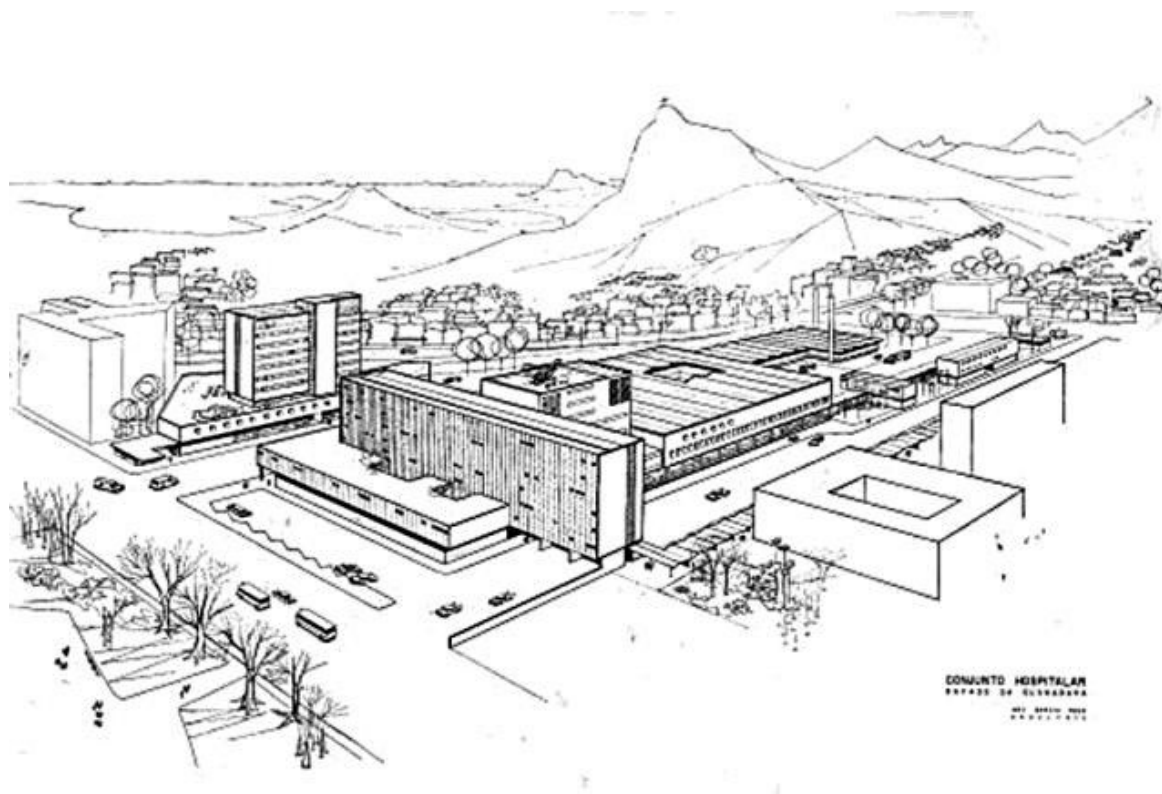


ANEXO II 2.4

RELATÓRIO DE INDICADORES DE DESEMPENHO - CHMSA



SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	4
2.	DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA	5
3.	A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE	6
4.	INDICADORES DE DESEMPENHO	6
4.1.	DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO	7
4.2.	PONDERAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO	7
4.3.	ESTRUTURA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO	7
5.	CONSIDERAÇÕES GERAIS	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Grupo de Indicadores de Infraestrutura	7
Tabela 2 – Subgrupo de Indicadores de Logística	8
Tabela 3 – LOG1 - Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada	9
Tabela 4 – LOG2 - Atendimento aos chamados por demanda programada	10
Tabela 5 – LOG3 - Falha de dispensação de medicamentos	11
Tabela 6 – Falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	12
Tabela 7 – Subgrupo de Indicadores de Esterilização	13
Tabela 8 – EST1 - Atendimento às demandas programadas	13
Tabela 9 – EST2 - Atendimento do tempo de cumprimento às demandas não programadas	14
Tabela 10 – EST3 - Cumprimento do controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização	15
Tabela 11 – Subgrupo de Indicadores de Engenharia Clínica	16
Tabela 12 – ECL1 - Cumprimento de cronograma de manutenção preventiva	16
Tabela 13 – ECL2 - Tempo médio de equipamento em funcionamento - por tipo de equipamento	18
Tabela 14 – ECL3 - Equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação	19
Tabela 15 – ECL4 - Disponibilidade de serviço de tomografia	20
Tabela 16 – ECL5 - Disponibilidade de equipamento de ressonância magnética	21
Tabela 17 – ECL6 - Disponibilidade de equipamento de raio X fixo	22
Tabela 18 – ECL7 - Disponibilidade de serviço de ultrassonografia	23
Tabela 19 – Subgrupo de Indicadores de Manutenção Predial	24
Tabela 20 – MAN1 - Disponibilidade de gases medicinais	24
Tabela 21 – MAN2 - Tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência	26
Tabela 22 – MAN3 - Qualidade de água potável	27
Tabela 23 – MAN4 - Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas	28
Tabela 24 – MAN5 - Tempo de funcionamento de elevadores	29



