

Anexo 5

Indicadores de Desempenho

Sumário

1.	INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE	3
2.	FATOR DE DESEMPENHO (FDE).....	4
2.1.	CONSIDERAÇÕES SOBRE O FDE	5
2.1.1.	CÁLCULO DA NOTA	5
2.1.2.	REVISÃO DOS INDICADORES.....	5
2.1.3.	PERIODICIDADE DA APURAÇÃO.....	5
2.1.4.	INÍCIO DA APURAÇÃO.....	6
2.1.5.	FONTE DE DADOS	6
3.	INDICADORES DE QUALIDADE (IQ).....	8
3.1.	INDICADORES DE LOGÍSTICA (LOG)	9
3.2.	INDICADORES DE CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME).....	12
3.3.	INDICADORES DE MANUTENÇÃO PREDIAL (MAN)	15
3.4.	INDICADORES DE ENGENHARIA CLÍNICA (ECL)	21
3.5.	INDICADORES DE CONTROLE DE ACESSO (COA)	25
3.6.	INDICADORES DE LAVANDERIA (LAV).....	30
3.7.	INDICADORES LIMPEZA, GRS E PARQUES E JARDINS (LIM)	33
3.8.	INDICADORES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)	38
3.9.	INDICADORES DE TRANSPORTE PACIENTES (TPA).....	42
3.10.	INDICADORES DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC).....	4546
3.11.	INDICADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – ADM	50
3.12.	INDICADORES DE DISPONIBILIDADE (IDI)	5253
3.13.	INDICADORES DE INSUMOS HOSPITALARES	56
4.	INDICADORES DE SATISFAÇÃO	60
4.1.	CONTRATAÇÃO DO INSTITUTO DE PESQUISA	61
5.	APENDICE A – INDICADORES DE DESEMPENHO DURANTE A FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA	65
5.1.	INDICADORES DE LOGÍSTICA (LOG)	66
5.2.	INDICADORES DE CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME).....	66
5.3.	INDICADORES DE CONTROLE DE ACESSO (COA)	67
5.4.	INDICADORES DE LAVANDERIA (LAV).....	67
5.5.	INDICADORES LIMPEZA, GRS E PARQUES E JARDINS (LIM)	67
5.6.	INDICADORES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)	68
5.7.	INDICADORES DE TRANSPORTE PACIENTES (TPA).....	68
5.8.	INDICADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – ADM	68
5.9.	INDICADORES DE INSUMOS	69
5.10.	INDICADORES DE SATISFAÇÃO	69
6.	APÊNDICE B – RESUMO INDICADORES.....	70

1. INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE

Hospitais são instituições complexas e representam os maiores gastos no custeio da saúde pública e privada. A busca por estratégias de melhoria de desempenho, eficiência e satisfação de pacientes e gestores é uma das maiores preocupações na gestão hospitalar.

Indicadores de desempenho são ferramentas essenciais para avaliar, comparar e estabelecer padrões de remuneração para os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS). No caso do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), os indicadores de desempenho são fundamentais para estabelecer regras de pagamento ao parceiro privado e sua relação com o Poder Concedente.

A complexidade da gestão hospitalar é aumentada pela composição da força de trabalho, estrutura organizacional e natureza delicada dos serviços prestados. Fatores externos, como contenção de custos, alta demanda por qualidade e sistemas alternativos de prestação de serviços, também complicam a gestão.

Devido aos elevados custos dos hospitais, os gestores buscam aumentar a eficiência institucional. Indicadores de desempenho sinalizam ao gestor o nível de desempenho da instituição em relação a modelos de referência. Eles são medidas que expressam resultados em índices numéricos e estão associados a abordagens como melhoria da qualidade, acreditação e certificação hospitalar.

A aplicação eficaz de indicadores permite identificar pontos críticos na gestão e promover a eficiência contínua, visto que fornecem informações mensuráveis que descrevem a realidade da organização e são essenciais para o cumprimento das obrigações contratuais. O cumprimento das metas estabelecidas influenciará a remuneração dos serviços sob concessão.

2. FATOR DE DESEMPENHO (FDE)

O Fator de Desempenho (FDE) objetiva aferir a qualidade dos serviços prestados pela Concessionária. A avaliação do desempenho será realizada mediante a apuração e cálculo do FDE, que será representado por uma nota, resultante da somatória de avaliações dos indicadores descritos nesse documento.

A pontuação alcançada no FDE reflete a satisfação global com os serviços oferecidos, sendo avaliada conforme metas de desempenho estabelecidas em uma escala de 0 (zero) – indicando o não cumprimento total das metas, a 1 (um) – representando o pleno cumprimento e superação das metas.

O FDE terá o objetivo de alinhar o valor a ser pago como Contraprestação Pública Efetiva (CPE) proporcionalmente ao alcance dos indicadores.

O FDE é composto pela somatória de duas partes do conjunto de critérios de mensuração, conforme disposto:

FDE (Fator de Desempenho) = IQ (Indicadores de Qualidade) + IS (Indicadores de Satisfação)

Os Indicadores de Qualidade (IQ) são representados pelos 53 indicadores descritos neste documento, organizados em grupos temáticos correlatos. Cada grupo possui um peso específico, proporcional à criticidade da área avaliada.

Os Indicadores de Satisfação (IS) serão obtidos por meio de pesquisas de satisfação direcionadas a pacientes e acompanhantes, bem como através de uma pesquisa separada realizada entre os trabalhadores da área assistencial.

A expressão utilizada para calcular os indicadores de satisfação (IS) será: $IS = 0,10 \times IS1 + 0,10 \times IS2$.

A distribuição dos valores ponderais entre os Indicadores de Qualidade (IQ) e os Indicadores de Satisfação (IS) é de 80% para os IQ e 20% para os IS, respectivamente.

Assim, o Fator de Desempenho é representado pela seguinte fórmula:

$$FDE = 0,8 \times IQ + 0,2 \times IS$$

Onde

FDE: Fator de Desempenho

IQ: Indicadores de Qualidade IS: Indicadores de Satisfação

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O FDE

2.1.1. CÁLCULO DA NOTA

Cada indicador será avaliado com uma nota que varia entre 1 (um), representando a nota máxima, e 0 (zero), representando a nota mínima. A avaliação seguirá uma escala de alcance de objetivos com os seguintes valores:

- *1,00 – Resultado máximo;*
- *0,75 – Resultado bom;*
- *0,50 – Resultado médio;*
- *0,25 – Resultado ruim;*
- *0,00 – Resultado nulo.*

Os cálculos das notas serão considerados até duas casas decimais. Caso necessário, o arredondamento será para mais se o algarismo da terceira casa decimal for superior a cinco.

2.1.2. REVISÃO DOS INDICADORES

O FDE poderá ser revisado periodicamente para incluir, excluir ou alterar os indicadores, suas premissas e métricas. A revisão poderá abranger os pesos e as metas dos indicadores.

Serão previstas revisões ordinárias e extraordinárias. As primeiras se referem às revisões quinquenais previamente estabelecidas no contrato, ao passo que as segundas dizem respeito às revisões que se fizerem necessárias, a qualquer momento do contrato, quando os indicadores comprovadamente estiverem sendo ineficazes para o fim a que se destinam.

A primeira revisão ordinária ocorrerá após 60 dias, contados da data da emissão da última Ordem de Início da Operação Definitiva, e as revisões ordinárias subsequentes serão realizadas a cada cinco anos, contados da data do início da operação do HRMS.

As revisões dos indicadores devem ser objeto de pactuação entre o Poder Concedente e a Concessionária. Qualquer alteração, inclusão ou exclusão de indicadores, bem como a modificação das métricas, pesos e metas, deverá ser acordada mutuamente entre as partes envolvidas.

O verificador independente auxiliará o Poder Concedente e a Concessionária nas revisões ordinárias e extraordinárias, mediante a propositura de inclusão e/ou exclusão de indicadores, alterações de premissas e métricas e modificações de metas a serem alcançadas, que deverão estar amparadas em estudos técnicos e informações de desempenho da Concessionária.

2.1.3. PERIODICIDADE DA APURAÇÃO

Os indicadores que compõem o FDE serão apurados mensalmente. O relatório de desempenho será elaborado trimestralmente, de modo que eventuais penalizações por

descumprimento da Concessionária terão vigência no trimestre subsequente.

O Poder Concedente ou o Verificador Independente terão um prazo de um mês após o fechamento do trimestre para análise e conclusão da apuração dos indicadores.

O relatório de desempenho deve incluir o histórico dos indicadores, bem como o alcance ou a nota obtida pela concessionária durante o período de avaliação. A periodicidade trimestral, traduzida em uma média dos meses analisados, permite que a Concessionária adote providências dentro do trimestre para compensar eventuais inconformidades.

O Poder Concedente ou o Verificador Independente informarão à Concessionária sobre as conclusões que possam gerar eventuais penalizações na contraprestação mensal. A Concessionária terá um prazo de 5 (cinco) dias úteis para apresentar contestação ou esclarecimentos. Após esse trâmite, a Concessionária poderá emitir a nota fiscal referente à contraprestação mensal, que será ajustada conforme o valor mensal determinado para o trimestre subsequente.

2.1.4. INÍCIO DA APURAÇÃO

Os indicadores que compõem o Fator de Desempenho (FDE) serão apurados a partir do quarto mês de operação do hospital. No segundo trimestre de operação, embora os indicadores sejam monitorados, as notas atribuídas a eles serão consideradas como notas máximas, com valor de 1,00. A partir do sétimo mês de operação, a apuração das notas dos indicadores passará a influenciar o cálculo do valor da contraprestação mensal.

O início da incidência dos Indicadores de Desempenho para a operação dos Serviços Não Assistenciais da Edificação Existente deverá considerar o mesmo prazo de medição de 6 (seis) meses.

2.1.5. FONTE DE DADOS

A fonte de dados para a avaliação do alcance das metas estabelecidas neste documento será preferencialmente obtida por meio de sistemas automatizados de monitoramento dos indicadores. A Concessionária deverá prover um Sistema de Gerenciamento da Edificação (*BMS – Building Management System*), customizado para atender aos indicadores aqui estabelecidos. Além disso, o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) também será fonte de informações para o cálculo do alcance dos indicadores. A Concessionária deverá maximizar a utilização de sensores automáticos que alimentem o sistema informatizado, permitindo o cálculo automático do desempenho dos indicadores.

A Concessionária deverá garantir acesso completo aos dados do Sistema de Gerenciamento da Edificação (BMS) e do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ao Poder Concedente ou ao Verificador Independente. Esses sistemas deverão ser certificados para assegurar a total confiabilidade de suas informações.

A Concessionária tem a obrigação de prover as informações necessárias para análise da conformidade do relatório trimestral de indicadores pelo Poder Concedente ou Verificador Independente, devendo ser viabilizada a realização de vistorias para a aferição das notas e

análise de informações e documentos, sempre que necessário.

Nos tópicos adiante serão relacionados os Indicadores de Qualidade (IQ) e os Indicadores de Satisfação (IS) considerados como adequados para apurar o desempenho da Concessionária contratada para as atividades Bata Cinza no Hospital Regional do Mato Grosso do Sul.

3. INDICADORES DE QUALIDADE (IQ)

Os indicadores de qualidade serão distribuídos em 13 grupos, conforme mostrado a seguir. São 53 indicadores de desempenho, com pesos ponderais distintos.

A avaliação do cumprimento dos indicadores será realizada de forma gradual, conforme demonstrado no cálculo da nota. No entanto, as metas serão individualizadas em seus percentuais de alcance. Isso significa que o Poder Concedente estabelecerá índices razoáveis e exequíveis para cada indicador, respeitando os limites de segurança para o paciente e alinhando-os às exigências de qualidade dos melhores serviços hospitalares nacionais.

Tabela 1 – GRUPOS DE INDICADORES

GRUPO	INDICADORES	QUANT.	PESO
LOG	Logística – Almoxarifado e Farmácia	4	10%
CME	Central de Material Esterilizado	3	4%
MAN	Manutenção Predial	6	10%
ECL	Engenharia Clínica	4	10%
COA	Controle de Acesso – Recepção e Portaria/Vigilância	5	10%
LAV	Lavanderia	3	4%
LIM	Limpeza/Gestão Resíduos Sólidos/ e Parques e Jardins	4	8%
SND	Nutrição e Dietética	5	12%
TPA	Transporte Pacientes (Ambulâncias/Maqueiros/Necrotério)	4	4%
TIC	Tecnologia da Informação e Telefonia	5	10%
ADM	Serviços Administrativos	3	4%
IDI	Disponibilidade (Água, Gases Medicinais, Gás de Cozinha, Internet e Telefonia)	4	4%
INSUMOS	Aquisição de Insumos Hospitalares	3	10%
		53	100%

Cada um dos grupos mencionados acima possui um conjunto de indicadores, conforme indicado na tabela. A nota atribuída a cada grupo será calculada pela média aritmética dos indicadores pertencentes ao respectivo grupo. Exemplo: Caso a CONCESSIONÁRIA obtenha as seguintes notas para os indicadores de logística (LOG):

- LOG1: 1,00
- LOG2: 0,75
- LOG3: 0,75
- LOG4: 1,00

A média dos quatro indicadores será calculada da seguinte forma:

1. *Somamos as notas: $1,00 + 0,75 + 0,75 + 1,00 = 3,50$*
2. *Dividimos a soma pelo número de indicadores: $3,50 / 4 = 0,875$*
3. *Arredondamos o resultado para duas casas decimais: $0,875 \approx 0,88$. Portanto, a nota referente ao grupo de indicadores LOG será 0,88.*

Portanto, a nota referente ao grupo de indicadores LOG será 0,90.

O mesmo cálculo será aplicado para cada grupo de indicadores até alcançar a nota final dos indicadores de qualidade (IQ).

3.1. INDICADORES DE LOGÍSTICA (LOG)

TABELA 2 – TABELA DE INDICADORES DE LOGÍSTICA

Indicador	Logística	Periodicidade de Aferição	Meta
LOG1	Taxa de cumprimento do tempo médio para atendimento aos chamados por demanda não programada	Mensal	$\geq 95\%$
LOG2	Taxa de acurácia de inventário	Trimestral	$\geq 95\%$
LOG3	Taxa de falhas de dispensação de medicamentos	Mensal	$\leq 1\%$
LOG4	Taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	Mensal	$\leq 1\%$

TABELA 3 – TEMPO MÉDIO PARA ATENDIMENTO AOS CHAMADOS POR DEMANDA NÃO PROGRAMADA (LOG1)

LOG1	Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada para o fornecimento de medicamentos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo médio (até 10 minutos) para 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". 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). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS).	
LOG1 $= \frac{\text{Edos chamados não programados dentro do mês atendidos em até 10 min}}{\text{Total de chamados não programados dentro do mês}} \times 100\%$	

LOG1	Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada para o fornecimento de medicamentos	
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência
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 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%	1,00
	95% > LOG1 ≥ 92%	0,75
	92% > LOG1 ≥ 90%	0,50
	90% > LOG1 ≥ 87%	0,25
	LOG1 < 87%	0,00

TABELA 4 – TAXA DE ACURÁCIA DE INVENTÁRIO (LOG2)

TABELA 4 – TAXA DE ACURÁCIA DE INVENTÁRIO (LOG2)	
LOG2	Acurácia do inventário
Objetivo do Indicador Garantir a precisão do inventário no almoxarifado e farmácia, assegurando que a quantidade física de itens corresponda à quantidade registrada no sistema.	
Premissas • Contagem Regular: Realização de contagens físicas regulares trimestrais para verificar a acuracidade do inventário, que deverão ser consignadas em relatórios datados e assinados pelos conferentes, posteriormente arquivados para futura fiscalização pelo PODER CONCEDENTE e/ou VERIFICADOR INDEPENDENTE. • Sistema de Registro: Utilização de um sistema informatizado de gestão de inventário que registre todas as entradas e saídas de produtos. • Treinamento: Equipe de almoxarifado e farmácia devidamente treinada para realizar contagens físicas e registrar movimentações de estoque com precisão. • Procedimentos Padronizados: Implementação de procedimentos padronizados para contagem e registro de inventário. • Meta: taxa de acurácia de inventário ≥ 95%.	
Método de Aferição • Comparação entre os dados do sistema informatizado e os resultados das contagens físicas realizadas periodicamente. • Fonte de Dados: registros do Sistema de Gestão de Inventário (SGI) e registros de contagens físicas. LOG 2 = $\frac{\text{Número de itens corretos no inventário}}{\text{Número de itens verificados}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Trimestral , abrangendo os registros do sistema informatizado para inventário de estoques.	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

LOG2	Acurácia do inventário
	Administrativa.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LOG2 ≥ 95%	1,00
95% > LOG2 ≥ 90%	0,75
90% > LOG2 ≥ 85%	0,50
85% > LOG2 ≥ 80%	0,25
LOG2 < 80%	0,00

TABELA 5 – FALHA NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LOG3)

LOG3	Falha de dispensação de medicamentos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de falhas de dispensação de medicamentos.	
Premissas - Não são consideradas falhas: - 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 ≤ 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). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $\text{LOG 3} = \frac{\text{Total de não conformidades reportadas no período}}{\text{Total de itens de medicamentos dispensados no período}} \times 100\%$	
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 ≤ 1%	1,00
1% < LOG3 ≤ 2%	0,75
2% < LOG3 ≤ 3%	0,50
3% < LOG3 ≤ 5%	0,25
LOG3 > 5%	0,00

TABELA 6 – FALHAS DE DISPENSAÇÃO DE KITS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS (LOG4)

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.	

