}}{\textit{Total de dias no período}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários das não conformidades.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
ADM1 = 100%	1	
ADM1 < 100%	0	

Disponibilização dos Prontuários Solicitados – ADM2

ADM2		Disponibilização dos Prontuários Solicitados	
Objetivo do Indicador			
Aferir a taxa de cumprimento de disponibilização de prontuários na quantidade mínima de 90%			
Premissas			
O Arquivo médico deverá disponibilizar os prontuários físicos por solicitação do poder concedente para Ambulatório, Internações, SADT etc.			
A CONCESSIONÁRIA deverá entregar o prontuário no local determinado pelo poder concedente, com a solicitação feita 24 horas antes. Espera-se que os pedidos sejam atendidos em 90% dos casos.			
Método de Aferição			
Registro no HIS do número de prontuários físicos (papel) disponibilizados nas solicitações programadas			
No. de prontuários disponibilizados por demanda programada			
ADM2 = $\frac{\text{No. de prontuários disponibilizados por demanda programada}}{\text{No. de prontuários solicitados por demanda programada}^x} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros de disponibilização de prontuários por demanda programada.		Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
ADM2 ≥ 90%		1	
ADM2 < 90%		0	

Número de Glosas no Faturamento Hospitalar – ADM3

ADM3		Número de Glosas no Faturamento	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de inconformidade (glosas) no relatório mensal de Faturamento do hospital, em valores máximos de 10% de rejeição.			
Premissas O setor de Faturamento Hospitalar deverá produzir o relatório de Faturamento observando as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. As inconformidades (glosas) não deverão ser maiores que 10% do volume de produção apontado.			
Método de Aferição Com base no Datasus, aferir o número de glosas mensalmente <			

Indicadores de Tecnologia da Informação e Comunicação – TIC

Indicador	II.11 - Tecnologia de Informação e Comunicações	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
TIC1	Chamado de tecnologia atendido abaixo do tempo de SLA.*	Mensal	90%	= meta: 1; ≠ meta: 0
TIC2	Tempo p/ implementar aplicação ou correção , com base no cronograma acordado	Mensal	90%	
TIC3	Disponibilidade de Rede Local	Diária	95%	
TIC4	Disponibilidade de Web server/ Application serve/ Database Server	Diária	95%	
		Nota total do grupo (NII.11)		N = $\Sigma n/4$

Levando-se em conta que o Grupo TIC é formado por quatro indicadores e que esse grupo tem peso de 12% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de TIC = TIC1 + TIC2 + TIC3 + TIC4 (3% cada)

A soma dos quatro indicadores corresponderá a 12% do total.

Chamado de Tecnologia Atendido Abaixo do Tempo de SLA – TIC1

TIC1	Chamado de tecnologia atendido abaixo do tempo de SLA
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento para chamados de tecnologia (TIC), conforme definido por SLA.</p>	
<p>Premissas</p> <p>A CONCESSIONÁRIA deverá elaborar e entregar um Catálogo de Serviços, aderente ao <i>ITIL 4 (Information Technology Infrastructure Library)</i>, contendo todos os serviços de TIC, bem como seus requisitos e <i>SLA (Service Level Agreement)</i>, a ser aprovado pelo Poder Concedente.</p> <p>A Concessionária deverá utilizar um sistema de chamados de TIC, aderente ao ITIL e contendo métricas de atendimento (incluindo atraso ao SLA), gerenciamento de incidentes, gerenciamento de problemas, gerenciamento de ativos e gestão de contratos de TIC.</p> <p>O sistema de chamados de TIC deverá se integrar ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS)</p>	
<p>Método de Aferição</p> <p>Registro dos tempos de atendimento de chamados de tecnologia (TIC). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> <p>Total de chamados de tecnologia (TIC) atendidos abaixo do tempo de SL</p> $TIC1 = \frac{\text{Total de chamados de tecnologia (TIC) atendidos abaixo do tempo de SL}}{\text{Total de chamados de tecnologia (TIC) abertos no período de medição}} \times 100\%$	
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo os registros dos tempos de atendimento de chamados de TIC dentro do mês.</p>	<p>Ativação e Vigência</p> <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>

Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
TIC1 \geq 90%	1
TIC1 < 90%	0