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria municipal de saúde – sms
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, bl. 1, 7º andar – sala 701
Cidade Nova - Rio De Janeiro/Rj - cep: 20.211-110
tel: (21) 2976-2024 / (21) 2976-2026

PROCESSO	
Data	Fis.
Rubrica	

Tabela 25 – Subgrupo de CONTROLE DE ACESSO	30
Tabela 26 – COA1 - Rondas preventivas programadas	30
Tabela 27 – COA2 - Cobertura em postos fixos de vigilância, RECEPÇÃO E PORTARIAS.....	31
Tabela 28 – COA3 - Tempo de substituição de câmeras de monitoramento	32
Tabela 29 – Subgrupo de Rouparia/Lavanderia	33
Tabela 30 – LAV1 - Demandas programadas de enxoval por área ou serviço.....	33
Tabela 31 – LAV2 - Cumprimento dos horários de entrega do enxoval	34
Tabela 32 – Subgrupo de Higiene e Limpeza	35
Tabela 33 – LIM1 - Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas críticas E SEMICRÍTICAS.....	35
Tabela 34 – LIM2 - Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas	36
Tabela 35 – Subgrupo de Nutrição e Dietética	37
Tabela 36 – SND1 - Refeições dispensadas conforme prescrição	38
Tabela 37 – SND2 - Suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido.....	38
Tabela 38 – SND3 – Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 60° C.....	39
Tabela 39 – SND4 - Cumprimento dos horários pré-estabelecidos das refeições para pacientes.....	40
Tabela 40 – Subgrupo de Transporte DE PACIENTES	41
Tabela 41 – TPA1 - Atendimento à demanda programada de transportes externos	42
Tabela 42 – TPA2 - Tempo de atendimento a chamados de maqueiros no CER/PS/Maternidade inferior a 5 minutos	42
Tabela 43 – Subgrupo de MORGUE	43
Tabela 44 – MOR1 - Tempo de espera para remoção do cadáver do leito	44
Tabela 45 – MOR2 – OCORRÊNCIAS DE ERROS NA IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	44
Tabela 46 - META DOS INDICADORES ADMINISTRATIVOS	45
Tabela 47 – Tempo de funcionamento do setor de Internação	46
Tabela 48 – Disponibilização dos Prontuários Solicitados.....	46
Tabela 49 – Número de glosas no Faturamento Hospitalar.....	48
Tabela 50 – Nº de funcionários com exame médico periódico realizado anualmente.....	48
Tabela 51 – Subgrupo de Tecnologia de Informática e Comunicação	49
Tabela 52 – TIC1 - Chamado de tecnologia atendido abaixo do tempo de SLA.....	49
Tabela 53 – TIC2 - Tempo para implementar aplicação ou correção	51
Tabela 54 – TIC3 - Disponibilidade de rede local (LAN availability)	52
Tabela 55 – TIC4 - Disponibilidade de Web Server / Application Server/ Database Server	53



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria municipal de saúde – sms
Rua Afonso Cavalcanti, nº 455, bl. 1, 7º andar – sala 701
Cidade Nova - Rio De Janeiro/Rj - cep: 20.211-110
tel: (21) 2976-2024 / (21) 2976-2026

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, será um ANEXO que integrará o EDITAL da LICITAÇÃO, na modalidade de Concorrência, com vistas à seleção da proposta mais vantajosa para contratação de PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA (PPP), na modalidade de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA, destinada à Realização de Investimentos em Reformas, Equipamentos Clínicos e Mobiliário e Atividades Operacionais Não Assistenciais (Bata Cinza), Manutenção e Conservação do Complexo Hospitalar Souza Aguiar - RJ, em conformidade com o disposto na Lei Federal n.º 11.079, de 30 de Dezembro de 2004 (Lei Federal de PPPs).

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

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



PROCESSO	
Data	Fis.
Rubrica	

2. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

[REF10] HAMES, D.S.P. Productivity-enhancing work innovations: remedies for what ails hospital? Hosp. & Health Serv. Admin., 36: 545-8, 1991

[REF11] BITTAR, O.J.N.V. Produtividade em hospitais. São Paulo, 1994. [Tese Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP]

[REF12] (Paladini, E. P. (2011). Avaliação estratégica da qualidade (3a ed. rev.). São Paulo: Atlas.

[REF13] (Forgia, G. M, La, & Couttolenc, B. F. (2009). Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular.

[REF14] (Prahinsky, C, & Benton, W. C. (2004). Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. Journal of Operations Management, 22(1),39-62.