LOG4		Falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos
Premissas - São considerados: kits de materiais e medicamentos para o Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e todas as demais áreas que realizam procedimentos invasivos de qualquer complexidade. - Não será considerada falha: Materiais e medicamentos indisponíveis no estoque. Meta: taxa de falhas de dispensação ≤ 1%.		
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). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $\text{LOG 4} = \frac{\text{Total de não conformidades reportadas no período}}{\text{Total de itens de kits de materiais e medicamentos dispensados no período}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros diários das não conformidades e dos kits de materiais e 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
LOG4 ≤ 1%		1,00
1% < LOG4 ≤ 2%		0,75
2% < LOG4 ≤ 3%		0,50
3% < LOG4 ≤ 4%		0,25
LOG4 > 4%		0,00

3.2. INDICADORES DE CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

TABELA 7 – TABELA DE INDICADORES DE CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO

Indicador	Centro de Material Esterilizado	Periodicidade de Aferição	Meta
CME1	Atendimento às Demandas Programadas	Mensal	≥ 98%
CME2	Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas	Mensal	≥ 95%
CME3	Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização	Mensal	= 100%

TABELA 8 – ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS PROGRAMADAS (CME1)

CME1	Atendimento às Demandas Programadas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento às demandas programadas.	
Premissas São consideradas demandas programadas aquelas solicitadas de acordo com o cronograma pré-	

CME1		Atendimento às Demandas Programadas
		estabelecido através do mapa cirúrgico, com antecedência mínima de 24 horas. Isso inclui tanto as caixas cirúrgicas e instrumentais, quanto os materiais e/ou instrumentais destinados a atender as áreas demandantes.
		• Meta: taxa de atendimento $\geq 98\%$.
		Método de Aferição • Registro diário de demandas programadas com tempo igual ou superior a 24 horas, atendidas no dia, bem como de todas as demandas programadas no período (mês). • Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $CME1 = \frac{\text{Total demandas programadas atendidas}}{\text{Total de demandas programadas}} \times 100\%$
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros diários das demandas programadas com tempo superior a 24 horas, atendidas no dia e todas as demandas programadas 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
CME1 $\geq 98\%$		1,00
98% > CME1 $\geq 96\%$		0,75
96% > CME1 $\geq 94\%$		0,50
94% > CME1 $\geq 92\%$		0,25
CME1 < 92%		0,00

TABELA 9 – ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS NÃO PROGRAMADAS (CME2)

CME2	Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento do tempo de cumprimento às demandas não programadas.	
Premissas • Demandas não programadas ao CME se referem a procedimentos de urgência ou instrumentais não presentes na caixa cirúrgica e necessários por solicitação da equipe técnica. • O tempo de cada chamado será calculado da seguinte forma: - Tempo do Chamado = Fim do Chamado – Início do Chamado - Início do Chamado: Horário de abertura da solicitação do material ou instrumental pelo Sistema de Informação Hospitalar (HIS) - Fim do Chamado: Horário de entrega da demanda não programada ao setor demandante. A confirmação do fim do chamado será registrada pelo sistema através da confirmação do recebimento da demanda. Em casos de contingência, essa confirmação deverá ser feita por protocolo assinado e inserido posteriormente no HIS. • Meta: taxa de atendimento ≤ 10 minutos em 95% das ocorrências.	
Método de Aferição • Registro do cálculo do tempo de atendimento de todas as demandas não programadas dentro do período (mês).	

CME2 Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas	
Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS).	
$CME\ 2 = \frac{\sum \text{de atendimentos a demandas não programadas em menos de 10 minutos}}{\sum \text{Quantidade de demandas não programadas}} \times 100\%$	
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.	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
CME2 ≥ 95%	1,00
95% > CME2 ≥ 92%	0,75
92% > CME2 ≥ 89%	0,50
89% > CME2 ≥ 86%	0,25
CME2 < 86%	0,00

TABELA 10 – CUMPRIMENTO DO CONTROLE BIOLÓGICO, FÍSICO E QUÍMICO DE ESTERILIZAÇÃO (CME3)

CME3	Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento de testes de controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização.	
Premissas	
Sistema de Gestão de Esterilização: o sistema de gestão de esterilização do equipamento deverá informar o resultado físico para cada ciclo de esterilização. Indicadores Químicos: os indicadores químicos serão coletados pela leitura de um indicador químico incluído em cada pacote. Exemplos incluem: Classe 1: Indicador de processo. Classe 5: Indicadores integrados. Além disso, o resultado informatizado do equipamento será utilizado, como no caso do Classe 2: Teste de Bowie & Dick. Controle Biológico: o controle biológico será realizado através da leitura de um indicador biológico incluído em cada carga, geralmente no pacote desafio, que será esterilizada. Testes em conformidade: são aqueles que apresentam resultados compatíveis com todos os critérios químicos e biológicos estabelecidos. Pacotes Analisados: os pacotes que passaram pelo processo de esterilização serão analisados e apresentados por lotes. O funcionário do CME (Central de Material e Esterilização) deverá inserir no sistema HIS os resultados de cada teste biológico, físico e químico realizado diariamente. Meta: taxa de cumprimento de 100%.	
Método de Aferição	

CME3	Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização
- Registro diário de testes biológicos, físicos e químicos diariamente realizados em conformidade. Fonte de dados: registros do HIS $CME\ 3 = \frac{\sum \text{registros de testes biológicos, físicos e químicos realizados em conformidade}}{\sum \text{dias previstos de testes}} \times 100\%$	
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.	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
CME3 = 100%	1,00
100% > CME3 ≥ 99%	0,75
99% > CME3 ≥ 98%	0,50
98% > CME3 ≥ 97%	0,25
CME3 < 97%	0,00

3.3. INDICADORES DE MANUTENÇÃO PREDIAL (MAN)

TABELA 11 – TABELA DE INDICADORES DE MANUTENÇÃO PREDIAL

Indicador	Manutenção Predial	Periodicidade de Aferição	Meta
MAN1	Tempo de cumprimento das Ordens de Serviço de Zeladoria	Mensal	≥ 95%
MAN2	Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva	Mensal	≥ 98%
MAN3	Tempo de restabelecimento de energia elétrica - emergência	Diário	= 100%
MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas	Mensal	≥ 95%
MAN5	Tempo de indisponibilidade de elevadores críticos	Mensal	≥ 98%
MAN6	Tempo de Resposta a Chamados de Manutenção Corretiva	Mensal	≥ 98%

TABELA 12 – TEMPO DE CUMPRIMENTO DAS ORDENS DE SERVIÇOS DE ZELADORIA (MAN1)

MAN1	Tempo de Cumprimento das Ordens de Serviços de Zeladoria
Objetivo do Indicador Aferir o tempo para correção de problemas referentes a Zeladoria do prédio	
Premissas - Será considerado para este indicador o tempo que a CONCESSIONÁRIA levou para resolver problemas de zeladoria em atendimento às Ordens de Serviço (OS). - Os pedidos de reparos deverão ser registrados em um sistema informatizado, que registrará tanto a hora do pedido quanto a hora da conclusão do reparo.	

MAN1		Tempo de Cumprimento das Ordens de Serviços de Zeladoria	
Serão considerados prazos conforme a tabela abaixo, que não é exaustiva, porém apresenta eventos que terão seus prazos mensurados para fins de aferição do indicador			
Reparos ou substituição de luminárias, lâmpadas, fusíveis e periféricos		Até 4 horas	
Reparos e ajustes em redes hidrossanitárias		Até 6 horas	
Reparos de fornos, bombas, caixa-d'água, extintores		Até 8 horas	
Retoque de reboco e pintura de paredes e forros		Até 24 horas	
- Situações em que a CONCESSIONÁRIA esteja impedida de realizar os reparos por determinação da equipe assistencial não serão consideradas na aferição do tempo para atendimento. Meta: tempo de cumprimento ≥ 95%.			
Método de Aferição			
- Registro horário de entrada da OS no sistema e horário de conclusão do reparo, consideradas no período (mês). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).			
$MAN1 = \frac{\sum \text{de atendimentos a OS de zeladoria nos prazos estabelecidos}}{\sum \text{OS de zeladoria}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros horários de ordens de serviço 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	
MAN1 ≥ 95%		1,00	
95% > MAN1 ≥ 90%		0,75	
90% > MAN1 ≥ 85%		0,50	
85% > MAN1 ≥ 80%		0,25	
MAN1<80%		0,00	

TABELA 13 – CUMPRIMENTO DO PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (MAN2)

MAN2	Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva
Objetivo do Indicador	
Avaliar o cumprimento das ações de Manutenção Preventiva	
Premissas	
- Serão considerados para esse indicador o relatório de ações da CONCESSIONÁRIA em Manutenção Predial Preventiva em atendimento ao Manual de Procedimentos Operacionais. Meta: manutenção preventiva ≥ 98%.	
Método de Aferição	
- Registro de ações ou intervenções referentes à Manutenção Preventiva, conforme Manual. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).	

MAN2	Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva
$MAN2 = \frac{\sum \text{de ações de manutenção preventiva realizadas no mês}}{\sum \text{de ações de manutenção preventiva previstas no mês}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os de ações de manutenção preventiva no 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
MAN2 ≥ 98%	1,00
98% > MAN2 ≥ 95%	0,75
95% > MAN2 ≥ 92%	0,50
92% > MAN2 ≥ 89%	0,25
MAN2 < 89%	0,00

TABELA 14 – TEMPO DE RESTABELECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA – EMERGÊNCIA (MAN3)

MAN3	Tempo de restabelecimento de abastecimento de energia elétrica- emergência
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de restabelecimento de energia elétrica pelo grupo gerador em até 10 segundos.	
Premissas Para este indicador, são consideradas as seguintes premissas: • Medições Diárias: as medições diárias serão realizadas a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição. • Sistemas de Backup: em casos de falta de energia elétrica, os seguintes sistemas serão ativados automaticamente: • Sistema UPS (Unidade de Alimentação Ininterrupta): Fornece energia ininterrupta, por tempo determinado, aos servidores do Complexo Hospitalar e para os setores classe 0,5 conforme critérios previstos no item 7.2.1. da RDC nº50/2002. • Usina de Geração de Energia: Alimenta cargas de classe 15 (equipamentos eletromédicos utilizados em procedimentos cirúrgicos e sustentação de vida, como ventiladores mecânicos) e classe 0,5 (luminárias cirúrgicas), conforme critérios previstos no item 7.2.1. na RDC nº50/2002. • Descrição dos Sistemas de Backup: - Classe 0,5: Refere-se a equipamentos e sistemas que necessitam de uma fonte de energia ininterrupta e de alta confiabilidade, como luminárias cirúrgicas e outros dispositivos críticos que não podem sofrer interrupções durante procedimentos médicos. Esses sistemas são alimentados pelo Sistema UPS (Unidade de Alimentação Ininterrupta), que fornece energia por um período determinado em caso de falha na rede elétrica principal. - Classe 15: Inclui equipamentos eletromédicos essenciais para a sustentação de vida e procedimentos cirúrgicos, como ventiladores mecânicos e outros dispositivos médicos de alta criticidade. Estes são alimentados pela Usina de Geração de Energia, que entra em operação automaticamente em caso de falta de energia elétrica, garantindo a continuidade dos serviços vitais conforme os critérios estabelecidos pela RDC 50. • Medições Consideradas:	

MAN3	Tempo de restabelecimento de abastecimento de energia elétrica- emergência
- Serão consideradas as medições de ausência de energia elétrica na subestação de energia. - Medição imediata e exclusiva nas UPS para evidenciar a disponibilidade de energia elétrica nas áreas críticas: Classe 0,5 - Salas de cirurgia - Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) - Salas de cateterismo cardíaco - Salas de recuperação pós-cirúrgica - Salas da central de monitoração Classe 15 - Enfermarias - Salas de parto - Salas de exame ou tratamento - Salas de diagnóstico e terapia radiológicas - Salas de hemodiálise - Laboratórios - Salas de emergência. Registro de Eventos: - Para registro do evento e período de falta de energia, será aberta uma ordem de serviço pela manutenção predial. Meta: restabelecimento de energia = 100%.	
Método de Aferição - Registro diário das medições a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $\text{MAN 3} = \frac{\sum(\text{apagões com acionamento do gerador em tempo inferior a 10 segundos (no mês)}}{\text{Número de apagões no mês}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência
Diário, abrangendo os registros de medição dos tempos no ponto de controle de tensão na Cabine de Medição.	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%	1,00
100% > MAN3 ≥ 98%	0,75
98% > MAN3 ≥ 96%	0,50
96% > MAN3 ≥ 94%	0,25
MAN3 < 94%	0,00

TABELA 15 – QUALIDADE E TEMPERATURA DO AR NAS ÁREAS CLIMATIZADAS (MAN4)

MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas
Objetivo do Indicador Aferir a qualidade e temperatura do ar nas áreas climatizadas.	
Premissas - 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. - Os valores de referência para os parâmetros medidos estão descritos na NBR 6401. - Será realizada a análise da qualidade do ar em ambientes climatizados diariamente, registrados no sistema informatizado por relatórios automáticos. Meta: qualidade e temperatura do ar $\geq 95\%$.	
Método de Aferição - Registro de medições de parâmetros da qualidade do ar durante o período (mês). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $MAN\ 4 = \frac{\sum \text{medições da qualidade do ar dentro dos valores estabelecidos, durante período de medição}}{\text{Qtde. medições realizadas nos horários no período de medição}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência
Mensal , abrangendo os registros das medições de qualidade do ar 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
MAN4 $\geq 95\%$	1,00
95% > MAN4 $\geq 92\%$	0,75
92% > MAN4 $\geq 89\%$	0,50
89% > MAN4 $\geq 86\%$	0,25
MAN4 < 86%	0,00

TABELA 16 – TEMPO DE INATIVIDADE DOS ELEVADORES CRÍTICOS (MAN5)

MAN5	Tempo de inatividade de elevadores críticos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de inatividade dos elevadores classificados como críticos, garantindo um funcionamento otimizado para atender UTIs, Centro Cirúrgico e transporte de pacientes graves.	
Premissas Escopo: Este indicador considera apenas os tempos de inatividade de todos os elevadores que atendam às áreas críticas simultaneamente. Classificação: Elevadores Críticos devem minimizar inatividade e funcionar pelo menos 99% do tempo total. Monitoramento: O tempo de inatividade será monitorado continuamente através de um	

MAN5	Tempo de inatividade de elevadores críticos												
sistema informatizado, que registra automaticamente o tempo de operação e inatividade de cada elevador crítico. Meta: Inatividade dos elevadores críticos $\leq 1\%$.													
Método de Aferição - Registro de medições de tempos de atividade e inatividade por elevador crítico Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $MAN5 = \frac{(\text{Tempo total de Inatividade de elevadores críticos})}{\text{Tempo Total}} \times 100\%$													
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo de paradas não programadas por elevador 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 <table> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> <tr> <td>MAN5 $\leq 1\%$</td><td>1,00</td></tr> <tr> <td>$1\% < \text{MAN5} \leq 2\%$</td><td>0,75</td></tr> <tr> <td>$2\% < \text{MAN5} \leq 3\%$</td><td>0,50</td></tr> <tr> <td>$3\% < \text{MAN5} \leq 4\%$</td><td>0,25</td></tr> <tr> <td>MAN5 $> 4\%$</td><td>0,00</td></tr> </table>		Aferição	Nota	MAN5 $\leq 1\%$	1,00	$1\% < \text{MAN5} \leq 2\%$	0,75	$2\% < \text{MAN5} \leq 3\%$	0,50	$3\% < \text{MAN5} \leq 4\%$	0,25	MAN5 $> 4\%$	0,00
Aferição	Nota												
MAN5 $\leq 1\%$	1,00												
$1\% < \text{MAN5} \leq 2\%$	0,75												
$2\% < \text{MAN5} \leq 3\%$	0,50												
$3\% < \text{MAN5} \leq 4\%$	0,25												
MAN5 $> 4\%$	0,00												

TABELA 17 – TEMPO DE RESPOSTA A CHAMADOS DE MANUTENÇÃO CORRETIVA (MAN6)

MAN6	Tempo de Resposta a Chamados de Manutenção Corretiva
Objetivo do Indicador Aferir o tempo de atendimento a chamados por problemas críticos.	
Premissas - Serão considerados para este indicador o tempo que a CONCESSIONÁRIA leva para iniciar o atendimento a condições críticas que envolvem risco iminente aos pacientes. - Os pedidos de atendimento poderão ser telefônicos ou pelo sistema. - Serão considerados para fins de aferição deste indicador, os prazos para início do serviço conforme a tabela abaixo:	
Problema detectado	Tempo Resposta
- Interrupção de sistemas de gases medicinais	Até 15 minutos
- Falhas em sistemas de ar-condicionado em UTIs e C. Cirúrgicos	Até 30 minutos
- Falhas em sistemas de alarmes de incêndio e segurança eletrônica	Até 30 minutos
- Problemas em elevadores críticos	Até 15 minutos
- Situações em que a CONCESSIONÁRIA esteja impedida de realizar os reparos por determinação da equipe assistencial não serão consideradas na aferição do tempo para atendimento. Meta: resposta a chamados de manutenção preventiva $\geq 98\%$.	
Método de Aferição Registro de horário de eventos críticos e horário de tempo de resposta, consideradas no período	

MAN6	Tempo de Resposta a Chamados de Manutenção Corretiva	
(mês).		
• Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).		
$\frac{\sum(\text{atendimentos a eventos críticos nos prazos estabelecidos})}{\sum(\text{eventos críticos})} \times 100\%$		
MAN6 =		
Periodicidade de Aferição Mensal,	Ativação e Vigência	
abrangendo as ordens de serviço referentes à manutenção corretiva no período 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	
MAN6 ≥ 98%	1,00	
98% > MAN6 ≥ 95%	0,75	
95% > MAN6 ≥ 92%	0,50	
92% > MAN6 ≥ 89%	0,25	
MAN6 < 89%	0,00	

3.4. INDICADORES DE ENGENHARIA CLÍNICA (ECL)

TABELA 18 – TABELA DE INDICADORES DE ENGENHARIA CLÍNICA

Indicador	Engenharia Clínica	Periodicidade de aferição	Meta
ECL1	Taxa de cumprimento de cronograma de manutenção preventiva	Mensal	≥ 98%
ECL2	Tempo de restabelecimento de funcionamento de equipamento - por tipo de equipamento	Mensal	≥ 98%
ECL3	Taxa de equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação	Mensal	= 100%
ECL4	Tempo de Substituição de Equipamentos Críticos	Mensal	= 100%

TABELA 19 – TAXA DE CUMPRIMENTO DE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA (ECL1)

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.	