Tempo para Implementar Aplicação ou Correção – TIC2

TIC2	Tempo para implementar aplicação ou correção
Objetivo do Indicador	
<p>Aferir o tempo para implementar aplicação ou correção que afete um Web Server, um <i>Application Server</i>, um <i>Database Server</i> ou Sistema Operacional, tendo como base o cronograma acordado.</p>	
Premissas	
<p>Serão consideradas aplicações ou correções as implementações nos Sistemas <i>HIS</i>, <i>RIS</i>, <i>LIS</i>, <i>PEP</i>, <i>PACS</i> de forma individualizada (Menores) ou as implementações de forma unificada que afetam todos os Sistemas <i>HIS</i>, <i>RIS</i>, <i>LIS</i>, <i>PEP</i>, <i>PACS</i> (Maiores).</p>	
<p>O percentual de meta refere-se a todas as atividades referentes ao fornecedor, não sendo consideradas atividades que estiverem atrasadas e dependam do usuário/cliente interno ou suporte/ações de outras áreas ou terceiros. Contudo, as mesmas deverão ser reportadas como atrasadas e seu acompanhamento efetuado até sua resolução. No caso de impactar o cronograma, as novas datas deverão ser acordadas e o cronograma atualizado para efeito de medição.</p>	
<p>Caso o chamado tenha que ser redirecionado para outra equipe, seja para coletar maiores informações, entendimentos, complemento de análise ou para resolver parte do incidente, o <i>SLA (Service Level Agreement)</i> devido à equipe solucionadora principal deverá ser pausado durante estas etapas e não poderá ser classificada como tempo de resolução. O Sistema de Gestão de Incidentes irá suportar esta funcionalidade.</p>	
<p>Este indicador se aplica às aplicações <i>HIS</i>, <i>RIS</i>, <i>LIS</i>, <i>PEP</i> e <i>PACS</i>, conforme especificação dos Cadernos Técnicos.</p>	

Método de Aferição

Registro dos tempos de implantação ou correção que afete um *Web Server*, um *Application Server*, um *Database Server* ou Sistema Operacional. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Gestão de Incidentes.

$$1 - (\Sigma EP - \Sigma EV)$$

$$TIC2 = \frac{\Sigma EP}{\Sigma EP} \times 100\%$$

onde

EV: valor executado do projeto até a data de corte definida (-1 dia antes do reporte).

EP: valor planejado do projeto até a data de corte definida (-1 dia antes do reporte).

EV corresponde ao somatório de todas as atividades executadas até o momento da extração do indicador e suas respectivas proporcionalidades de completude, considerando seus desvios (atrasos ou adiantamentos), conforme cronograma atualizado do projeto.

EP corresponde ao somatório de todas as atividades do projeto planejadas até o momento da extração do indicador e suas respectivas proporcionalidades de completude, considerando seus desvios (atrasos ou adiantamentos), conforme cronograma atualizado do projeto.

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros dos tempos de implantação ou correção dentro do mês.

Ativação e Vigência

Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.

Sistema de Pontuação**Aferição****Nota**

TIC2 ≥ 90%

1

TIC2 < 90%	0
------------	---

Disponibilidade de Rede Local (LAN availability) – TIC3

TIC3	Disponibilidade de rede local (LAN availability) – Meta = 95% tempo rede disponível
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade da rede local (<i>LAN availability</i>) através do tempo de indisponibilidade do “ <i>cluster core</i> ”,	
Premissas <p>A rede é composta por todos os pontos de rede, conectados ou não. Serão considerados, para cálculo de disponibilidade, a resposta do <i>cluster core</i>, considerando principal e redundante.</p> <p>Serão considerados, para efeito de horas indisponíveis, apenas as horas completas entre a abertura e o direcionamento do chamado para a equipe responsável até resolução do problema.</p> <p>Deverá ser aplicado caso o servidor não esteja respondendo e nem a sua redundância.</p> <p>Os tempos referentes às paradas programadas deverão ser considerados para o cálculo de disponibilidade do “<i>cluster core</i>”.</p>	
Método de Aferição <p>Registro dos tempos de indisponibilidade do <i>cluster core</i>.</p> $TIC3 = \left(1 - \frac{\sum \text{tempos de indisponibilidade do cluster core}}{1440 \text{ minutos}} \right) \times 100\%$	

	Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários dos tempos de indisponibilidade do “ <i>cluster core</i> ” dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
	Sistema de Pontuação	
	Aferição	Nota
	TIC3 \geq 95%	1
	TIC3 < 95%	0

Disponibilidade de Web Server/Application Service/Database Server – TIC4

TIC4	Disponibilidade de <i>Web Server / Application Server/ Database Server</i>
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade do <i>Web Server / Application Server / Database Server</i> .	
Premissas Este indicador se aplica às aplicações <i>HIS, RIS, LIS, PEP e PACS</i> , conforme especificação dos Cadernos Técnicos. O número de dias de ocorrências de indisponibilidade de Web Server não poderá ultrapassar dois dias a cada mês.	
Método de Aferição Registro de horas completas de indisponibilidade diária (considerando indisponibilidade de acesso geral) dos módulos que compõem o(s) servidor(es). $TIC4 = \frac{\sum \text{módulos indisponíveis}}{\text{Total de módulos implantados no(s) servidor(es)}} \times \frac{\sum \text{horas completas de indisponibilidade}}{24 \text{ horas}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de indisponibilidade diária dos módulos do(s) servidor(es) dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.

Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
TIC4 ≥ 95%	1
TIC4 < 95%	0

Indicador de Adimplemento das Contas Públicas e Eficiência Energética – CPU

Indicador	Adimplemento das Contas Públicas	Freq. Medição	Meta	Nota
CPU1	Comprovação de Adimplemento das Contas Públicas	Mensal	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0
CPU 2	Consumo de Energia Elétrica Mensal Inferior a 417.690 KWh	Mensal	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0

Levando-se em conta que o Grupo CPU é formado por apenas dois indicadores e que esse grupo tem peso de 2,5% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de CPU = CPU1 + CPU2 = 2,5% do total

Comprovação de Adimplemento de Contas Públicas – CPU1

CPU1	Comprovação de Adimplemento das Contas Públicas – Meta = 100%	
Objetivo do Indicador Comprovar o pagamento das contas públicas discriminadas sem atrasos		
Premissas Serão considerados Contas Públicas as despesas hospitalares referentes a Água, Gás de Cozinha, Gases Medicinais, Telefonia e Internet <ul style="list-style-type: none">Meta: apresentação dos comprovantes de pagamento correspondentes às despesas de contas públicas		
Método de Aferição Apresentação dos comprovantes de pagamento correspondentes às despesas de contas públicas $CPU1 = \frac{\text{Apresentação dos comprovantes de pagamentos das contas públicas}}{\text{Contas em atraso}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
CPU1 = 100%	1	
CPU1 < 100%	0	

CPU 2		Indicador de Eficiência Energética	
Objetivo do Indicador Aferir a redução de consumo de energia elétrica a partir de uma estimativa de consumo			
Premissas A estimativa de consumo de energia elétrica de um estabelecimento hospitalar público, localizado em Palmas – TO, de funcionamento tradicional, sem a implantação de métodos de redução de consumo, com área construída de 21 mil m² e com número de pacientes-dia de 180 está estimado em 491.400 KWH/mês. Com a implantação de medidas de economia de energia na fase de projetos e de operação, o consumo deverá ser reduzido em 15%, chegando ao máximo de 417.690 KWH/mês			
Método de Aferição Verificação do consumo mensal em KWH. O dado será obtido da conta mensal de energia			
Periodicidade de Aferição Mensal, a partir da conta de energia		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
CPU 2 ≤ 417.690 KWH/mês		1	
CPU 2 > 417.690 KWH/mês		0	

Considerações Finais

Os indicadores descritos nesse documento têm o intuito de avaliar unicamente os processos envolvendo a CONCESSIONÁRIA. Desta forma, deve-se excluir das medições citadas nos tópicos mencionados tudo aquilo que estiver fora do total controle da CONCESSIONÁRIA. Portanto, considera-se que:

- Não deverão ser contabilizados nas medições eventos de inconformidade, indisponibilidade ou perda nos índices de atendimento técnico nos casos que envolvam atos criminosos, vandalismo ou agressões por parte de usuários. Nestes casos, a CONCESSIONÁRIA deverá registrar em seu sistema de segurança a ocorrência destes eventos para justificar o eventual não cumprimento de suas obrigações devido ao fato ocorrido. Quando necessário, essa justificativa poderá ser avaliada junto ao PODER CONCEDENTE.
- Não deverão ser contabilizados nas medições eventos de inconformidade, indisponibilidade ou perda nos índices de atendimento técnico que sejam causadas pelo impedimento da execução de serviços da CONCESSIONÁRIA, devido a solicitações de funcionários ou representantes do PODER CONCEDENTE. Nestes casos, a CONCESSIONÁRIA deverá solicitar ao impediante que registre e firme uma justificativa formal para o não cumprimento dos seus deveres.
- Paradas preventivas programadas, comunicadas e acordadas, com antecedência, não deverão ser contabilizadas nas medições de desempenho dos indicadores.
- Os cálculos de disponibilidade de equipamentos que utilizem água e/ou energia elétrica para operar não deverão considerar tempo de indisponibilidade em caso da falta dessas utilidades provenientes de falhas ou problemas procedentes de suas respectivas

concessionárias, caso esta falha permaneça por mais de 24 horas de sua ocorrência. Esses tempos de indisponibilidade deverão, portanto, ser desconsiderados nos cálculos de disponibilidade.