[REF15] Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? Luciano Vignochi/ Cláudio Reis Gonçalves/ Álvaro Guillermo Rojas Lezana <https://doi.org/10.1590/S0034-759020140504>

[REF16]https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/he-ufpel/aceso-a-informacao/indicadores-hospitalares/2021/relatorio_indicadores_fevereiro2021.pdf

[REF17] <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>

[REF18] <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

[REF19] <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>

[REF20] <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-do-suburbio/>

[REF21] <http://www.gov.br/ebserh/pt-br>

[REF22]<https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/acoes-e-programas/parcerias-publico-privadas/hospital-metropolitano-de-belo-horizonte>.

3. A IMPORTÂNCIA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO NA SAÚDE

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

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

No caso do Complexo Hospitalar Municipal Souza Aguiar - RJ, por tratar-se de uma CONCESSÃO ADMINISTRATIVA, indicadores de desempenho são parte essencial do instrumento contratual, que deverá ser o mecanismo fundamental a estabelecer regras de pagamento ao parceiro privado, bem como de sua relação com o PODER CONCEDENTE.

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

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

Desta forma, indicadores são medidas de desempenho que expressam resultados em índices numéricos. As práticas de administração hospitalar por meio de indicadores estão associadas a diversas abordagens: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar. Para atingir a complexidade estratégica, é necessário aplicar diversos indicadores como instrumentos de gestão. O resultado de uma aplicação eficaz de indicadores é o aumento do conhecimento sobre pontos críticos nos processos, permitindo uma avaliação contínua da eficiência do serviço.

Indicadores de desempenho são, portanto, essenciais para proporcionar informações mensuráveis, que permitam descrever a realidade organizacional, e oferecer balizamento para o adequado cumprimento das obrigações contratuais e correspondente remuneração dos serviços sob CONCESSÃO.

4. INDICADORES DE DESEMPENHO

Na sequência, identifica-se e descreve-se os indicadores de desempenho definidos para o CONTRATO DE CONCESSÃO ADMINISTRATIVA para a gestão de desempenho do Complexo Souza Aguiar.

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

4.1. DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

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

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

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

4.2. PONDERAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

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

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

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

4.3. ESTRUTURA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

O Grupo de Indicadores é constituído por 12 subgrupos, conforme mostrado a seguir. Portanto, os indicadores de desempenho para o Complexo Souza Aguiar estão assim estruturados:

52 indicadores de desempenho de infraestrutura, distribuídos em 12 subgrupos, com distintos pesos ponderais, como se verá a seguir:

4.3.1 GRUPO DE INDICADORES

A avaliação do cumprimento dos Indicadores será feita de modo binário (atingiu meta = 1; não atingiu meta = 0) para todos os seus subgrupos.

TABELA 1 – GRUPO DE INDICADORES DE INFRAESTRUTURA

Blocos	Atividades não assistenciais	%

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

Bloco I 48%	Logística	12%
	Manutenção Predial	12%
	Tecnologia da Informação e Tel.	12%
	Engenharia Clínica	12%
Bloco II 32%	Esterilização	8%
	Higiene e Limpeza	8%
	Nutrição e Dietética	8%
	Rouparia/Lavanderia	8%
Bloco III 20%	Serviços Administrativos	7%
	Morgue	3%
	Transporte de Pacientes	5%
	Controle de Acesso	5%
		100%

4.3.1.1 Subgrupo de Indicadores de Logística (1)

TABELA 2 – SUBGRUPO DE INDICADORES DE LOGÍSTICA

Indicador	II.1 - Logística	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
LOG1	Taxa de cumprimento do tempo médio (até 10 min) p/ atendimento aos chamados por demanda não programada	Diária	≥ 95%	= meta: 1; ≠ meta: 0
LOG2	Taxa de atendimento aos chamados por demanda programada	Diária	≥ 98%	
LOG3	Taxa de falhas de dispensação de medicamentos	Diária	≤ 1%	
LOG4	Taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos	Diária	≤ 1%	
Nota total do grupo (N_{II.1})				N = $\sum n/4$

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

Indicador de Logística = Log1 + Log2 + Log3 + Log4

Sendo Log 1, 2, 3 e 4 = 25% cada

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

TABELA 3 – LOG1 - TEMPO MÉDIO P/ ATENDIMENTO AOS CHAMADOS POR DEMANDA NÃO PROGRAMADA

LOG1	Tempo médio p/ atendimento aos chamados por demanda não programada
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo médio (até 10 min) p/ atendimento aos chamados por demanda não programada.	
Premissas Serão considerados chamados por demandas não programadas, os medicamentos específicos de atendimento urgente, padronizados no Hospital e disponíveis em estoque, oriundos de solicitação médica e indicados com a frequência "agora". <ul style="list-style-type: none"> Meta: taxa de cumprimento de tempo médio ≥ 95% 	
Método de Aferição Registro diário do tempo médio de atendimento por demanda não programada, no período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LOG1 = \frac{\sum \text{tempo médio de atendimento por demanda não programada (min)}}{\text{número de chamados por demanda não programada}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo de atendimento de todos os chamados não programados, bem como o registro da quantidade total de chamados urgentes dentro do mês	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
LOG1 ≥ 95%	1
LOG1 < 95%	0