ECL1	Cumprimento de cronograma de manutenção preventiva
As ordens de serviço preventivas planejadas serão consideradas como executadas, para fins de cumprimento do plano, quando a execução do serviço for concluída até, no máximo, a data estabelecida no plano de manutenção. No entanto, a ordem de serviço que for iniciada em data posterior à prevista, mesmo que dentro do período de medição (mês), será considerada como não executada. - Não deverão ser considerados para o cálculo deste indicador os casos de não cumprimento da manutenção por motivos de equipamentos não liberados pela área assistencial. Meta: taxa de cumprimento de 98%.	
Método de Aferição - Registro diário das ações de serviço executadas na data prevista. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).	
$ECL\ 1 = \frac{\sum \text{ de OS de manutenção preventiva executadas}}{\sum \text{ de OS de manutenção planejadas para o período}} \times 100\%$	
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 ≥ 98%	1,00
98% > ECL1 ≥ 95%	0,75
95% > ECL1 ≥ 92%	0,50
92% > ECL1 ≥ 89%	0,25
ECL1 < 89%	0,00

TABELA 20 – TEMPO DE RESTABELECIMENTO DE FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTO – POR TIPO DE EQUIPAMENTO (ECL2)

ECL2	Tempo de restabelecimento de funcionamento de equipamento - por tipo de equipamento
Objetivo do Indicador Monitorar o tempo de restabelecimento de funcionamento de equipamentos críticos - por tipo de equipamento.	
Premissas Equipamento em Funcionamento: Será considerado "em funcionamento" o equipamento que estiver operacionalmente disponível e em condições adequadas de uso. A indisponibilidade do equipamento deverá ser registrada na HIS. Provimento Externo: Caso não seja possível a substituição, haverá a possibilidade de provimento do serviço comprado externamente ao hospital. Por exemplo, se a ressonância magnética deixar de funcionar, a CONCESSIONÁRIA pode contratar os exames fora do hospital. Nesse caso, as despesas decorrentes são de responsabilidade da CONCESSIONÁRIA. Tipos de Equipamentos e Limites de Restabelecimento:	

ECL2	Tempo de restabelecimento de funcionamento de equipamento - por tipo de equipamento	
	○ Ressonância Nuclear Magnética: 96 horas ○ Sistema de Angiografia: 48 horas ○ Tomografia Computadorizada: 48 horas	
	● Acelerador Linear: 72 horas	
	● Meta: taxa de atividade por equipamento ≥ 98%.	
	Método de Aferição ● Registro de medições de tempos de atividade e inatividade por tipo de equipamento. ● Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS) ● Exemplo de cálculo: caso a Ressonância Magnética esteja inoperante por 100 horas no mês, considerando que o tempo de restabelecimento tolerável seja de 96h, a inatividade excedente seria de 4h (100h – 96h). O tempo de atividade mensal esperada do equipamento será de 30 dias x 24 horas = 720h. Para fins de cálculo da aferição do indicador, será considerado Taxa de atividade (%) = $(720 - 4) / 720 \times 100\% = 99,44\%$ ● Cálculo para os quatro equipamentos: O cálculo será feito para cada um dos quatro equipamentos e, para fins de pontuação, será considerada a média aritmética resultante $ECL2 = \frac{(\text{Tempo total de operação esperada} - \text{tempo de inatividade excedente})}{\text{Tempo total de operação esperada}} \times 100\%$	
	Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo todos os tempos de equipamentos em funcionamento e todos os equipamentos medidos 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
	ECL2 ≥ 98%	1,00
	98% > ECL2 ≥ 95%	0,75
	95% > ECL2 ≥ 92%	0,50
	92% > ECL2 ≥ 89%	0,25
	ECL2 < 89%	0,00

TABELA 21 – EQUIPAMENTOS CALIBRADOS OU AFERIDOS CONFORME LEGISLAÇÃO (ECL3)

ECL3	Equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento de calibração e/ou aferição de equipamentos conforme legislação.	
Premissas ● Um equipamento será considerado calibrado quando o funcionário da engenharia clínica encerrar a ordem de serviço de calibração indicando a execução da atividade. ● Caso não tenham equipamentos com limite de calibração no mês vigente, o indicador será considerado 100% atendido. ● Meta: número de equipamentos aferidos no prazo estabelecido de 100%.	

ECL3	Equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação
Método de Aferição - Registro dos prazos estabelecidos para calibração e/ou aferição de equipamentos a ser cumprida, bem como registro das calibrações/aferições realizadas dentro do mês. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $ECL3 = \frac{\text{No. Equipamentos calibrados aferidos no prazo estabelecido}}{\text{Número total de equipamentos programados para calibração}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição 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).	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
ECL3 = 100%	1,00
100% > ECL3 ≥ 98%	0,75
98% > ECL3 ≥ 96%	0,50
96% > ECL3 ≥ 94%	0,25
ECL3 < 94%	0,00

TABELA 22 – TEMPO DE SUBSTITUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS (ECL4)

ECL4	TEMPO DE SUBSTITUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS
Objetivo do Indicador Monitorar o tempo necessário para a substituição de equipamentos críticos em caso de falhas, assegurando que a operação hospitalar continue ininterrupta e com o mínimo de impacto possível.	
Premissas Equipamento em Substituição: Será considerado "substituído" quando um equipamento crítico danificado for trocado por outro de funcionalidade equivalente, devidamente testado e aprovado para uso clínico, e estiver operacional. Registros detalhados da substituição (data, hora, número de série do equipamento substituído e do substituto, motivo da substituição) devem ser feitos no HIS. Tempo de Substituição: A substituição deve ocorrer de forma a minimizar o impacto na operação hospitalar. Idealmente, o equipamento substituto deve ser funcional imediatamente após a retirada do equipamento danificado, com um período máximo aceitável de interrupção definido para cada tipo de equipamento. Equipamento Equivalente: O equipamento substituto deve possuir as mesmas funcionalidades e desempenho do equipamento original, garantindo que não haja comprometimento na qualidade do atendimento. Substituições Preventivas: Substituições realizadas como parte de um plano de manutenção preventiva programada não serão consideradas para fins deste indicador. O indicador foca em substituições não planejadas decorrentes de falhas inesperadas. Tipos de Equipamentos e Limites de Substituição	

ECL4		TEMPO DE SUBSTITUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS CRÍTICOS
		○ Ventiladores Mecânicos: 12 horas (essencial para pacientes em ventilação mecânica prolongada) ○ Máquinas de Hemodiálise: 24 horas (crítico para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica) ○ Monitores Multiparamétricos: 8 horas (fundamental para monitorização contínua de sinais vitais em UTIs) ○ Desfibriladores Externos Automáticos (DEA): 4 horas (vital para resposta rápida em casos de parada cardiorrespiratória) ● Meta de Substituição: Em 100% dos casos, o tempo de substituição por equipamento deve ser $\leq$ ao limite estipulado.
		Método de Aferição ● Registros de tempos de substituição registrados no HIS, incluindo data e hora da falha, data e hora da substituição, e identificação dos equipamentos envolvidos. ● Exemplo de Cálculo: Se um ventilador mecânico demorar 14 horas para ser substituído, e o tempo limite é de 12 horas, o tempo excedente será de 2 horas. Cálculo para os Equipamentos: A métrica será calculada individualmente para cada evento de substituição, e a porcentagem de substituições dentro do tempo limite será usada para o indicador global. $ECL4 = \frac{\text{número de substituições concluídas dentro do tempo limite}}{\text{número total de substituições}} \times 100\%$ Nota: O tempo limite de substituição é considerado 0 (zero) quando o Tempo Real de Substituição é menor ou igual ao Tempo Limite.
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo todos os eventos de substituição de equipamentos críticos ocorridos 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
ECL4 = 100%		1,00
100% > ECL4 ≥ 99%		0,75
99% > ECL4 ≥ 98%		0,50
98% > ECL4 ≥ 97%		0,25
ECL4 < 97%		0,00

3.5. INDICADORES DE CONTROLE DE ACESSO (COA)

TABELA 23 – TABELA DE INDICADORES DE CONTROLE DE ACESSO

Indicador	Controle de Acesso	Periodicidade de aferição	Meta
COA1	Porcentagem de cumprimento de rondas programadas	Mensal	=100%
COA2	Porcentagem de cobertura em postos fixos de vigilância, recepção e portaria	Diária	=100%
COA3	Substituição de câmeras de monitoramento em até 24 horas	Mensal	=100%
COA4	Tempo de Atendimento nas Recepções	Mensal	≤15 minutos
COA5	Satisfação do Usuário quanto aos serviços de Recepção, Portaria e Vigilância	Mensal	≥ 90%

TABELA 24 – PORCENTAGEM DE CUMPRIMENTO DE RONDAS PROGRAMADAS (COA1)

COA1	Porcentagem de Cumprimento de Rondas Programadas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento das rondas preventivas programadas, conforme estabelecido no Manual de Operações.	
Premissas • Frequência das Rondas: Para cumprimento deste indicador, deverão ocorrer as rondas diurnas e noturnas previstas no Manual de Operações • Definição de Ronda Completa: A ronda será considerada completa quando o vigilante passar por todos os pontos definidos no Plano de Segurança Patrimonial, conforme estabelecido no Manual de Operações. • Controle Eletrônico: - O controle do cumprimento das rondas será efetuado eletronicamente, utilizando dispositivos apropriados que registram a passagem do vigilante por cada ponto de verificação. - Esses dispositivos devem ser controlados a partir da central de monitoramento e integrados ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou ao BMS • Relatórios de Cumprimento: Relatórios mensais deverão ser gerados, detalhando a porcentagem de cumprimento das rondas programadas, incluindo qualquer desvio ou falha no cumprimento delas. • Meta: cumprimento de rondas programadas de 100%.	
Método de Aferição • Registro da realização das rondas preventivas completas e do planejamento das rondas dentro do período (mês). • Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $COA1 = \frac{\sum \text{rondas preventivas realizadas durante o período de medição}}{\sum \text{rondas preventivas previstas no período de medição}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de realização das rondas preventivas completas e seu planejamento 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	

COA1	Porcentagem de Cumprimento de Rondas Programadas	
Aferição		Nota
COA1 = 100%		1,00
100% > COA1 ≥ 98%		0,75
98% > COA1 ≥ 96%		0,50
96% > COA1 ≥ 94%		0,25
COA1 < 94%		0,00

TABELA 25 – PORCENTAGEM COBERTURA EM POSTOS FIXOS DE VIGILÂNCIA, RECEPÇÃO E PORTARIA (COA2)

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: - 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); - 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). - Meta: percentual de cobertura de postos de 100%.			
Método de Aferição			
- Registro dos status de cobertura dos postos fixos de vigilância no período (mês). - Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão de Serviços (SGS).			
$COA\ 2 = \frac{\text{Quantidade de postos fixos cobertos durante a ronda}}{\text{Quantidade total de postos fixos planejados em operação durante a ronda}} \times 100$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Diária, com comprovação do cumprimento da meta, conforme descrito.		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%		1,00	
100% > COA2 ≥ 98%		0,75	
98% > COA2 ≥ 96%		0,50	
96% > COA2 ≥ 94%		0,25	

COA2	Cobertura em postos fixos de vigilância
COA2 < 94%	0,00

TABELA 26 – TEMPO DE SUBSTITUIÇÃO DE CÂMERAS DE MONITORAMENTO (COA3)

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. Meta: tempo de substituição de câmeras de 100%.	
Método de Aferição - Registro do total das OS referentes ao reparo ou à substituição das câmeras em falha no período (mês). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $COA 3 = \frac{\sum \text{O.S.s de subst. de câmeras concluídas no tempo limite (24 hs) no o período de medição}}{\sum \text{O.S.s causadoras de substituição de câmera no período de medição}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros das OS referentes ao reparo ou substituição de câmeras em falha 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
COA3 = 100%	1,00
100% > COA3 ≥ 98%	0,75
98% > COA3 ≥ 96%	0,50
96% > COA3 ≥ 94%	0,25
COA3 < 94%	0,00

TABELA 27 – TEMPO DE ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO (COA4)

COA4	Tempo de Atendimento na Recepção
Objetivo do Indicador Monitorar e reduzir o tempo de espera dos pacientes na recepção do hospital	
Premissas Definição de Tempo de Espera: o tempo de espera é definido como o intervalo entre a chegada do paciente ao hospital e o momento em que ele é chamado para o atendimento inicial.	