TABELA 4 – LOG2 - ATENDIMENTO AOS CHAMADOS POR DEMANDA PROGRAMADA

LOG2		Atendimento aos chamados por demanda programada	
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de atendimento aos chamados por demanda programada.</p>			
<p>Premissas</p> <p>São considerados chamados, por demandas programadas:</p> <ul style="list-style-type: none">Solicitações registradas com 4 horas de antecedência ao horário da prescrição;Atendimento ao chamado conforme aprazamento;Somente solicitações de medicamentos padrão do Hospital disponíveis em estoque.Meta: taxa de atendimento ≥ 98%			
<p>Método de Aferição</p> <p>Registro diário da quantidade de chamados por demanda programada atendidos, bem como a demanda programada dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS).</p> <p>$LOG2 = \frac{\sum \frac{Q_{i,j}}{C_{i,j}}}{\sum C_{i,j}} \times 100\%$</p>			
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Mensal, abrangendo os registros de todos os chamados por demanda programada atendidos e de toda a demanda programada dentro do mês.</p>		<p>Ativação e Vigência</p> <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>	
<p>Sistema de Pontuação</p>			
<p>Aferição</p>		<p>Nota</p>	
<p>LOG2 ≥ 98%</p>		<p>1</p>	
<p>LOG2 < 98%</p>		<p>0</p>	

TABELA 5 – LOG3 - FALHA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

LOG3	Falha de dispensação de medicamentos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de falhas de dispensação de medicamentos.	
Premissas Não são consideradas falhas: <ul style="list-style-type: none"> • Erros de itens de medicação na prescrição médica; • Alterações / modificações de itens de medicação constantes na prescrição médica; • Medicamentos indisponíveis em estoque. • 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). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LOG3 = \frac{\text{Número de falhas de dispensação de medicamentos}}{\text{Número total de itens de medicamentos dispensados}} \times 100\%$	
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
LOG3 > 1%	0

TABELA 6 – FALHAS DE DISPENSAÇÃO DE KITS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

LOG4	Falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos.	
Premissas São considerados apenas kits de materiais e medicamentos do Centro Cirúrgico. Não será considerada falha: Materiais e medicamentos não padronizados. <ul style="list-style-type: none"> 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). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LOG3 = \frac{\text{Número de falhas de dispensação de kits de materiais e medicamentos}}{\text{Número total de kits de materiais e medicamentos dispensados}} \times 100\%$	
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
LOG4 > 1%	0

PROCESSO	
Data	Fis.
Rubrica	

4.3.1.2 Subgrupo de Indicadores de Logística (1)

TABELA 7 – SUBGRUPO DE INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO

Indicador	II.2 - Esterilização	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
EST1	Taxa de atendimento às demandas programadas	Diária	100%	= meta: 1; ≠ meta: 0
EST2	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento (10 min) às demandas não programadas	Diária	100%	
EST3	Taxa de cumprimento do controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização	Diária	100%	
Nota total do grupo (N _{II.2})				N = Σn/3

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

Indicador de Esterilização = EST1 + EST2 + EST3

Sendo EST 1, 2 e 3 = 33,3% cada

A soma dos três indicadores corresponderá a 8% do total.

TABELA 8 – EST1 - ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS PROGRAMADAS

EST1	Atendimento às demandas programadas
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento às demandas programadas.	
Premissas São consideradas demandas programadas as demandas solicitadas de acordo com o cronograma pré-estabelecido através do mapa cirúrgico com 48 horas de antecedência, tanto referente às caixas cirúrgicas e instrumentais para atender o mapa cirúrgico de acordo com o perfil assistencial do Hospital, quanto aos materiais e / ou instrumentais para atender às áreas demandantes. <ul style="list-style-type: none"> Meta: taxa de atendimento = 100% 	
Método de Aferição Registro diário de demandas programadas com tempo igual ou superior a 48 horas, atendidas no dia, bem como de todas as demandas programadas no período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $EST1 = \frac{\text{TTdddaaTT ddddaaaannddaadd pppddpppppaaanaaadddaadd cc/48h,aadddmndssdaadd nmdd ddssaa}}{\text{TTdddaaTT dddd ddddaaaannddaadd pppddpppppaaanaaadddaadd ccddaa dd ≥ 48h}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência

Mensal, abrangendo os registros diários das demandas programadas com tempo superior a 48 h, atendidas no dia e todas as demandas programadas dentro do mês.	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
EST1 = 100%	1
EST1 < 100%	0

TABELA 9 – EST2 - ATENDIMENTO DO TEMPO DE CUMPRIMENTO ÀS DEMANDAS NÃO PROGRAMADAS

EST2	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 O tempo de cada chamado será calculado da seguinte forma: = (Fim do chamado - Início do Chamado) sendo: <u>Início do chamado</u> : horário de abertura da solicitação do material ou instrumental pelo Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou por Sistema de Gestão de Serviços (SGS). <u>Fim do chamado</u> : horário de entrega da demanda não programada ao setor demandante. A confirmação do fim do chamado pela confirmação do recebimento da demanda pelo sistema e nos casos de contingência deverá ser feita por protocolo assinado ou por sistema (caso haja essa disponibilidade tecnológica) pelo setor demandante.	
Método de Aferição Registro do cálculo do tempo de atendimento de todas as demandas não programadas, bem como de todas as demandas não programadas feitas pelo setor demandante dentro do período (mês). A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $EST2 = \frac{\sum \text{dddddadddvndssnaddmndddd aa ddddaaanmdaadd nnãdd ppppdpppppaaanadddad ddaa aaanssdd dddd 10 aassmQQddddd}}{QQQaaamndssddadddd dddd ddddaaanmdaadd nnãdd ppppdpppppaaanadddad} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários de todos os tempos de atendimento de demandas não	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o

programadas e da quantidade de demandas não programadas feitas dentro do mês.	encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
EST2 = 100%	1
EST2 < 100%	0

TABELA 10 – EST3 - CUMPRIMENTO DO CONTROLE BIOLÓGICO, FÍSICO E QUÍMICO DA QUALIDADE DA ESTERILIZAÇÃO

EST3	Cumprimento do controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento de testes de controle biológico, físico e químico da qualidade da esterilização.	
Premissas Será considerado que o Sistema de Gestão de Esterilização do equipamento de esterilização deverá informar o resultado físico para cada ciclo de esterilização. Os indicadores químicos serão coletados pela leitura de um indicador químico incluído em cada pacote (por exemplo: classe 1, indicador de processo e classe 5, indicadores integrados) e pelo resultado informatizado do equipamento (por exemplo: classe 2, Bowie & Dick). O controle biológico será feito através da leitura de um indicador biológico incluído em cada carga (geralmente no pacote desafio) que será esterilizada. Os pacotes analisados serão os que sofrerem o processo de esterilização e serão apresentados por lotes. O funcionário do CME incluirá manualmente ou por sistema os resultados de cada teste biológico, físico e químico realizado diariamente através de formulário e evidência.	
Método de Aferição Registro diário de testes biológicos, físicos e químicos diariamente realizados em conformidade. A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Gestão de Esterilização ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $EST3 = \frac{\sum \text{registros de testes biológicos, físicos e químicos realizados em conformidade}}{\sum \text{dias previstos de testes}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros diários de testes de controle biológico, físico e químico e a quantidade de dias previstos de testes dentro do mês.	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
EST3 = 100%	1
EST3 < 100%	0

4.3.1.3 Subgrupo de Indicadores de Engenharia Clínica (3)

TABELA 11 – SUBGRUPO DE INDICADORES DE ENGENHARIA CLÍNICA

Indicador	II.3 - Engenharia Clínica	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
ECL1	Taxa de cumprimento de cronograma de manutenção preventiva - previsto X realizado	Periódica	≥ 98%	= meta: 1; ≠ meta: 0
ECL2	Taxa de cumprimento do tempo médio de equipamento* em funcionamento - por tipo de equipamento	Periódica	≥ 95%	
ECL3	Taxa de equipamentos calibrados ou aferidos conforme legislação	Diária	100%	
ECL4	Taxa de disponibilidade de serviço de tomografia	Diária	100%	
ECL5	Taxa de disponibilidade de equipamento de ressonância magnética	Diária	≥ 90%	
ECL6	Taxa de disponibilidade de equipamento de raio X fixo	Diária	≥ 90%	
ECL7	Taxa de disponibilidade de serviço de ultrassonografia	Diária	100%	
* Cada tipo de equipamento terá um tempo médio a ser cumprido		Nota total do grupo (N_{II.3})		N = $\sum n/7$

Levando-se em conta que o grupo de Engenharia Clínica é composto por sete indicadores, e que esse grupo tem peso de 14% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Engenharia Clínica = ECL1 + ECL2 + ECL3 + ECL4 + ECL5 + ECL6 + ECL7

Sendo ECL 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 = 14,28% cada

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

TABELA 12 – ECL1 - CUMPRIMENTO DE CRONOGRAMA DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA

ECL1	Cumprimento de cronograma de manutenção preventiva
Objetivo do Indicador	
Aferir a taxa de cumprimento do cronograma de manutenção preventiva (planejada x executada)	
Premissas	
Será de responsabilidade da CONCESSIONÁRIA a elaboração dos planos de manutenção preventiva de acordo com a criticidade dos equipamentos. O método de cálculo da criticidade será definido pelo responsável da engenharia clínica, com a aprovação do PODER CONCEDENTE.	