COA4	Tempo de Atendimento na Recepção
Ferramenta de Medição: utilização de um sistema informatizado para registrar a chegada e o atendimento dos pacientes. Meta: tempo de atendimento ≤ 15 minutos.	
Método de Aferição Registro de Chegada: O sistema deve registrar automaticamente a hora de chegada do paciente ao hospital. Registro de Atendimento: O sistema deve registrar a hora em que o paciente é chamado para o atendimento inicial. Fonte de dados: registros do sistema de recepção e portaria. COA 4 = Média do Tempo de Espera de Todos os Pacientes	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de tempo de atendimento ao usuário na recepção emitidos pelo sistema.	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
COA4 ≤ 15 minutos	1,00
15 minutos < COA4 ≤ 20 minutos	0,75
20 minutos < COA4 ≤ 25 minutos	0,50
25 minutos < COA4 ≤ 30 minutos	0,25
COA4 > 30 minutos	0,00

TABELA 28 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AOS SERVIÇOS DE RECEPÇÃO, PORTARIA E VIGILÂNCIA (COA5)

COA5	Satisfação do Usuário quanto aos serviços de Recepção, Portaria e Vigilância
Objetivo do Indicador Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de recepção, portaria e vigilância de forma consolidada.	
Premissas	
Definição de Satisfação: a satisfação é medida com base na pesquisa trimestral de satisfação do usuário aplicada por instituto de pesquisa independente (ver Indicador IS1). Deverão incluir pelo menos três questões: - Como você avalia o atendimento na Recepção/Portaria/Vigilância? - O funcionário estava usando uniforme e crachá de identificação? - O funcionário foi educado e competente no atendimento? As alternativas deverão ser: () Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Insatisfeito () Muito Insatisfeito Aferição: será considerado como “Satisfeito” os questionários que assinalem as alternativas:	

COA5 Satisfação do Usuário quanto aos serviços de Recepção, Portaria e Vigilância	
(X) Muito satisfeito (X) Satisfeito • Meta: satisfação do usuário ≥ 90%	
Método de Aferição • Aplicação de Pesquisa de Satisfação do Usuário conforme exposto nas Premissas. • Satisfeitos Recepção/Portaria/Vigilância expressos em porcentagens. • Deve ser feito o cálculo das médias de usuários Satisfeitos para os três serviços avaliados (Recepção, Portaria e Vigilância). $COA 5 = \frac{(SatisfeitosRecepção + SatisfeitosPortaria + SatisfeitosVigilância)}{3}$	
Periodicidade de Aferição Trimestral, com base na pesquisa de satisfação do usuário.	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
COA4 ≥ 90%	1,00
90% > COA4 ≥ 85%	0,75
85% > COA4 ≥ 80%	0,50
80% > COA4 ≥ 75%	0,25
COA4 < 75%	0,00

3.6. INDICADORES DE LAVANDERIA (LAV)

TABELA 29 – TABELA DE INDICADORES DE LAVANDERIA

Indicador	Rouparia/Lavanderia	Periodicidade de aferição	Meta
LAV1	Taxa de atendimento de demandas programadas de enxoval por área ou serviço	Mensal	= 100%
LAV2	Taxa de cumprimento dos horários de entrega de enxoval	Mensal	= 100%
LAV3	Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico	Mensal	≥ 98%

TABELA 30 – TAXA DE ATENDIMENTO DE DEMANDAS PROGRAMADAS DE ENXOVAL POR ÁREA OU SERVIÇO (LAV1)

LAV1	Taxa de atendimento de 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 • Entende-se como demanda programada, 3 (três) entregas diárias de enxoval divididas por turnos	

LAV1	Taxa de atendimento de demandas programadas de enxoval por área ou serviço												
(manhã, tarde e noite) e por área ou serviço, conforme definição do Manual de Operações, elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE. - 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. - 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. Meta: taxa de atendimento de 100%.													
Método de Aferição - Registro das demandas diárias de enxoval programadas e atendidas dentro do período (mês). Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LAV\ 1 = \frac{\sum \text{entregas realizadas/dia nas áreas c/ rouparia}}{\sum \text{demandas programadas por dia, considerando qtde de áreas com rouparia e entregas definidas/dia}} \times 100\%$													
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo o planejamento de demanda programada 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 <table> <thead> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LAV1 = 100%</td><td>1,00</td></tr> <tr> <td>100% > LAV1 ≥ 98%</td><td>0,75</td></tr> <tr> <td>98% > LAV1 ≥ 96%</td><td>0,50</td></tr> <tr> <td>96% > LAV1 ≥ 94%</td><td>0,25</td></tr> <tr> <td>LAV1 < 94%</td><td>0,00</td></tr> </tbody> </table>		Aferição	Nota	LAV1 = 100%	1,00	100% > LAV1 ≥ 98%	0,75	98% > LAV1 ≥ 96%	0,50	96% > LAV1 ≥ 94%	0,25	LAV1 < 94%	0,00
Aferição	Nota												
LAV1 = 100%	1,00												
100% > LAV1 ≥ 98%	0,75												
98% > LAV1 ≥ 96%	0,50												
96% > LAV1 ≥ 94%	0,25												
LAV1 < 94%	0,00												

TABELA 31 – TAXA DE CUMPRIMENTO DOS HORÁRIOS DE ENTREGA DE 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. Meta: taxa de cumprimento de 100%.	
Método de Aferição - Registros do planejamento de entregas de enxoval por área ou serviço e do turno de realização da entrega. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão	

de Serviços (SGS).

$$LAV\ 2 = \frac{\sum \text{entregas diárias realizadas nos horários programados}}{\sum \text{entregas programadas}} \times 100\%$$

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%	1,00
100% > LAV2 ≥ 98%	0,75
98% > LAV2 ≥ 96%	0,50
96% > LAV2 ≥ 94%	0,25
LAV2 < 94%	0,00

TABELA 32 – TAXA DE DISPONIBILIDADE DE ROUPARIA NO CENTRO CIRÚRGICO (LAV3)

LAV3	Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico
Objetivo do Indicador Avaliar a disponibilidade de itens de rouparia no centro cirúrgico, garantindo que não haja falta de materiais essenciais durante os procedimentos cirúrgicos.	
Premissas • Definição de Falta de Rouparia: considera-se falta de rouparia qualquer situação em que itens essenciais (como aventais, campos cirúrgicos, privativos etc.) não estejam disponíveis no momento necessário para o procedimento cirúrgico. • Ferramenta de medição: Utilização de registros de procedimentos cirúrgicos e relatórios de estoque de rouparia. Os eventos de falta de rouparia devem ser lançados pela enfermagem no Sistema HIS. • Meta: disponibilidade ≥ 98%.	
Método de Aferição • Registros diários de entregas de roupas de Centro Cirúrgico. • Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $LAV\ 3 = \frac{\text{Número de procedimentos em conformidade de rouparia}}{\text{Número total de procedimentos}} \times 100\%$	
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
LAV3 ≥ 98%	1,00

LAV3	Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico
LAV3	Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico
98% > LAV3 ≥ 95%	0,75
95% > LAV3 ≥ 92%	0,50
92% > LAV3 ≥ 89%	0,25
LAV3 < 89%	0,00

3.7. INDICADORES LIMPEZA, GRS E PARQUES E JARDINS (LIM)

TABELA 33 – TABELA DE INDICADORES DE LIMPEZA, GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS E PARQUES E JARDINS

Indicador	LIM - Limpeza/Gestão Resíduos Sólidos/ e Parques e Jardins	Periodicidade de aferição	Meta
LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/ higienização em áreas críticas e semicríticas	Mensal	≥ 95%
LIM2	Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas	Mensal	≥ 95%
LIM3	Comprovação da destinação de Resíduos Sólidos Hospitalares	Mensal	= 100%
LIM4	Cumprimento da programação de conservação de jardins e controle de pragas	Mensal	= 100%

TABELA 34 – TAXA DE CUMPRIMENTO DO TEMPO DE ATENDIMENTO DE CHAMADAS PONTUAIS P/HIGIENIZAÇÃO EM ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS (LIM1)

LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas.	
Premissas ● Áreas Críticas: Áreas onde há maior risco de transmissão de infecções devido à presença de pacientes imunocomprometidos, procedimentos invasivos ou alta concentração de patógenos. Exemplos: - Centro Cirúrgico - Centro Obstétrico - Hemodinâmica, endoscopia - Recuperação pós-anestésica - Unidades de Terapia Intensiva ou Semi-Intensiva ● Áreas Semicríticas: Áreas onde o risco de transmissão de infecções é moderado. Nessas áreas, os pacientes podem estar em contato com superfícies que não são estéreis, mas que ainda requerem um alto nível de higiene. Exemplos: - Enfermarias - Pronto Socorro - Ambulatório	

LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas	
- Áreas de diálise - Salas de Exames de ultrassonografia e radiologia • As solicitações de chamadas pontuais devem ser registradas através do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS) ou ligação telefônica. • Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas críticas e semicríticas. • 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. • Tempo para atendimento das chamadas: 15 minutos. • Meta: taxa de atendimento dentro do prazo ≥ 95%.		
Método de Aferição • Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas e seu tempo de atendimento. • Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).		
$LIM\ 1 = \frac{\sum \text{chamadas P higienização de áreas críticas e semicríticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100\%$		
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		
4	Nota	
LIM1 ≥ 95%	1,00	
95% > LIM1 ≥ 92%	0,75	
92% > LIM1 ≥ 89%	0,50	
89% > LIM1 ≥ 86%	0,25	
LIM1 < 86%	0,00	

TABELA 35 – TAXA DE CUMPRIMENTO DO TEMPO DE CHAMADA EM ÁREAS NÃO CRÍTICAS (LIM2)

LIM2	Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas
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 infecção é mínimo ou inexistente. • Áreas Não Críticas: Áreas onde o risco de transmissão de infecções é baixo. Nessas áreas, pacientes e visitantes têm contato mínimo com superfícies que possam estar contaminadas	

LIM2	Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas	
Exemplos: - Corredores - Escritórios Administrativos - Salas de Espera - Refeitório - Farmácia/Almoxarifado • 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 Predial (BMS – Building Management System) • Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas não críticas. • 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. • Meta do tempo de chamada: 25 minutos. • Meta: taxa de cumprimento ≥ 95%.		
Método de Aferição • Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas e seu tempo de atendimento. • Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $LIM\ 2 = \frac{\sum \text{chamadas p higienização de áreas não críticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e 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
LIM2 ≥ 95%		1,00
95% > LIM2 ≥ 92%		0,75
92% > LIM2 ≥ 89%		0,50
89% > LIM2 ≥ 86%		0,25
LIM2 < 86%		0,00

TABELA 36 – COMPROVAÇÃO DE DESTINAÇÃO CORRETA DE RESÍDUOS SÓLIDOS HOSPITALARES (LIM3)

LIM3	Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos Hospitalares
Objetivo do Indicador Monitorar e garantir a rastreabilidade completa de resíduos sólidos hospitalares, desde sua geração até a destinação final, utilizando sistemas digitais para assegurar transparência, conformidade ambiental, e eficiência operacional.	

LIM3	Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos Hospitalares
Premissas • Sistema de Rastreabilidade: Implementação e manutenção de um sistema de rastreamento digital abrangente para monitorar o ciclo de vida dos resíduos hospitalares. O sistema deve utilizar tecnologias como RFID (Radio-Frequency Identification) ou QR codes para o acompanhamento detalhado e em tempo real de cada lote de resíduos, desde o ponto de geração até a destinação final. O sistema deve ser capaz de registrar informações como o tipo de resíduo, peso, local de origem, data e hora da coleta, transporte, tratamento (se aplicável) e destino final. • Documentação e Acesso: Todos os registros e relatórios gerados pelo sistema de rastreamento devem ser acessíveis para revisão online pelo PODER CONCEDENTE e estar disponíveis para auditoria por entidades externas competentes (e.g., órgãos ambientais, empresas de auditoria especializadas em gestão de resíduos) sob demanda. A documentação deve incluir, no mínimo, registros de pesagem dos resíduos, notas fiscais de transporte e destinação, e licenças dos operadores de tratamento e disposição final. • Conformidade e Segurança: Os registros devem garantir que as práticas de destinação final de resíduos estejam em total conformidade com as regulamentações ambientais locais, regionais e nacionais (e.g., Resolução CONAMA 358/2005, ABNT NBR 12807), assegurando que resíduos perigosos (infectantes, químicos, radioativos) sejam devidamente tratados e descartados em instalações autorizadas e licenciadas pelos órgãos competentes. O sistema deve gerar alertas automáticos em caso de não conformidades, como atrasos na coleta, desvios de rota ou destinação inadequada dos resíduos.	
Método de Aferição • Monitoramento Contínuo: Implementação de um sistema de rastreamento que permita o monitoramento contínuo dos resíduos gerados, fornecendo dados em tempo real sobre o status e a localização de cada lote. O sistema deve ser capaz de gerar mapas de calor mostrando as áreas do hospital com maior geração de resíduos, permitindo identificar oportunidades de otimização e redução na fonte. • Relatórios mensais: gerados automaticamente, que devem incluir: ○ Quantidade total de resíduos gerados, discriminados por tipo (e.g., infectantes, comuns, recicláveis, químicos, radioativos) e por classe (A, B, C, D, E, conforme a RDC 222/2018). ○ Origem dos resíduos por setor (e.g., UTI, centro cirúrgico, laboratório, ambulatório). ○ Data e hora exata de cada etapa do ciclo de vida dos resíduos: geração, coleta interna, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento (se aplicável), transporte externo e destinação final. • Fonte de dados: Relatório Demonstrativo de Destinação dos RSH. $LIM3 = \frac{\text{número de lotes de resíduos rastreáveis e com destinação correta}}{\text{número total de lotes de resíduos gerados}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo todos os fluxos de resíduos gerados e destinados dentro do período de um 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

LIM3	Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos Hospitalares
LIM3 = 100%	1,00
100% > LIM3 ≥ 98%	0,75
98% > LIM3 ≥ 96%	0,50
96% > LIM3 ≥ 94%	0,25
LIM3 < 94%	0,00

TABELA 37 – CUMPRIMENTO DA PROGRAMAÇÃO DE CONSERVAÇÃO DE JARDINS E CONTROLE DE PRAGAS (LIM4)

LIM4	Cumprimento das Metas de Conservação de Jardins e Controle de Pragas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento das metas de Conservação de Jardins e Controle de Pragas 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. - As obrigações no controle de pragas estarão com seu cronograma descrito no Manual de Operações - A CONCESSIONÁRIA deverá observar as regras de sustentabilidade no uso da água, fertilizantes, controle de pragas e destinação de lixo. Meta: cumprimento de 100%.	
Método de Aferição - Registro do status de conservação da área de parques e jardins elaborado pelo supervisor da área e reportado ao PODER CONCEDENTE. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $\text{LIM4} = \frac{\sum \text{cumprimentos das obrigações contidas no Manual de Operações}}{\sum \text{de verificação das obrigações contidas no Manual de Operações}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , verificando os registros de atividades referente ao indicador	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%	1,00
100% > LIM4 ≥ 98%	0,75
98% > LIM4 ≥ 96%	0,50
96% > LIM4 ≥ 94%	0,25
LIM4 < 94%	0,00

3.8. INDICADORES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

TABELA 38 – TABELA DE INDICADORES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Indicador	Nutrição e Dietética	Periodicidade de Aferição	Meta
SND1	Taxa de Refeições dispensadas conforme prescrição	Mensal	≥ 98%
SND2	Taxas de Cirurgias suspensas por jejum pré-operatório interrompido	Mensal	zero
SND3	Taxas de Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 65° C	Mensal	≥ 98%
SND4	Taxas cumprimento de horários pré-estabelecidos das refeições, 6 refeições/dia	Mensal	≥ 98%
SND5	Taxa de Controle Microbiológico Negativo	Mensal	= 100%

TABELA 39 – TAXA DE REFEIÇÕES DISPENSADAS CONFORME PRESCRIÇÃO (SND1)

SND1	Refeições dispensadas conforme prescrição
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. 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.	
Meta: taxa de dispensação ≥ 98%	
Método de Aferição Registro de refeições dispensadas. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).	
$SND\ 1 = \frac{\sum (\text{refeições dispensadas conforme prescrição})}{\sum \text{refeições prescritas e entregues}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , com verificação dos registros em sistemas	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
SND1 ≥ 98%	1,00
98% > SND1 ≥ 95%	0,75
95% > SND1 ≥ 92%	0,50
92% > SND1 ≥ 89%	0,25
SND1 < 89%	0,00

TABELA 40 – TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS e exames POR JEJUM PRÉ- OPERATÓRIO INTERROMPIDO (SND2)

SND2	Suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de suspensão de cirurgias e exames por jejum pré-operatório.	
Premissas - A área assistencial deverá informar, através da prescrição médica no Sistema de Informação Hospitalar (HIS), 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. - Os funcionários da área assistencial deverão registrar a suspensão da cirurgia ou exames 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 ou exames 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. - 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 ou exame tenha sido cancelada. Meta: taxa de suspensão de zero.	
Método de Aferição - Registro da prescrição médica e do horário de início de jejum do paciente e justificativa da suspensão da cirurgia. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) $SND\ 2 = \frac{Qtde\ cirurgias\ suspensas\ por\ jejum\ pré - operatório\ interrompido}{Qtde\ total\ de\ cirurgias\ programadas} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de cirurgias suspensas por jejum pré- operatório interrompido 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
SND2 = zero	1,00
zero < SND2 ≤ 1%	0,75
1% < SND2 ≤ 2%	0,50
2% < SND2 ≤ 3%	0,25
SND2 > 3%	0,00

TABELA 41 – ALIMENTAÇÃO SERVIDA EM TEMPERATURA IGUAL OU ACIMA DE 65°C (SND3)

SND3	Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 65° C
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento da temperatura da alimentação igual ou maior que 65° C.	
Premissas Para este indicador serão consideradas as temperaturas aferidas no momento da entrega das	

SND3 Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 65° C	
bandejas com alimentações quentes (almoço e jantar), através de sistema informatizado integrado ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou BMS – Building Management System. - A obtenção da temperatura das bandejas será realizada através dos sensores do carro térmico. Meta: taxa de atendimento ≥ 98%.	
Método de Aferição - Registro de temperatura medida refeições dispensadas. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $SND\ 3 = \frac{\sum \text{medições de temperatura igual ou maior que } 65^{\circ}\text{C}}{\text{Qtde. temperaturas aferidas nas bandejas entregues aos pacientes no almoço e jantar}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros das medições de temperatura da alimentação 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
SND3 ≥ 98%	1,00
98% > SND3 ≥ 95%	0,75
95% > SND3 ≥ 92%	0,50
92% > SND3 ≥ 89%	0,25
SND3 < 89%	0,00

TABELA 42 – CUMPRIMENTO DOS HORÁRIOS PRÉ ESTABELECIDOS DAS REFEIÇÕES PARA PACIENTES (SND4)

SND4	Cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes (6 refeições diárias).	
Premissas - De acordo com o Manual de Operações do hospital, todos os pacientes internados receberão seis refeições ao dia, sendo desjejum, colazione, almoço, merenda, jantar e ceia. - Os horários de distribuição das refeições estão definidos no Manual de Operações do Hospital, elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE. - É considerada uma tolerância para entrega das refeições de até 30 (trinta) minutos para mais ou menos, de acordo com o Manual de Operações. - 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. Meta: taxa de cumprimento ≥ 98%.	
Método de Aferição - Registro de horários de distribuição de refeições aos pacientes. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão	