As ordens de serviço preventivas planejadas serão consideradas como executadas, para fins de cumprimento do plano, quando sua abertura (início de sua execução) na data prevista. No entanto, a OS que for iniciada em data diferente da prevista, mesmo que dentro do período de medição (mês), será considerada como não executada.

Não deverá ser considerado para o cálculo deste indicador os casos de não cumprimento da manutenção por motivos de equipamentos não liberados pela área assistencial.

- Meta: taxa de cumprimento = 100%

Método de Aferição

Registro diário das ordens de serviço (OS) planejadas executadas (iniciadas) na data prevista. A fonte de dados de registro das OS preventivas executadas (iniciadas) e o planejamento das OS preventivas deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$ECL1 = \frac{\sum \text{de OS de manutenção preventiva executadas}}{\sum \text{de OS de manutenção preventiva planejadas}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros diários das OS preventivas executadas e o planejamento da manutenção preventiva dentro do mês.

Ativação e Vigência

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

Sistema de Pontuação

Aferição	Nota
ECL1 ≥ 95%	1
ECL1 < 95%	0

TABELA 13 – ECL2 - TEMPO MÉDIO DE EQUIPAMENTO EM FUNCIONAMENTO - POR TIPO DE EQUIPAMENTO

ECL2	Tempo médio de equipamento em funcionamento - por tipo de equipamento
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento ao tempo médio de equipamento em funcionamento - por tipo de equipamento.	
Premissas Será considerado “equipamento em funcionamento”, aquele que estiver operacionalmente disponível e em condições adequadas de funcionamento. O tempo que um equipamento estiver fora de funcionamento por motivos diversos à sua indisponibilidade por falha (e consequente necessidade de reparo) não será considerado como período inoperante ou fora de funcionamento. Por exemplo, um equipamento que não esteja em funcionamento por motivos ou decisão provenientes da operação assistencial, mas esteja em plenas condições de uso, será considerado “equipamento em funcionamento”. Os tempos médios de equipamento em funcionamento serão específicos para cada tipo de equipamento, os quais deverão estar definidos com base nos seus níveis de criticidade e índice de utilização. Os tempos médios serão definidos no plano de manutenção de equipamentos (ou plano de engenharia clínica), a ser elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE.	
Método de Aferição Somatória da razão entre tempo de equipamento em funcionamento, subtraído do tempo de equipamento em reparo (fora de funcionamento) e tempo previsto equipamento em funcionamento. O cálculo da razão deverá ser realizado de forma individual, para cada equipamento. Uma vez somados os resultados da razão de todos os equipamentos, será calculada a média aritmética, dividindo-se a somatória das razões pela quantidade de equipamentos medidos. Os tempos de equipamento em funcionamento deverão estar registrados no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $\sum \frac{\text{Tempo de equipamento em funcionamento} - \text{Tempo de equipamento em reparo}}{\text{Tempo previsto equipamento em funcionamento}} \times 100\%$	
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 ≥ 95%	1
ECL2 < 95%	0

TABELA 14 – ECL3 - EQUIPAMENTOS CALIBRADOS OU AFERIDOS CONFORME LEGISLAÇÃO

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.		
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. A fonte de dados de registro deve ser o Sistema de Gestão de Esterilização ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).		
$ECL3 = \frac{NNdd. \text{ equipamentos calibrados aferidos no prazo estabelecido pela legislação}}{\text{No. total de equipamentos programados p/ calibração/aferição dentro do período}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição	Ativação e Vigência	
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 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	
ECL3 < 100%	0	

TABELA 15 – ECL4 - DISPONIBILIDADE DE SERVIÇO DE TOMOGRAFIA

ECL4		Disponibilidade de serviço de tomografia	
Objetivo do Indicador			
Aferir a taxa de disponibilidade de serviços de tomografia.			
Premissas			
Equipamentos de tomografia parados para manutenção preventiva ou preditiva previstas em cronograma não serão considerados como equipamentos fora de funcionamento. Portanto, não serão considerados para fins de cálculo deste indicador. Como o Hospital deverá dispor de dois equipamentos de tomografia, pelo menos um deles estará em funcionamento, devendo proporcionar a prestação dos serviços de tomografia ininterruptos.			
Portanto, a disponibilidade a ser aferida por este indicador será a da prestação do serviço, não dos equipamentos de forma individualizada.			
Método de Aferição			
Registro diário da disponibilidade dos equipamentos de tomografia, de tempo útil de trabalho por equipamento e de tempo de paradas não programadas no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).			
$ECL4 = \sum \left(\frac{(TTdaappdd \text{ úddss} \text{ dddd idppaattaa} \text{ hdd pddpp ddeeQssppaaadndddd} - PPaappaaddaadd \text{ nnâdd pppddppppaaaaaaddaa pddpp ddeeQssppaaadndddd})}{TTdaappdd \text{ úddss} \text{ dddd idppaattaa} \text{ hdd pddpp ddeeQssppaaadndddd}} \right) \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros de tempo útil de trabalho por equipamento de tomografia e tempos de paradas não programadas 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	
ECL4 = 100%		1	
ECL4 < 100%		0	

TABELA 16 – ECL5 - DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ECL5		Disponibilidade de equipamento de ressonância magnética	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade de equipamento de ressonância magnética.			
Premissas Equipamento de ressonância magnética parado para manutenção preventiva ou preditiva prevista em cronograma não será considerado como equipamento fora de funcionamento. Portanto, não será considerado para fins de cálculo deste indicador.			
Método de Aferição Registro diário da disponibilidade dos equipamentos de ressonância magnética, de tempo útil de trabalho por equipamento e de tempo de paradas não programadas no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $ECL5 = \sum \left(\frac{(TTdaappdd \cdot \dot{u}ddssTT \cdot dddd \cdot dppaattaaTT \cdot hdd \cdot RRNNRR - TTdaappdd \cdot dddd \cdot ppaappaaddaadd \cdot nnädd \cdot ppppdppppaaaaaaddaadd \cdot RRNNRR)}{TTdaappdd \cdot \dot{u}ddssTT \cdot dddd \cdot dppaattaaTT \cdot hdd \cdot pdddpp \cdot ddeeQqssppaaadhrndddd} \right) \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo útil de trabalho por equipamento de tomografia e tempos de paradas não 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	
ECL5 ≥ 90%		1	
ECL5 < 90%		0	

TABELA 17 – ECL6 - DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO DE RAO X FIXO

ECL6	Disponibilidade de equipamento de raio X fixo
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade de equipamentos de raio X fixos.	
Premissas Equipamentos de raios X fixos parados para manutenção preventiva ou preditiva previstas em cronograma não serão considerados como equipamentos fora de funcionamento. Portanto, não serão considerados para fins de cálculo deste indicador.	
Método de Aferição Registro diário da disponibilidade dos equipamentos de raios X fixos, de tempo útil de trabalho por equipamento e de tempo de paradas não programadas no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $ECL6 = \sum \left(\frac{(TTdaappdd \text{ úds}TT \text{ dddd dappattaa}TTda \text{ RRxx ccsxxdd} - TTdaappdd \text{ dddd ppaappaaddaadd nnâdd pppddppppaaaaaaddaadd RRRR ccsxxdd})}{TTdaappdd \text{ úds}TT \text{ dddd dappattaa}TTda \text{ ppddpp ddeeQsspppanaaddnnâdd}} \right) \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo útil de trabalho por equipamentos de raios X fixos e tempos de paradas não 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
ECL6 ≥ 90%	1
ECL6 < 90%	0

TABELA 18 – ECL7 - DISPONIBILIDADE DE SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA

ECL7		Disponibilidade de serviço de ultrassonografia	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade de serviços de ultrassonografia.			
Premissas Equipamentos de ultrassonografia parados para manutenção preventiva ou preditiva previstas em cronograma não serão considerados como equipamentos fora de funcionamento. Portanto, não serão considerados para fins de cálculo deste indicador. Como o Hospital deverá dispor de mais de um equipamento de ultrassonografia, pelo menos um deles estará em funcionamento, devendo proporcionar a prestação dos serviços de ultrassonografia ininterruptos. Portanto, a disponibilidade a ser aferida por este indicador será a da prestação do serviço, não dos equipamentos de forma individualizada.			
Método de Aferição Registro diário da disponibilidade dos equipamentos de ultrassonografia, de tempo útil de trabalho por equipamento e de tempo de paradas não programadas no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (<i>HIS</i>) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $ECL7 = \sum \left(\frac{(TTdaappdd \times ddsTT \times dppaattaaTTdd / ddeeQssppaaacaddmddd - TTdaappdd \times ppaappaaddaadd \times nnadd \times pppdpppppaaaaaaddaadd / ddeeQssppaaacaddmddd)}{TTdaappdd \times ddsTT \times ddd \times dppaattaaTTdd \times pppdp \times ddeeQssppaaanaddmddd} \right) \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de tempo útil de trabalho por equipamento de ultrassonografia e tempos de paradas não 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	
ECL7 = 100%		1	
ECL7 < 100%		0	