SND4 Cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes	
Predial (BMS).	
$SND\ 4 = \frac{\sum \text{refeições prescritas dentro do prazo e entregues no intervalo definido da refeição}}{\sum \text{refeições programadas e prescritas dentro do prazo estipulado}} \times 100\%$	
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 ≥ 98%	1,00
98% > SND4 ≥ 95%	0,75
95% > SND4 ≥ 92%	0,50
92% > SND4 ≥ 89%	0,25
SND4 < 89%	0,00

TABELA 43 – TAXA DE EXAMES MICROBIOLÓGICOS NEGATIVOS (SND5)

SND5 Taxa de Exames Microbiológicos Negativos	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de amostras de alimentos que não apresentam contaminação microbiológica.	
Premissas - Realizar coleta de amostra de todas as preparações e armazená-las de acordo com legislação vigente e disponibilizar quando solicitado laudo microbiológico e bromatológico. - Realizar teste de controle microbiológico das amostras diariamente. - Origem dos dados: Testes microbiológicos (análise microbiológica convencional) não realizados pela CONCESSIONÁRIA e lançados no HIS. Meta: 100% de exames negativos.	
Método de Aferição - Registro dos laudos de testes microbiológicos diários. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $SND\ 5 = \frac{\text{Número de testes microbiológicos negativos}}{\text{Número Total de Testes Microbiológicos Realizados}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de laudos de testes microbiológicos diários.	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
SND5 = 100%	1,00

SND5	Taxa de Exames Microbiológicos Negativos
100% > SND5 ≥ 98%	0,75
98% > SND5 ≥ 96%	0,50
96% > SND5 ≥ 94%	0,25
SND5 < 94%	0,00

3.9. INDICADORES DE TRANSPORTE PACIENTES (TPA)

TABELA 44 – TABELA DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Indicador	Transporte de Pacientes	Periodicidade de aferição	Meta
TPA1	Atendimento à demanda não programada de transporte externo	Mensal	= 100%
TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas Críticas	Mensal	≤ 5 minutos
TPA3	Atendimento à Demanda Programada	Mensal	= 100%
TPA4	Satisfação do Usuário em Transportes, Maqueiros e Necrotério	Trimestral	≥ 80%

TABELA 45 – ATENDIMENTO À DEMANDA NÃO PROGRAMADA DE TRANSPORTE EXTERNO (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 motorista, veículo higienizado, abastecido e com os acessórios revisados (oxigênio, máscaras, mala de urgência etc.). Meta: taxa de cumprimento de 100%.	
Método de Aferição - Registro de demandas não programadas e atendidas. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS). $TPA\ 1 = \frac{\text{Quantidade de demandas não programadas e atendidas}}{\text{Quantidade de demandas não programadas}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE

TPA1	Atendimento à demanda não programada de transportes externos
demandas programadas e atendidas de transportes externos dentro do mês.	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
TPA1 = 100%	1,00
100% > TPA1 ≥ 98%	0,75
98% > TPA1 ≥ 96%	0,50
96% > TPA1 ≥ 94%	0,25
TPA1 < 94%	0,00

TABELA 46 – TEMPO DE ATENDIMENTO A CHAMADOS DE MAQUEIROS NAS ÁREAS CRÍTICAS (TPA2)

TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas críticas
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). - Serão consideradas áreas críticas para efeito deste indicador: Maternidade e Pronto Socorro Meta: taxa de cumprimento ≤ 5 minutos.	
Método de Aferição - Registro de demandas atendidas. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $TPA 2 = \frac{Qtde. demandas de transportes internos atendidas dentro do prazo de 5 minutos}{Qtde. demandas de transportes internos} \times 100\%$	
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%	1,00
5% < TPA2 ≤ 10%	0,75
10% < TPA2 ≤ 15%	0,50

TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas críticas
15% < TPA2 ≤ 20%	0,25
TPA2 > 20%	0,00

TABELA 47 – ATENDIMENTO À DEMANDA PROGRAMADA (TPA3)

TPA3	Atendimento à demanda programada de transportes externos
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento do atendimento à demanda programada de transportes externos.	
Premissas	
- A CONCESSIONÁRIA atenderá às demandas programadas que serão solicitadas pelo PODER CONCEDENTE, com as prioridades estabelecidas pela área assistencial. Serão consideradas demandas programadas de transporte externo as solicitações da área assistencial com pelo menos 4h de antecedência. - O PODER CONCEDENTE determinará o tipo de Ambulância a ser utilizado – Ambulância UTI ou Ambulância convencional. - As ambulâncias serão disponibilizadas com motorista, veículo higienizado, abastecido e com os acessórios revisados (oxigênio, máscaras, mala de urgência etc.). Meta: taxa de atendimento de 100%.	
Método de Aferição	
- Registro de demandas programadas e atendidas. Fonte de dados: registros do Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou do Sistema de Gestão Predial (BMS).	
$TPA3 = \frac{\text{Quantidade de demandas programadas atendidas}}{\text{Quantidade de demandas programadas}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência
Mensal, abrangendo os registros de demandas programadas e atendidas de transportes externos 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
TPA3 = 100%	1,00
100% > TPA3 ≥ 98%	0,75
98% > TPA3 ≥ 96%	0,50
96% > TPA3 ≥ 94%	0,25
TPA3 < 94%	0,00

TABELA 48 – SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM TRANSPORTES, MAQUEIROS E NECROTÉRIO (TPA4)

TPA4	Satisfação do Usuário (Funcionários da Bata Branca) em Transportes, Maqueiros e Necrotério
Objetivo do Indicador	
Avaliar a satisfação dos usuários do corpo assistencial com os serviços de Transportes de Pacientes, Maqueiros e Necrotério de forma consolidada.	
Premissas	

TPA4	Satisfação do Usuário (Funcionários da Bata Branca) em Transportes, Maqueiros e Necrotério												
Definição de Satisfação: a satisfação é medida com base na pesquisa trimestral de satisfação do usuário, no caso, funcionário da área assistencial, aplicada por instituto de pesquisa independente (ver Indicador IS1 para detalhamento das premissas). Deverão incluir pelo menos três questões: Como você avalia o atendimento nos serviços de transporte de pacientes, maqueiros e necrotério? Os funcionários da CONCESSIONÁRIA mostraram profissionalismo, cortesia e competência? Os funcionários da CONCESSIONÁRIA foram ágeis no atendimento aos chamados? As alternativas deverão ser: () Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Insatisfeito () Muito Insatisfeito Aferição: serão considerados como “Satisfeito” os questionários que assinalem as alternativas: (X) Muito satisfeito (X) Satisfeito Meta de desempenho: Satisfação do usuário ≥ 80%													
Método de Aferição - Aplicação de Pesquisa de Satisfação do Usuário conforme exposto nas Premissas - Deve ser feito o cálculo das médias de usuários “Satisfeitos” para os três serviços avaliados (Transportes de Pacientes, Maqueiros e Necrotério) $TPA4 = \frac{(Satisfeitos Transportes Pacientes + Satisfeitos Maqueiros + Satisfeitos Necrotério)}{3}$													
Periodicidade de Aferição Trimestral, com base na pesquisa de satisfação do usuário	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 <table> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> <tr> <td>TPA4 ≥ 80%</td><td>1,00</td></tr> <tr> <td>80% > TPA4 ≥ 77%</td><td>0,75</td></tr> <tr> <td>77% > TPA4 ≥ 73%</td><td>0,50</td></tr> <tr> <td>73% > TPA4 ≥ 70%</td><td>0,25</td></tr> <tr> <td>TPA4 < 70%</td><td>0,00</td></tr> </table>		Aferição	Nota	TPA4 ≥ 80%	1,00	80% > TPA4 ≥ 77%	0,75	77% > TPA4 ≥ 73%	0,50	73% > TPA4 ≥ 70%	0,25	TPA4 < 70%	0,00
Aferição	Nota												
TPA4 ≥ 80%	1,00												
80% > TPA4 ≥ 77%	0,75												
77% > TPA4 ≥ 73%	0,50												
73% > TPA4 ≥ 70%	0,25												
TPA4 < 70%	0,00												

3.10. INDICADORES DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC)

TABELA 49 – TABELA DE INDICADORES DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Indicador	Tecnologia de Informação e Comunicações	Periodicidade de aferição	Meta
TIC1	Tempo de Disponibilidade do HIS (Hospital)	Mensal	≥ 99%

Indicador	Tecnologia de Informação e Comunicações	Periodicidade de aferição	Meta
	Information System)		
TIC2	Taxa de Conformidade de Backup.	Mensal	≥ 99%
TIC3	Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Impressão	Mensal	≥ 99%
TIC4	Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Microinformática	Mensal	≥ 99%
TIC5	Tempo de Atendimento Help Desk, Service Desk, Impressão	Mensal	≤ 2 horas

TABELA 50 – TEMPO DE DISPONIBILIDADE DO HIS – HOSPITAL INFORMATION SYSTEM (TIC1)

TIC1	Tempo de Disponibilidade do HIS (Hospital Information System)
Objetivo do Indicador Medir a proporção de tempo em que o Hospital Information System (HIS) está operacional e disponível para uso em relação ao tempo total de operação esperado.	
Premissas • Disponibilidade Global: O HIS é considerado disponível se todos os seus módulos críticos (prontuário eletrônico, gestão de pacientes, faturamento etc.) estiverem funcionando corretamente e acessíveis aos usuários. • Acordos de Nível de Serviço (SLA): Os contratos de suporte e manutenção do HIS devem incluir SLAs que definam claramente as expectativas de disponibilidade e os tempos de resposta para resolução de problemas. O serviço prestado deve estar dentro dos prazos estabelecidos. • Monitoramento Contínuo: Implementação de sistemas de monitoramento contínuo para detectar e resolver problemas de disponibilidade de forma proativa. • Meta: 99% de disponibilidade.	
Método de Aferição • Fonte de Dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de operação do HIS, incluindo logs de atividade, relatórios de incidentes e tempos de inatividade programada e não programada. $TIC1 = \frac{\text{Tempo de operação do HIS}}{\text{Tempo de operação esperado do HIS}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de operação do HIS 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
TIC1 ≥ 99%	1,00
99% > TIC1 ≥ 98%	0,75
98% > TIC1 ≥ 96%	0,50
96% > TIC1 ≥ 94%	0,25
TIC1 < 94%	0,00

TABELA 51 – TAXA DE CONFORMIDADE DE BACKUP (TIC2)

TIC2		Taxa de Conformidade de Backup
Objetivo do Indicador Assegurar que todos os sistemas críticos do hospital possuam cópias de segurança confiáveis e atualizadas, permitindo a recuperação rápida em caso de falhas, incidentes de segurança ou desastres, garantindo a continuidade dos serviços assistenciais e a integridade dos dados dos pacientes.		
Premissas • São considerados sistemas críticos: HIS (Hospital Information System): Sistema central de gestão hospitalar que integra as operações do PEP, Agendamento, Farmácia, Laboratório, PACS, Faturamento, Estoque, Recursos Humanos, Controle de Leitos e Sistema de Backup • Modalidades de Backup: On-Premise, Cloud, Híbrido • Competências da Concessionária: Implementar políticas de backup Execução e monitoramento das políticas de backup Testagem de integridade Produzir relatórios mensais Garantir backups criptografados		
Método de Aferição • Fonte de Dados: Logs de Backup, Relatórios de Status, HIS, Logs de Testes de Recuperação $TIC2 = \frac{(\text{Número de Sistemas Críticos com Backup Conforme})}{(\text{Número de Sistemas Crítico})} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de operação dos sistemas de backup 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 ≥ 99%		1,00
99% > TIC2 ≥ 98%		0,75
98% > TIC2 ≥ 96%		0,50
96% > TIC2 ≥ 94%		0,25
TIC2 < 94%		0,00

TABELA 52 – TAXA DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS DE IMPRESSÃO (TIC3)

TIC3	Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Impressão
Objetivo do Indicador Medir a proporção de tempo em que os equipamentos de impressão estão operacionais e disponíveis para uso em relação ao tempo total de operação esperado.	
Premissas • Disponibilidade Global Flexível: Um equipamento de impressão é considerado disponível se ele ou uma impressora alternativa acessível estiver funcionando corretamente e pronta para uso	

TIC3 Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Impressão	
quando for necessário. • Acordos de Nível de Serviço (SLA): Os contratos de outsourcing devem incluir SLAs que definam claramente as expectativas de disponibilidade e os tempos de resposta para manutenção e suporte. O serviço prestado deve estar dentro dos prazos estabelecidos. • Meta: 99% de disponibilidade.	
Método de Aferição • Fonte de dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de operação dos equipamentos de impressão, incluindo logs de atividade e relatórios de manutenção. Os dados deverão ser incluídos no HIS (Hospital Information System). $TIC3 = \frac{\text{Tempo de operação dos equipamentos}}{\text{Tempo de operação esperado dos equipamentos}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de operação dos equipamentos de telefonia 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 ≥ 99%	1,00
99% > TIC3 ≥ 98%	0,75
98% > TIC3 ≥ 96%	0,50
96% > TIC3 ≥ 94%	0,25
TIC3 < 94%	0,00

TABELA 53 – TAXA DE DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS DE MICROINFORMÁTICA (TIC4)

TIC4	Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Microinformática
Objetivo do Indicador Medir a proporção de tempo em que os equipamentos de microinformática (computadores, laptops, tablets etc.) estão operacionais e disponíveis para uso pelos funcionários assistenciais em relação ao tempo total de operação esperado.	
Premissas • Disponibilidade Global: Os equipamentos de microinformática são considerados disponíveis se estiverem funcionando corretamente e acessíveis aos usuários sem interrupções significativas. • Acordos de Nível de Serviço (SLA): Os contratos de suporte e manutenção dos equipamentos de microinformática devem incluir SLAs que definam claramente as expectativas de disponibilidade e os tempos de resposta para reparo ou substituição dos equipamentos. O tempo desejável para reparo ou substituição deve ser de no máximo 24 horas. • Meta: 99% de disponibilidade.	
Método de Aferição • Fonte de dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de operação dos equipamentos de microinformática, incluindo logs de atividade, relatórios de incidentes e tempos de inatividade programada e não programada.	

TIC4	Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Microinformática	
$TIC4 = \frac{\text{Tempo de operação dos equipamentos de microinformática}}{\text{Tempo de operação esperado dos equipamentos de microinformática}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de operação dos equipamentos de microinformática 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 ≥ 99%		1,00
99%>TIC4 ≥ 98%		0,75
98%>TIC4 ≥ 96%		0,50
96%>TIC4 ≥ 94%		0,25
TIC4 < 94%		0,00

TABELA 54 – TEMPO DE ATENDIMENTO HELP DESK, SERVICE DESK, IMPRESSÃO (TIC5)

TIC5	Tempo de Atendimento Help Desk, Service Desk, Impressão	
Objetivo do Indicador Medir o tempo médio necessário para resolver solicitações e incidentes reportados ao Help Desk, Service Desk e serviços de impressão.		
Premissas • Classificação de Solicitações: As solicitações e incidentes devem ser classificados por nível de prioridade (alta, média, baixa) para determinar os tempos de resposta adequados.		
TIC5	Tempo de Atendimento Help Desk, Service Desk, Impressão	
• Acordos de Nível de Serviço (SLA): Os contratos de suporte devem incluir SLAs que definam claramente as expectativas de tempo de resposta e resolução para cada nível de prioridade. • Monitoramento Contínuo: Implementação de sistemas de monitoramento contínuo para rastrear o tempo de atendimento e garantir a conformidade com os SLAs. • Meta: atendimento ≤ 2 horas.		
Método de Aferição • Fonte de dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de atendimento do Help Desk, Service Desk e serviços de impressão, incluindo tempos de abertura, resposta e resolução de cada solicitação. $TIC5 = \frac{\text{Tempo total de resolução das solicitações}}{\text{Número total de solicitações}}$		
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros 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

TIC5	Tempo de Atendimento Help Desk, Service Desk, Impressão
TIC5 ≤ 2 horas	1,00
2 horas < TIC5 ≤ 4 horas	0,75
4 horas < TIC5 ≤ 6 horas	0,50
6 horas < TIC5 ≤ 8 horas	0,25
TIC5 > 8 horas	0,00

3.11. INDICADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – ADM

TABELA 55 – TABELA DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Indicador	Serviços Administrativos	Periodicidade de aferição	Meta
ADM1	Tempo Médio de Processamento de Admissão e Alta	Mensal	≤ 30 minutos
ADM2	Disponibilização dos prontuários solicitados	Mensal	≥ 90%
ADM3	Nº de glosas Faturamento – máximo 10%	Mensal	≤ 10%

TABELA 56 – TEMPO MÉDIO DE PROCESSAMENTO DE ADMISSÃO E ALTA (ADM1)

ADM1	Tempo Médio de Processamento de Admissão e Alta
Objetivo do Indicador Medir o tempo médio necessário para completar os processos de admissão e alta dos pacientes.	
Premissas Processo de Admissão (Internação) Decisão Médica: A admissão se inicia com a decisão médica pela internação do paciente, devidamente autorizada. Disponibilidade de Leito: Verificação da disponibilidade de um leito operacional. Atualização de Dados Cadastrais: Coleta e atualização de dados cadastrais completos do paciente. Assinatura de Termo de Consentimento: O paciente ou responsável deve assinar o termo de consentimento. Identificação do Responsável: Identificação e registro do responsável pelo paciente. Registro no Sistema: Registro de todos os dados e documentos no HIS. Processo de Alta Decisão Médica: A alta é decidida pelo médico responsável, seja por recuperação, transferência, óbito ou outro motivo. Documentação de Saída: Preparação e documentação da saída do paciente após a internação. Atualização de Registros: Atualização dos registros médicos e administrativos no sistema. Orientações ao Paciente: Fornecimento de orientações e documentos necessários ao paciente ou responsável. Registro no Sistema: Registro da alta no sistema eletrônico do hospital. Meta: tempo de atendimento ≤ 30 minutos.	
Método de Aferição - Os dados devem ser coletados a partir dos registros de tempo de início e conclusão dos processos de admissão e alta. Fonte de dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de operação do HIS.	

ADM1		Tempo Médio de Processamento de Admissão e Alta	
		$ADM1 = \frac{\text{Tempo total de processamento de admissões e altas}}{\text{Número total de admissões e altas}}$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros 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	
ADM1 ≤ 30 minutos		1,00	
30 minutos < ADM1 ≤ 40 minutos		0,75	
40 minutos < ADM1 ≤ 50 minutos		0,50	
50 minutos < ADM1 ≤ 60 minutos		0,25	
ADM1 > 60 minutos		0,00	

TABELA 57 – DISPONIBILIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SOLICITADOS (ADM2)

ADM2		Disponibilização dos Prontuários Solicitados	
Objetivo do Indicador Medir a eficiência e a qualidade da guarda e disponibilização dos prontuários médicos físicos.			
Premissas • Convivência de Prontuários Físicos e Digitais: O hospital deve conviver com prontuários físicos e digitais por um período de transição. • Solicitação pelo PODER CONCEDENTE: O Arquivo Médico deverá disponibilizar os prontuários físicos por solicitação do PODER CONCEDENTE para Ambulatório, Internações, SADT etc. • Entrega pela CONCESSIONÁRIA: A CONCESSIONÁRIA deverá entregar o prontuário no local determinado pelo PODER CONCEDENTE, com a solicitação feita 24 horas antes. • Meta: pedidos atendidos em 90% dos casos.			
Método de Aferição • Registro no HIS do número de prontuários físicos (papel) disponibilizados nas solicitações programadas • Fonte de dados: Os dados devem ser coletados a partir dos registros de operação do HIS. $ADM\ 2 = \frac{\text{No.de prontuários disponibilizados por demanda programada}}{\text{No.de prontuários solicitados por demanda programada}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de disponibilização de prontuários por demanda programada.		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	
ADM2 ≥ 90%		1,00	
90% > ADM2 ≥ 85%		0,75	

ADM2	Disponibilização dos Prontuários Solicitados
85% > ADM2 ≥ 80%	0,50
80% > ADM2 ≥ 75%	0,25
ADM2 < 75%	0,00

TABELA 58 – 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 • Normativas do Ministério da Saúde: O setor de Faturamento Hospitalar deverá produzir o relatório de faturamento observando as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. • Erros Administrativos: Serão computados no indicador apenas os erros administrativos provenientes do setor de faturamento. • Exclusão de Erros Assistenciais: Erros por problemas de preenchimento de prontuário pelo corpo de funcionários da área assistencial não devem entrar no cálculo de desempenho. • Limite de Glosas: As inconformidades (glosas) não deverão ser maiores que 10% do volume de produção apontado. • Meta: glosas ≤ 10 %.	
Método de Aferição • Com base no Datasus, aferir o número de glosas mensalmente. • Fonte de dados: DATASUS. $ADM\ 3 = \frac{\text{Volume financeiro rejeitado (glosas) no mês}}{\text{Volume financeiro apresentado para Faturamento}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de rejeição (glosas) no 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
ADM3 ≤ 10 %	1,00
10% < ADM3 ≤ 12 %	0,75
12% < ADM3 ≤ 14%	0,50
14% < ADM3 ≤ 16 %	0,25
ADM3 > 16 %	0,00

3.12. INDICADORES DE DISPONIBILIDADE (IDI)

TABELA 59 – TABELA DE INDICADORES DE DISPONIBILIDADE

Indicador	Serviços Administrativos	Periodicidade de	Meta
-----------	--------------------------	------------------	------

		aferição	
IDI1	Disponibilidade de Energia Elétrica de Fontes Renováveis	Mensal	≥ 10%
IDI2	Disponibilidade de Gases Medicinais	Mensal	≥ 99%
IDI3	Disponibilidade de Internet	Mensal	≥ 99%
IDI4	Disponibilidade de Água Potável	Mensal	= 100%

TABELA 60 – DISPONIBILIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA DE FONTES RENOVÁVEIS (IDI1)

IDI1		Disponibilidade de Energia Elétrica de Fontes Renováveis	
Objetivo do Indicador Medir a proporção de energia elétrica consumida pelo hospital que é proveniente de fontes renováveis.			
Premissas • Fontes Renováveis Consideradas: Energia solar, eólica, biomassa, hidroelétrica (pequenas centrais) e outras fontes renováveis reconhecidas. • Monitoramento Contínuo: Implementação de sistemas de monitoramento para medir a quantidade de energia renovável consumida. • Meta: disponibilidade ≥20%.			
Método de Aferição • Fonte de dados: Medidores de energia e relatórios de fornecedores de energia. $IDI1 = \frac{\text{Energia Renovável Consumida (kWh)}}{\text{Energia Total Consumida (kWh)}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de consumo de energia renovável e total.		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	
IDI1 ≥ 20%		1,00	
20%> IDI1 ≥ 17,5%		0,75	
17,5%> IDI1 ≥ 15%		0,50	
15% > IDI1 ≥ 12,5%		0,25	
IDI1 < 12,5%		0,00	

TABELA 61 – DISPONIBILIDADE DE GASES MEDICINAIS (IDI2)

IDI2	Disponibilidade de Gases Medicinais
Objetivo do Indicador A disponibilidade de Gases Medicinais mede a proporção de tempo em que os gases medicinais essenciais (como oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido e vácuo) estão disponíveis para uso em relação ao tempo total necessário.	
Premissas • O hospital deverá possuir um sistema de fornecimento de gases medicinais bem estabelecido, incluindo tanques de armazenamento, tubulações, válvulas de controle e pontos de uso.	

IDI2	Disponibilidade de Gases Medicinais												
- O sistema deve ser monitorado continuamente para detectar e corrigir falhas rapidamente. Meta: 99% disponibilidade.													
Método de Aferição Fonte de dados: Registros de manutenção e monitoramento dos sistemas de fornecimento de gases medicinais – HIS. $IDI2 = \frac{\text{Tempo de disponibilidade dos gases medicinais}}{\text{Tempo Total Necessário}} \times 100\%$													
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de ordens de serviço referentes a gases medicinais	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 <table> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> <tr> <td>IDI2 ≥ 99%</td><td>1,00</td></tr> <tr> <td>99% > IDI2 ≥ 98%</td><td>0,75</td></tr> <tr> <td>98% > IDI2 ≥ 96%</td><td>0,50</td></tr> <tr> <td>96% > IDI2 ≥ 94%</td><td>0,25</td></tr> <tr> <td>IDI2 < 94%</td><td>0,00</td></tr> </table>		Aferição	Nota	IDI2 ≥ 99%	1,00	99% > IDI2 ≥ 98%	0,75	98% > IDI2 ≥ 96%	0,50	96% > IDI2 ≥ 94%	0,25	IDI2 < 94%	0,00
Aferição	Nota												
IDI2 ≥ 99%	1,00												
99% > IDI2 ≥ 98%	0,75												
98% > IDI2 ≥ 96%	0,50												
96% > IDI2 ≥ 94%	0,25												
IDI2 < 94%	0,00												

TABELA 62 – DISPONIBILIDADE DE INTERNET (IDI3)

IDI3	Disponibilidade de Internet
Objetivo do Indicador Monitorar a disponibilidade da infraestrutura interna de conectividade do hospital, assegurando que todos os componentes sob responsabilidade da concessionária estejam operacionais e garantam o acesso contínuo à internet. O objetivo é identificar e mitigar falhas que possam impactar a prestação dos serviços hospitalares, promovendo a máxima eficiência e confiabilidade da rede.	
Premissas - Incluem-se na avaliação todos os equipamentos e sistemas sob responsabilidade da concessionária, tais como switches, roteadores, pontos de acesso Wi-Fi, cabeamento estruturado, sistemas de alimentação ininterrupta (UPS) e firewalls. - A concessionária deve adotar práticas de gestão, manutenção e configuração que visem maximizar o desempenho da rede e minimizar o tempo de indisponibilidade. - A medição considera apenas os períodos de indisponibilidade atribuíveis à infraestrutura interna gerida pela concessionária, excluindo falhas externas fora de seu escopo de atuação. - O monitoramento deve ser realizado por meio de sistemas internos de supervisão de rede e logs de servidores, garantindo rastreabilidade e precisão dos dados coletados.	
Método de Aferição Fonte de dados: Sistemas internos de monitoramento de rede e logs de servidores. $IDI3 = \frac{\text{tempo total de operação esperado} - \text{tempo de inatividade interna}}{\text{tempo total de operação esperada}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de disponibilidade de internet	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
IDI3 ≥ 99%	1,00
99% > IDI3 ≥ 98%	0,75
98% > IDI3 ≥ 96%	0,50
96% > IDI3 ≥ 94%	0,25
IDI3 < 94%	0,00

TABELA 63 – DISPONIBILIDADE DE ÁGUA POTÁVEL (IDI4)

IDI4	Disponibilidade de Água Potável
Objetivo do Indicador Medir a proporção de tempo em que a água potável está disponível e acessível para uso em relação ao tempo total necessário.	
Premissas - A água potável deve estar disponível e em condições adequadas para consumo e uso em todas as áreas do hospital. Inclui a capacidade de fornecer água limpa e segura para beber, preparar alimentos, higiene pessoal, limpeza de equipamentos médicos e outras necessidades hospitalares. - A água fornecida deve atender aos padrões de qualidade estabelecidos pelas autoridades de saúde, garantindo que esteja livre de contaminantes químicos, biológicos e físicos. Meta: 100% disponibilidade.	
Método de Aferição Fonte de dados: Sistema BMS. $IDI4 = \frac{\text{Tempo de disponibilidade de água potável}}{\text{Tempo Total Necessário}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal , abrangendo os registros de disponibilidade de água potável.	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
IDI4 = 100%	1,00
100% > IDI4 ≥ 99%	0,75
99% > IDI4 ≥ 98%	0,50
98% > IDI4 ≥ 97%	0,25
IDI4 < 97%	0,00

3.13. INDICADORES DE INSUMOS HOSPITALARES

TABELA 64 – INDICADORES DE INSUMOS

Indicador	INSUMOS	Periodicidade de aferição	Meta
INSUMOS 1	Disponibilidade de Itens da Lista Padronizada	Trimestral	≥ 97%
INSUMOS 2	Aquisição de Itens Não Programados na Lista Padronizada	Trimestral	≥ 97%
INSUMOS 3	Índice de satisfação do cliente interno	Trimestral	≥90%

TABELA 65 - DISPONIBILIDADE DE ITENS DA LISTA PADRONIZADA (INSUMOS1)

INSUMOS 1	DISPONIBILIDADE DE ITENS DA LISTA PADRONIZADA												
Objetivo do Indicador Garantir a disponibilidade dos itens constantes da lista padronizada no almoxarifado e farmácia e laboratório Premissas • Atualização diária do estoque no sistema de gestão: Registro imediato de entradas, saídas e saldos de todos os itens padronizados, integrando dados de compras, transferências e consumo. • Sincronização com a lista de padronização vigente. • Controle rigoroso de solicitações não atendidas: Registro detalhado de cada pedido não cumprido, incluindo motivo • Meta: taxa de disponibilidade ≥ 97%													
Método de Aferição • Aferição do atendimento às prescrições médicas e solicitações de materiais • Fonte de Dados: registros do Sistema de Informações Hospitalares (HIS) $INSUMOS1 = \frac{N^{\circ} \text{ de prescrições médicas e solicitações de materiais atendidas}}{N^{\circ} \text{ total de prescrições médicas e solicitações de materiais}} \times 100\%$													
Periodicidade de Aferição Trimestral, abrangendo os registros do sistema informatizado apuração de atendimentos.	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 <table> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> <tr> <td>INSUMOS1 ≥ 97%</td><td>1,00</td></tr> <tr> <td>97% > INSUMOS1 ≥ 95%</td><td>0,75</td></tr> <tr> <td>95% > INSUMOS1 ≥ 93%</td><td>0,50</td></tr> <tr> <td>93% > INSUMOS1 ≥ 91%</td><td>0,25</td></tr> <tr> <td>INSUMOS1 < 91%</td><td>0,00</td></tr> </table>		Aferição	Nota	INSUMOS1 ≥ 97%	1,00	97% > INSUMOS1 ≥ 95%	0,75	95% > INSUMOS1 ≥ 93%	0,50	93% > INSUMOS1 ≥ 91%	0,25	INSUMOS1 < 91%	0,00
Aferição	Nota												
INSUMOS1 ≥ 97%	1,00												
97% > INSUMOS1 ≥ 95%	0,75												
95% > INSUMOS1 ≥ 93%	0,50												
93% > INSUMOS1 ≥ 91%	0,25												
INSUMOS1 < 91%	0,00												

TABELA 66 - AQUISIÇÃO DE ITENS NÃO PROGRAMADOS NA LISTA PADRONIZADA

(INSUMOS2)

INSUMOS2		AQUISIÇÃO DE ITENS NÃO PROGRAMADOS NA LISTA PADRONIZADA
Objetivo do Indicador Avaliar a eficiência da Concessionária em adquirir itens não padronizados em um prazo máximo de 48h		
Premissas Aquisição em 48 horas: todos os itens não padronizados, independentemente de sua natureza ou complexidade, devem ser adquiridos e disponibilizados ao hospital em até 48 horas a partir da solicitação formal pelo poder concedente. Este prazo inclui todas as etapas do processo de aquisição, desde a identificação da necessidade até a entrega do item no local apropriado dentro do hospital. Os itens relacionados a este indicador serão classificados pelo Poder Concedente como “URGENTE”, sendo necessária a devida justificativa por parte do Poder Concedente, caso aplicável. Processo de Requisição: A formalização do pedido deve ocorrer através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O prazo de 48 horas começa a contar assim que o pedido é registrado no SIH, e o sistema deve gerar um protocolo ou número de identificação para cada solicitação. Revisões de Prazos: A Comissão de Insumos Hospitalares do hospital tem a prerrogativa de identificar a necessidade de revisão dos prazos estabelecidos. Caso seja identificada a necessidade de ajustes, o indicador será modificado para refletir as novas diretrizes, garantindo a adequação às necessidades específicas do hospital. - Em caso de revisão dos prazos, o indicador deverá ser atualizado segundo o novo entendimento. Meta: ≥97%		
Método de Aferição - Aferição do tempo para aquisição iniciado a partir da formalização do pedido pelo Poder Concedente até a chegada do item ao Hospital Fonte de Dados: registros do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) $INSUMOS2 = \frac{N^{\circ} \text{ de itens de INSUMOS fora da padronizada adquiridos em conformidade}}{N^{\circ} \text{ total de solicitações de aquisição de itens de INSUMOS fora da padronizada}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Trimestral, abrangendo os registros do sistema informatizado apuração de atendimentos.		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
INSUMOS2 ≥ 97%		1,00
97% > INSUMOS2 ≥ 95%		0,75
95% > INSUMOS2 ≥ 93%		0,50
93% > INSUMOS2 ≥ 91%		0,25
INSUMOS2 < 91%		0,00

TABELA 67 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO (INSUMOS3)

INSUMOS3		ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO
Objetivo do Indicador Medir e monitorar a satisfação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de laboratório etc.) do COMPLEXO HOSPITALAR em relação à qualidade do serviço de fornecimento de Insumos Hospitalares, incluindo aspectos como disponibilidade, qualidade dos produtos, prazos de entrega e atendimento. Premissas • Questionário: Será utilizado um questionário padronizado, elaborado em conjunto com o PODER CONCEDENTE e a CONCESSIONÁRIA, contendo perguntas objetivas sobre os seguintes aspectos: ○ Disponibilidade dos insumos hospitalares ○ Qualidade dos produtos fornecidos. ○ Prazos de entrega. • Escala de Avaliação: As respostas serão dadas em uma escala numérica de 1 a 5, onde: 1 = Muito Insatisfeito 2 = Insatisfeito 3 = Neutro 4 = Satisfeito 5 = Muito Satisfeito • Amostra: A amostra de profissionais de saúde a serem avaliados será definida de forma a garantir a representatividade de todas as áreas e especialidades do COMPLEXO HOSPITALAR que utilizam os insumos. A amostra mínima será de 15% dos profissionais elegíveis. • Ponderação: Cada aspecto avaliado terá um peso diferente no cálculo do indicador, refletindo sua importância relativa para a satisfação geral dos profissionais de saúde: ○ Disponibilidade dos insumos: 35% ○ Qualidade dos produtos fornecidos: 35% ○ Prazos de entrega: 30% • Meta: Índice de satisfação acima de 90%		
Método de Aferição • O cálculo será a média ponderada das notas atribuídas a cada aspecto, utilizando a fórmula • Fonte de Dados: pesquisa de satisfação a ser realizada pela Concessionária $\text{INSUMOS3} = \frac{(0,35 \times \text{disponibilidade}) + (0,35 \times \text{qualidade}) + (0,3 \times \text{prazo})}{100\%}$		
Periodicidade de Aferição Trimestral, com análise de tendências e propostas de ações corretivas.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE FORNECIMENTO DE INSUMOS HOSPITALARES PELA CONCESSIONÁRIA, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição		Nota
INSUMOS3 ≥ 90%		1,00
90% > INSUMOS3 ≥ 85%		0,75
85% > INSUMOS3 ≥ 80%		0,50

INSUMOS3	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE INTERNO	
80%>INSUMOS3≥75%		0,25
INSUMOS3<75%		0,00

4. INDICADORES DE SATISFAÇÃO

Os Indicadores de Satisfação (IS) serão obtidos por meio de duas pesquisas de satisfação, aplicadas semestralmente, direcionadas a: 1) pacientes e acompanhantes e 2) trabalhadores da área assistencial.

As pesquisas devem ter como premissas:

a) Metodologia:

- Questionário: Estruturado com perguntas claras e objetivas. As perguntas podem ser de múltipla escolha, escala Likert (por exemplo, de 1 a 5), e abertas para comentários adicionais. As perguntas das pesquisas de satisfação devem focar todas as áreas sob a responsabilidade da CONCESSIONÁRIA. As pesquisas não têm o objetivo de coletar impressões sobre as atividades assistenciais do hospital.
- Formato da Pesquisa: definir o formato da pesquisa (papel, online, telefone, presencial) com base na acessibilidade e preferências dos respondentes.
- Confidencialidade: Garantir a confidencialidade das respostas para incentivar a honestidade e a participação.

b) Amostragem:

- População-Alvo: pacientes, acompanhantes; trabalhadores da área assistencial.
- Tamanho da Amostra: utilizar fórmulas estatísticas para calcular o tamanho da amostra necessária para obter resultados representativos.
- Método de Amostragem: definir o método de amostragem adequado, como amostragem aleatória simples, amostragem estratificada (por área, por exemplo), ou amostragem sistemática.
- Período de Coleta: definir o período de coleta de dados para garantir que a amostra inclua diferentes turnos, dias da semana e períodos de alta e baixa demanda.

c) Tabulação e Resultados:

- Tabulação: inserir os dados em um software de análise estatística ou em planilhas eletrônicas. Organizar os dados por categorias e calcular as frequências e médias das respostas.
- Análise Estatística: realizar análises estatísticas para identificar tendências, padrões e áreas de melhoria. Utilizar gráficos e tabelas para visualizar os resultados.
- Relatórios: elaborar relatórios detalhados com os resultados da pesquisa.

Incluir análises descritivas, gráficos, tabelas e comentários qualitativos. Comparar os

resultados com pesquisas anteriores, se disponíveis, para identificar melhorias ou declínios.

d) Outras Considerações Pertinentes:

- **Feedback e Ações Corretivas:** compartilhar os resultados da pesquisa com a administração do hospital e as equipes envolvidas. Desenvolver planos de ação para abordar as áreas de insatisfação identificadas.
- **Periodicidade das Pesquisas:** realizar pesquisas de satisfação trimestralmente para monitorar a evolução da satisfação ao longo do tempo.
- **Benchmarking:** Comparar os resultados da pesquisa com benchmarks de outros hospitais ou com padrões estabelecidos para identificar áreas de excelência e oportunidades de melhoria.
- **Tecnologia e Inovação:** considerar o uso de tecnologias avançadas, como aplicativos móveis e plataformas online, para facilitar a coleta e análise de dados. Isso pode aumentar a taxa de resposta e a precisão dos dados.

Dois indicadores mencionados anteriormente – COA5 e TPA4, possuem instruções específicas que devem ser considerados na elaboração das pesquisas.

4.1. CONTRATAÇÃO DO INSTITUTO DE PESQUISA

A responsabilidade sobre a contratação do instituto de pesquisa será do VERIFICADOR INDEPENDENTE, que deverá observar:

- **Seleção e Contratação:** identificar e contratar um instituto de pesquisa qualificado e reconhecido para realizar as pesquisas de satisfação. Esta responsabilidade inclui a definição dos critérios de seleção, a condução do processo de licitação (se aplicável) e a formalização do contrato.
- **Garantia de Imparcialidade:** assegurar que o instituto de pesquisa contratado opere de maneira imparcial e independente, sem influências da CONCESSIONÁRIA ou do PODER CONCEDENTE.
- **Supervisão e Monitoramento:** supervisionar a execução das pesquisas, garantindo que sejam conduzidas de acordo com a metodologia estabelecida e que os dados coletados sejam precisos e confiáveis.
- **Relatórios e Análises:** receber e analisar os relatórios de pesquisa, fornecendo feedback ao PODER CONCEDENTE e à CONCESSIONÁRIA sobre os resultados e identificando áreas de melhoria.

Na ausência do VERIFICADOR INDEPENDENTE, a responsabilidade pela contratação do

instituto de pesquisa recai sobre a CONCESSIONÁRIA, que deve seguir um procedimento específico para garantir a transparência e a qualidade do processo. Este procedimento inclui:

Apresentação de Alternativas: A CONCESSIONÁRIA deve apresentar ao PODER CONCEDENTE três alternativas de empresas reconhecidas e qualificadas para a realização das pesquisas de satisfação. As empresas sugeridas devem ter experiência comprovada e boa reputação no mercado.

- **CrITÉrios de Seleção:** As alternativas apresentadas devem ser acompanhadas de informações detalhadas sobre cada empresa, incluindo:
 - Histórico e experiência em pesquisas de satisfação no setor de saúde.
 - Metodologias utilizadas para a coleta e análise de dados.
 - Referências de clientes anteriores.
 - Certificações e creditações relevantes.
 - Propostas financeiras e condições contratuais.
- **Escolha pelo PODER CONCEDENTE:** O PODER CONCEDENTE é responsável por revisar as alternativas apresentadas e selecionar a empresa que melhor atenda aos critérios de qualidade e imparcialidade. A escolha deve ser baseada em uma avaliação criteriosa das propostas, garantindo que a empresa selecionada tenha a capacidade de conduzir as pesquisas de maneira eficaz e imparcial.

TABELA 68 – INDICADOR DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (IS1)

IS1	Indicador de Satisfação do Usuário
Objetivo do Indicador Medir o grau de satisfação dos pacientes e seus acompanhantes em relação aos serviços prestados pela CONCESSIONÁRIA no hospital.	
Premissas • Periodicidade de Medição: Semestral • Relatórios: Relatórios trimestrais gerados e analisados para monitorar a satisfação dos usuários e identificar tendências. • Fonte de Dados: Relatórios do Instituto de Pesquisa • Pesquisas de satisfação realizadas com pacientes e acompanhantes. O questionário deve conter alternativas como as sugeridas: () Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Insatisfeito () Muito Insatisfeito • Aferição Serão considerados como “Satisfeito” os questionários que assinalem as alternativas: (X) Muito satisfeito	

IS1	Indicador de Satisfação do Usuário
(X) Satisfeito	
Meta: 90% de "Satisfeitos"	
Método de Aferição Pesquisas de satisfação em conformidade com os termos acima. $IS1 = \frac{\text{Total de questionários com avaliação "satisfeito"}}{\text{Total de questionários}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Trimestral	Ativação e Vigência Aplicação das Pesquisas a partir do 7º mês de operação do hospital.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
IS1 ≥ 90%	1,00
90% > IS1 ≥ 85%	0,75
85% > IS1 ≥ 80%	0,50
80% > IS1 ≥ 75%	0,25
IS1 < 75%	0,00

TABELA 69 – INDICADOR DE SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO ASSISTENCIAL (IS2)

IS2	Indicador de Satisfação do Funcionário Assistencial
Objetivo do Indicador Medir o grau de satisfação dos funcionários da área assistencial em relação aos serviços prestados pela CONCESSIONÁRIA no hospital.	
Premissas - Periodicidade de Medição: Semestral - Relatórios: Relatórios trimestrais gerados e analisados para monitorar a satisfação dos usuários e identificar tendências. - Fonte de Dados: Relatórios do Instituto de Pesquisa - Pesquisas de satisfação realizadas com funcionários da área assistencial. O questionário deve conter alternativas como as sugeridas: () Muito satisfeito () Satisfeito () Neutro () Insatisfeito () Muito Insatisfeito - Aferição Serão considerados como "Satisfeito" os questionários que assinalem as alternativas: (X) Muito satisfeito (X) Satisfeito	
Meta: 80% de "Satisfeitos"	
Método de Aferição Pesquisas de satisfação em conformidade com os termos acima.	

IS2		Indicador de Satisfação do Funcionário Assistencial	
$IS2 = \frac{\text{Total de questionários com avaliação "satisfeito"}}{\text{Total de questionários}} \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Trimestral		Ativação e Vigência Aplicação das Pesquisas a partir do 7º mês de operação do hospital	
Sistema de Pontuação			
Aferição		Nota	
IS2 ≥ 80%		1,00	
80% > IS2 ≥ 75%		0,75	
75% > IS2 ≥ 70%		0,50	
70% > IS2 ≥ 65%		0,25	
IS2 < 65%		0,00	

5. APENDICE A – INDICADORES DE DESEMPENHO DURANTE A FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

A fase de Operação Assistida corresponde ao período de transição entre a realização da Fase 0, 1 e 2 e a Operação Plena do Complexo Hospitalar. Durante este período, enquanto as obras e a renovação de equipamentos estarão em curso, ocorrerá a transferência gradual de alguns serviços à Concessionária. Neste contexto, é fundamental assegurar a continuidade e eficiência das operações através de indicadores de desempenho adaptados especificamente para essa fase transicional.

A fase de operação assistida é caracterizada por um ambiente dinâmico onde as obras, as reformas e a equipagem do Complexo Hospitalar não estarão finalizadas. Entretanto, para garantir a qualidade e eficiência dos serviços que serão assumidos nesta fase, serão implementados indicadores de desempenho ajustados, antes da operação definitiva. Os indicadores dessa fase deverão ser apurados a partir da transferência da responsabilidade do Poder Concedente para a Concessionária. O nível de desempenho será considerado máximo durante os primeiros dois meses, que servirão de prazo de ajustes e correções. A partir do terceiro mês após a assinatura do Termo de Entrega do Bem Público, haverá incidência de penalizações em caso de descumprimento dos indicadores de desempenho estabelecidos.

Os indicadores cujas métricas não envolvam as instalações físicas do Complexo Hospitalar, como aqueles relacionados à logística e controle de acesso, serão apurados durante a fase assistida, ao passo que aqueles que se relacionam diretamente à infraestrutura, serão somente após a conclusão das obras de construção e/ ou reforma do Complexo Hospitalar.

Relação e Peso Ponderal de Indicadores por Grupo

Os Indicadores de Desempenho a serem implementados na fase de Operação Assistida estão organizados em grupos, que abrangem desde a logística até os serviços administrativos, sendo que cada grupo possui um número de Indicadores específico com métricas de mensuração já definidas anteriormente, cujo peso ponderal é expresso em porcentagem. A tabela a seguir resume os principais grupos e os pesos designados para a fase assistida:

TABELA 70 – GRUPOS DE INDICADORES DA FASE ASSISTIDA

GRUPO	INDICADORES	QUANT.	PESO
LOG	Logística – Almoxarifado e Farmácia	3	14%
CME	Central de Material Esterilizado	2	6%
MAN	Manutenção Predial	0	0
ECL	Engenharia Clínica	0	0
COA	Controle de Acesso – Recepção e Portaria/Vigilância	3	15%
LAV	Lavanderia	3	7%
LIM	Limpeza/Gestão Resíduos Sólidos/ e Parques e Jardins	4	14%
SND	Nutrição e Dietética	4	19%
TPA	Transporte Pacientes (Ambulâncias/Maqueiros/Necrotério)	3	6%
TIC	Tecnologia da Informação e Telefonia	0	0
ADM	Serviços Administrativos	3	6%

GRUPO	INDICADORES	QUANT.	PESO
IDI	Disponibilidade (Água, Gases Medicinais, Gás de Cozinha, Internet e Telefonia)	0	0
INSUMOS	Aquisição de INSUMOS	3	13%
		28	100%

Durante a fase de Operação Assistida o cálculo do FDE (Fator de Desempenho) deverá considerar a fórmula:

$$\text{FDE} = 0,14 \times \text{LOG} + 0,06 \times \text{CME} + 0,15 \times \text{COA} + 0,07 \times \text{LAV} + 0,14 \times \text{LIM} + 0,19 \times \text{SND} + 0,06 \times \text{TPA} + 0,06 \times \text{ADM} + 0,13 \times \text{INSUMOS}$$

Para cálculo de cada indicador deverão ser usados os critérios anteriores, constantes das fichas individualizadas por indicador.

5.1. INDICADORES DE LOGÍSTICA (LOG)

TABELA 71 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Logística	Periodicidade de Aferição	Meta
LOG2	Taxa de acurácia de inventário	Trimestral	≥ 95%
LOG3	Taxa de falhas de dispensação de medicamentos	Mensal	≤ 1%
LOG4	Taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	Mensal	≤ 1%

TABELA 72 - INDICADORES INATIVOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Logística	Periodicidade de Aferição	Meta
LOG1	Taxa de cumprimento do tempo médio para atendimento aos chamados por demanda não programada	Mensal	≥ 95%

5.2. INDICADORES DE CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME)

TABELA 73 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Centro de Material Esterilizado	Periodicidade de Aferição	Meta
CME1	Atendimento às Demandas Programadas	Mensal	≥ 98%
CME3	Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização	Mensal	= 100%

TABELA 74 - INDICADORES INATIVOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Centro de Material Esterilizado	Periodicidade de Aferição	Meta
CME2	Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas	Mensal	≥ 95%

5.3. INDICADORES DE CONTROLE DE ACESSO (COA)

TABELA 75 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Controle de Acesso	Periodicidade de aferição	Meta
COA1	Porcentagem de cumprimento de rondas programadas	Mensal	=100%
COA2	Porcentagem de cobertura em postos fixos de vigilância, recepção e portaria	Diária	=100%
COA4	Tempo de Atendimento nas Recepções	Mensal	≤15 minutos

TABELA 76 - INDICADORES INATIVOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Controle de Acesso	Periodicidade de aferição	Meta
COA3	Substituição de câmeras de monitoramento em até 24 horas	Mensal	=100%
COA5	Satisfação do Usuário quanto aos serviços de Recepção, Portaria e Vigilância	Mensal	≥ 90%

5.4. INDICADORES DE LAVANDERIA (LAV)

TABELA 77 -INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Rouparia/Lavanderia	Periodicidade de aferição	Meta
LAV1	Taxa de atendimento de demandas programadas de enxoval por área ou serviço	Mensal	= 100%
LAV2	Taxa de cumprimento dos horários de entrega de enxoval	Mensal	= 100%
LAV3	Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico	Mensal	≥ 98%

5.5. INDICADORES LIMPEZA, GRS E PARQUES E JARDINS (LIM)

TABELA 78 -INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	LIM - Limpeza/Gestão Resíduos Sólidos/ e Parques e Jardins	Periodicidade de aferição	Meta
LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas	Mensal	≥ 95%
LIM2	Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas	Mensal	≥ 95%
LIM3	Comprovação da destinação de Resíduos Sólidos Hospitalares	Mensal	= 100%
LIM4	Cumprimento da programação de conservação de jardins e controle de pragas	Mensal	= 100%

5.6. INDICADORES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (SND)

TABELA 79 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Nutrição e Dietética	Periodicidade de Aferição	Meta
SND1	Taxa de Refeições dispensadas conforme prescrição	Mensal	≥ 98%
SND2	Taxas de Cirurgias suspensas por jejum pré-operatório interrompido	Mensal	zero
SND4	Taxas cumprimento de horários pré-estabelecidos das refeições, 6 refeições/dia	Mensal	≥ 98%
SND5	Taxa de Controle Microbiológico Negativo	Mensal	= 100%

TABELA 80 - INDICADORES INATIVOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Nutrição e Dietética	Periodicidade de Aferição	Meta
SND3	Taxas de Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 65° C	Mensal	≥ 98%

5.7. INDICADORES DE TRANSPORTE PACIENTES (TPA)

TABELA 81 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Transporte de Pacientes	Periodicidade de aferição	Meta
TPA1	Atendimento à demanda não programada de transporte externo	Mensal	= 100%
TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas Críticas	Mensal	≤ 5 minutos
TPA3	Atendimento à Demanda Programada	Mensal	= 100%

TABELA 81 - INDICADORES INATIVOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Transporte de Pacientes	Periodicidade de aferição	Meta
TPA4	Satisfação do Usuário em Transportes, Maqueiros e Necrotério	Trimestral	≥ 80%

5.8. INDICADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS – ADM

TABELA 82 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	Serviços Administrativos	Periodicidade de aferição	Meta
ADM1	Tempo Médio de Processamento de Admissão e Alta	Mensal	≤ 30 minutos
ADM2	Disponibilização dos prontuários solicitados	Mensal	≥ 90%

Indicador	Serviços Administrativos	Periodicidade de aferição	Meta
ADM3	Nº de glosas Faturamento – máximo 10%	Mensal	≤ 10%

5.9. INDICADORES DE INSUMOS

TABELA 83 - INDICADORES A SEREM UTILIZADOS NA FASE DE OPERAÇÃO ASSISTIDA

Indicador	INSUMOS	Periodicidade de aferição	Meta
INSUMOS 1	Disponibilidade de Itens da Lista Padronizada	Trimestral	≥ 97%
INSUMOS 2	Aquisição de Itens Não Programados na Lista Padronizada	Trimestral	≥ 97%
INSUMOS 3	Índice de Satisfação do Cliente Interno	Trimestral	≥90%

5.10. INDICADORES DE SATISFAÇÃO

Os Indicadores de Satisfação (IS) serão obtidos por meio de duas pesquisas de satisfação, aplicadas semestralmente, direcionadas a: 1) pacientes e acompanhantes e 2) trabalhadores da área assistencial. As pesquisas serão aplicadas normalmente, porém, seus resultados não trarão impacto no cálculo da contraprestação mensal.

6. APENDICE B – RESUMO INDICADORES DE DESEMPENHO (OPERAÇÃO ASSISTIDA E PLENA)

INDICADORES DE QUALIDADE										
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				OPERAÇÃO ASSISTIDA	PESO OPERAÇÃO DEFINITIVA
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	
1	LOG	Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada para o fornecimento de medicamentos	LOG1	%	LOG1 ≥ 95%	95% > LOG1 ≥ 92%	92% > LOG1 ≥ 90%	90% > LOG1 ≥ 87%	LOG1 < 87%	10,00%
2		Acurácia do inventário	LOG2	%	LOG2 ≥ 95%	95% > LOG2 ≥ 90%	90% > LOG2 ≥ 85%	85% > LOG2 ≥ 80%	LOG2 < 80%	
3		Falha de dispensação de medicamentos	LOG3	%	LOG3 ≤ 1%	1% < LOG3 ≤ 2%	2% < LOG3 ≤ 3%	3% < LOG3 ≤ 5%	LOG3 > 5%	
4		Falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	LOG4	%	LOG4 ≤ 1%	1% < LOG4 ≤ 2%	2% < LOG4 ≤ 3%	3% < LOG4 ≤ 4%	LOG4 > 4%	
5	CME	Atendimento às Demandas Programadas	CME1	%	CME1 ≥ 98%	98% > CME1 ≥ 96%	96% > CME1 ≥ 94%	94% > CME1 ≥ 92%	CME1 < 92%	4,00%
6		Atendimento do Tempo de Cumprimento às Demandas Não Programadas	CME2	%	CME2 ≥ 95%	95% > CME2 ≥ 92%	92% > CME2 ≥ 89%	89% > CME2 ≥ 86%	CME2 < 86%	
7		Cumprimento do Controle Biológico, Físico e Químico de Esterilização	CME3	%	CME3 = 100%	100% > CME3 ≥ 99%	99% > CME3 ≥ 98%	98% > CME3 ≥ 97%	CME3 < 97%	
8	MAN	Tempo de Cumprimento das Ordens de Serviços de Zeladoria	MAN1	%	MAN1 ≥ 95%	95% > MAN1 ≥ 90%	90% > MAN1 ≥ 85%	85% > MAN1 ≥ 80%	MAN1 < 80%	10,00%
9		Cumprimento do Plano de Manutenção Preventiva	MAN2	%	MAN2 ≥ 98%	98% > MAN2 ≥ 95%	95% > MAN2 ≥ 92%	92% > MAN2 ≥ 89%	MAN2 < 89%	
10		Tempo de restabelecimento de abastecimento de	MAN3	%	MAN3 = 100%	100% > MAN3 ≥ 98%	98% > MAN3 ≥ 96%	96% > MAN3 ≥ 94%	MAN3 < 94%	

INDICADORES DE QUALIDADE										
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				PESO	
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	OPERAÇÃO ASSISTIDA
		energia elétrica-emergência								
11		Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas	MAN4	%	MAN4 ≥ 95%	95% > MAN4 ≥ 92%	92% > MAN4 ≥ 89%	89% > MAN4 ≥ 86%	MAN4 < 86%	
12		Tempo de inatividade de elevadores críticos	MAN5	%	MAN5 ≤ 1%	1% < MAN5 ≤ 2%	2% < MAN5 ≤ 3%	3% < MAN5 ≤ 4%	MAN5 >4%	
13		Tempo de Resposta a Chamados de Manutenção Corretiva	MAN6	%	MAN6 ≥ 98%	98% > MAN6 ≥ 95%	95% > MAN6 ≥ 92%	92% > MAN6 ≥ 89%	MAN6 < 89%	
14		Cumprimento de cronograma de manutenção preventiva	ECL1	%	ECL1 ≥ 98%	98% > ECL1 ≥ 95%	95% > ECL1 ≥ 92%	92% > ECL1 ≥ 89%	ECL1 < 89%	
15	ECL	Tempo de restabelecimento de funcionamento de equipamento - por tipo de equipamento	ECL2	%	ECL2 ≥ 98%	98% > ECL2 ≥ 95%	95% > ECL2 ≥ 92%	92% > ECL2 ≥ 89%	ECL2 < 89%	10,00%
16		Equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação	ECL3	%	ECL3 = 100%	100% > ECL3 ≥ 98%	98% > ECL3 ≥ 96%	96% > ECL3 ≥ 94%	ECL3 < 94%	
17		Tempo de substituição de equipamentos críticos	ECL4	%	ECL4 = 100%	100% > ECL4 ≥ 99%	99% > ECL4 ≥ 98%	98% > ECL4 ≥ 97%	ECL4 < 97%	
18	COA	Porcentagem de Cumprimento de Rondas Programadas	COA1	%	COA1 = 100%	100% > COA1 ≥ 98%	98% > COA1 ≥ 96%	96% > COA1 ≥ 94%	COA1 < 94%	5,00%
19		Cobertura em postos fixos de vigilância	COA2	%	COA2 = 100%	100% > COA2 ≥ 98%	98% > COA2 ≥ 96%	96% > COA2 ≥ 94%	COA2 < 94%	5,00%
20		Tempo de substituição de câmeras de monitoramento	COA3	%	COA3 = 100%	100% > COA3 ≥ 98%	98% > COA3 ≥ 96%	96% > COA3 ≥ 94%	COA3 < 94%	
21		Tempo de Atendimento na Recepção	COA4	minutos (min)	COA4 ≤ 15 min	15 min <COA4 ≤ 20 min	20 min <COA4 ≤ 25 min	25 min <COA4 ≤ 30 min	COA4 > 30 min	5,00%

INDICADORES DE QUALIDADE											
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				PESO		
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	OPERAÇÃO ASSISTIDA	OPERAÇÃO DEFINITIVA
22		Satisfação do Usuário quanto aos serviços de Recepção, Portaria e Vigilância	COA5	%	COA4 ≥ 90%	90% > COA4 ≥ 85%	85% > COA4 ≥ 80%	80% > COA4 ≥ 75%	COA4 < 75%		
23		Taxa de atendimento de demandas programadas de enxoval por área ou serviço	LAV1	%	LAV1 = 100%	100% > LAV1 ≥ 98%	98% > LAV1 ≥ 96%	96% > LAV1 ≥ 94%	LAV1 < 94%		
24	LAV	Cumprimento dos horários de entrega do enxoval	LAV2	%	LAV2 = 100%	100% > LAV2 ≥ 98%	98% > LAV2 ≥ 96%	96% > LAV2 ≥ 94%	LAV2 < 94%	7,00%	
25		Taxa de Disponibilidade de Rouparia no Centro Cirúrgico	LAV3	%	LAV3 ≥ 98%	98% > LAV3 ≥ 95%	95% > LAV3 ≥ 92%	92% > LAV3 ≥ 89%	LAV3 < 89%		4,00%
26		Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas	LIM1	%	LIM1 ≥ 95%	95% > LIM1 ≥ 92%	92% > LIM1 ≥ 89%	89% > LIM1 ≥ 86%	LIM1 < 86%		
27	LIM	Taxa de Cumprimento do Tempo de Chamada em Áreas Não Críticas	LIM2	%	LIM2 ≥ 95%	95% > LIM2 ≥ 92%	92% > LIM2 ≥ 89%	89% > LIM2 ≥ 86%	LIM2 < 86%	14,00%	
28		Comprovação da Destinação Correta de Resíduos Sólidos Hospitalares	LIM3	%	LIM3 = 100%	100% > LIM3 ≥ 98%	98% > LIM3 ≥ 96%	96% > LIM3 ≥ 94%	LIM3 < 94%		8,00%
29		Cumprimento das Metas de Conservação de Jardins e Controle de Pragas	LIM4	%	LIM4 = 100%	100% > LIM4 ≥ 98%	98% > LIM4 ≥ 96%	96% > LIM4 ≥ 94%	LIM4 < 94%		
30	SND	Refeições dispensadas conforme prescrição	SND1	%	SND1 ≥ 98%	98%>SND1 ≥ 95%	95%>SND1 ≥ 92%	92%>SND1 ≥ 89%	SND1<89%	4,75%	12,00%

INDICADORES DE QUALIDADE											
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				PESO		
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	OPERAÇÃO ASSISTIDA	OPERAÇÃO DEFINITIVA
31		Suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido	SND2	%	SND2 = zero	zero<SND2 ≤ 1%	1%<SND2 ≤ 2%	2%<SND2 ≤ 3%	SND2 > 3%	4,75%	
32		Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 65º C	SND3	%	SND3 ≥ 98%	98%>SND3 ≥ 95%	95%>SND3 ≥ 92%	92%>SND3 ≥ 89%	SND3 < 89%		
33		Cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes	SND4	%	SND4 ≥ 98%	98%>SND4 ≥ 95%	95%>SND4 ≥ 92%	92%>SND4 ≥ 89%	SND4 < 89%	4,75%	
34		Taxa de Exames Microbiológicos Negativos	SND5	%	SND5 = 100%	100%>SND5 ≥ 98%	98%>SND5 ≥ 96%	96%>SND5 ≥ 94%	SND5 < 94%	4,75%	
35	TPA	Atendimento à demanda não programada de transportes externos	TPA1	%	TPA1 = 100%	100%>TPA1 ≥ 98%	98%>TPA1 ≥ 96%	96%>TPA1 ≥ 94%	TPA1 < 94%	6,00%	4,00%
36		Tempo de atendimento a chamados de maqueiros nas áreas críticas	TPA2	%	TPA2 ≤ 5%	5% < TPA2 ≤ 10%	10% < TPA2 ≤ 15%	15% < TPA2 ≤ 20%	TPA2 > 20%		
37		Atendimento à demanda programada de transportes externos	TPA3	%	TPA3 = 100%	100%>TPA3 ≥ 98%	98%>TPA3 ≥ 96%	96%>TPA3 ≥ 94%	TPA3 < 94%		
38		Satisfação do Usuário (Funcionários da Bata Branca) em Transportes, Maqueiros e Necrotério	TPA4	%	TPA4 ≥ 80%	80%>TPA4 ≥ 77%	77%>TPA4 ≥ 73%	73%>TPA4 ≥ 70%	TPA4 < 70%		
39	TIC	Tempo de Disponibilidade do HIS (<i>Hospital Information System</i>)	TIC1	%	TIC1 ≥ 99%	99% > TIC1 ≥ 98%	98% > TIC1 ≥ 96%	96% > TIC1 ≥ 94%	TIC1 < 94%		10,00%
40		Taxa de Conformidade de Backup	TIC2	%	TIC2 ≥ 99%	99% > TIC2 ≥ 98%	98% > TIC2 ≥ 96%	96% > TIC2 ≥ 94%	TIC2 < 94%		

INDICADORES DE QUALIDADE										
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				PESO	
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	OPERAÇÃO ASSISTIDA
41		Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Impressão	TIC3	%	TIC3 ≥ 99%	99% > TIC3 ≥ 98%	98% > TIC3 ≥ 96%	96% > TIC3 ≥ 94%	TIC3 < 94%	
42		Taxa de Disponibilidade de Equipamentos de Microinformática	TIC4	%	TIC4 ≥ 99%	99%>TIC4 ≥ 98%	98%>TIC4 ≥ 96%	96%>TIC4 ≥ 94%	TIC4 < 94%	
43		Tempo de Atendimento Help Desk, Service Desk, Impressão	TIC5	horas (h)	TIC5 ≤ 2 h	2 h < TIC5 ≤ 4 h	4 h < TIC5 ≤ 6 h	6 h < TIC5 ≤ 8 h	TIC5 > 8 h	
44	ADM	Tempo Médio de Processamento de Admissão e Alta	ADM1	minutos (min)	ADM1 ≤ 30 min	30 min < ADM1 ≤ 40 min	40 min < ADM1 ≤ 50min	50 min < ADM1 ≤ 60 min	ADM1 > 60 min	6,00%
45		Disponibilização dos Prontuários Solicitados	ADM2	%	ADM2 ≥ 90%	90% > ADM2 ≥ 85%	85% > ADM2 ≥ 80%	80% > ADM2 ≥ 75%	ADM2 < 75%	
46		Número de Glosas no Faturamento	ADM3	%	ADM3 ≤ 10 %	10% < ADM3 ≤ 12 %	12% < ADM3 ≤ 14%	14% < ADM3 ≤ 16 %	ADM3 > 16 %	
47	IDI	Disponibilidade de Energia Elétrica de Fontes Renováveis	IDI1	%	IDI1 ≥ 20%	20%> IDI1 ≥ 17,5%	17,5%> IDI1 ≥ 15%	15% > IDI1 ≥ 12,5%	IDI1 < 12,5%	4,00%
48		Disponibilidade de Gases Medicinais	IDI2	%	IDI2 ≥ 99%	99% > IDI2 ≥ 98%	98% > IDI2 ≥ 96%	96% > IDI2 ≥ 94%	IDI2 < 94%	
49		Disponibilidade de Internet	IDI3	%	IDI3 ≥ 99%	99% > IDI3 ≥ 98%	98% > IDI3 ≥ 96%	96% > IDI3 ≥ 94%	IDI3 < 94%	
50		Disponibilidade de Água Potável	IDI4	%	IDI4 = 100%	100% > IDI4 ≥ 99%	99% > IDI4 ≥ 98%	98% > IDI4 ≥ 97%	IDI4 < 97%	
51	INSUMOS	Disponibilidade de itens da lista padronizada	INSUMOS 1	%	INSUMOS1 ≥ 97%	97% > INSUMOS1 ≥ 95%	95% > INSUMOS1 ≥ 93%	93% > INSUMOS1 ≥ 91%	INSUMOS1 < 91%	13,00%
52		Aquisição de itens não programados na lista padronizada	INSUMOS 2	%	INSUMOS2 ≥ 97%	97% > INSUMOS2 ≥ 95%	95% > INSUMOS2 ≥ 93%	93% > INSUMOS2 ≥ 91%	INSUMOS2 < 91%	
53		Índice de satisfação do cliente interno {Insumos}	IS3	%	IS3 ≥ 90%	90%>IS3≥85%	85%>IS3≥80%	80%>IS3≥75%	IS3<75%	
									100,00%	100,00%

INDICADORES DE SATISFAÇÃO										
ID	GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO	SIGLA	UNIDADE	NOTA				PESO	
					1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	OPERAÇÃO ASSISTIDA
53	IS	Indicador de Satisfação do Usuário	IS1	%	IS1 ≥ 90%	90% > IS1 ≥ 85%	85% > IS1 ≥ 80%	80% > IS1 ≥ 75%	IS1 < 75%	50,00%
54		Indicador de Satisfação do Funcionário Assistencial	IS2	%	IS2 ≥ 80%	80% > IS2 ≥ 75%	75% > IS2 ≥ 70%	70% > IS2 ≥ 65%	IS2 < 65%	50,00%
									0,00%	100,00%