PROCESSO	
Data	Fis.
Rubrica	

4.3.1.4 Subgrupo de Indicadores de Manutenção Predial (4)

TABELA 19 – SUBGRUPO DE INDICADORES DE MANUTENÇÃO PREDIAL

Indicador	II.4 - Manutenção Predial	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
MAN1	Taxa de disponibilidade de gases medicinais	Diária	0 segundos	= meta: 1; ≠ meta: 0
MAN2	Taxa de cumprimento do tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência, até 10 seg	Diária	≤ 10 segundos	
MAN3	Qualidade da água potável*	Diária	100%	
MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas*	Diária	100%	
MAN5	Taxa de disponibilidade dos elevadores	Diária	100%	
* Índices deverão estar dentro dos parâmetros estabelecidos pela legislação vigente				
Nota total do grupo (N_{II.4})				N = $\sum n/5$

Levando-se em conta que o grupo de Manutenção Predial é composto por cinco indicadores, e que esse grupo tem peso de 14% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Manutenção Predial = MAN1 + MAN2 + MAN3 + MAN4 + MAN5

Sendo MAN 1, 2, 3, 4 e 5 = 20% cada

A soma dos cinco indicadores corresponderá a 12% do total

TABELA 20 – MAN1 - DISPONIBILIDADE DE GASES MEDICINAIS

MAN1	Disponibilidade de gases medicinais
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade de gases medicinais.	
Premissas Serão consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de pressão na Central de Gases Medicinais para o Hospital. Para este indicador, serão consideradas as medições realizadas nos pontos de controle de gases medicinais (Centrais de vácuo, óxido nitroso, oxigênio e ar comprimido). As medições serão realizadas a cada 1 hora, sendo contabilizadas no indicador os resultados apurados nos horários das 08:00, 14:00 e 20:00 diariamente nos pontos acima informados. Caso seja identificada alguma indisponibilidade de gases medicinais, o sistema alertará o responsável da manutenção predial para confirmar essa indisponibilidade. Caso o local esteja utilizando os gases medicinais dos cilindros transportáveis, esta situação será considerada como gases medicinais disponíveis. Não serão consideradas para este indicador:	

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

- Indisponibilidade de gases medicinais devido a algum defeito do fabricante do sistema de distribuição de gases medicinais;
- Problemas externos de qualquer natureza para o reabastecimento dos gases medicinais e que não estejam sob a responsabilidade da concessionária;
- Períodos de manutenção preventiva, corretiva ou calibração no equipamento de medição.

Serão consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de pressão na CME, a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição.

Método de Aferição

Registro horário de medições nos pontos de controle de gases medicinais no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$MAN1 = \frac{\Sigma \text{tempo indisponibilidade gases medicinais} - \text{horários (8h,14h e 20h) durante período de medição}}{\text{Qtde. medições de tempo realizadas nos horários (8h,14h e 20h) no período de medição}}$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros horários de medição dos tempos nos pontos de controle de gases medicinais 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
MAN1 = 0 segundos	1
MAN1 > 0 segundos	0

TABELA 21 – MAN2 - TEMPO DE REESTABELECIMENTO DE ABASTECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA-EMERGÊNCIA

MAN2	Tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de reestabelecimento de abastecimento de energia elétrica-emergência, até 10 seg.	
Premissas São consideradas para este indicador as medições diárias, a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição. Para os casos em que faltar energia elétrica, estão previstos sistemas que são ativados automaticamente conforme abaixo descrito: <ul style="list-style-type: none"> Sistema UPS (unidade de alimentação ininterrupta) para distribuição de energia ininterrupta, por tempo determinado, aos servidores do complexo e para os setores classe 0,5. Utilização de uma usina de geração de energia para alimentação de cargas de classe 15 (equipamentos eletromédicos utilizados em procedimentos cirúrgicos, sustentação de vida, por exemplo: equipamentos de ventilação mecânica) e classe 0,5 (luminárias cirúrgicas) de acordo com critérios da RDC 50. Para este indicador, serão consideradas as medições de ausência de energia elétrica na subestação de energia e a medição imediata e exclusiva nas UPS a fim de evidenciar a disponibilidade de energia elétrica nas áreas críticas (UTIs e Centros Cirúrgicos). Para registro do evento e período será aberta uma ordem de serviço pela manutenção predial. Não serão considerados no indicador períodos em que a concessionária pública do serviço de fornecimento da utilidade interromper o fornecimento por tempo superior a 24 horas.	
Método de Aferição Registro diário das medições a partir da leitura de tensão na Cabine de Medição. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $MAN2 = \frac{\Sigma \text{tempo de indisponibilidade de energia elétrica durante o período de medição}}{\text{Qtde. medições de tempo realizadas no período de medição}}$	
Periodicidade de Aferição Diário, abrangendo os registros de medição dos tempos no ponto de controle de tensão na Cabine de Medição.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.

Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MAN2 ≤ 10 segundos	1
MAN2 > 10 segundos	0

TABELA 22 – MAN3 - QUALIDADE DE ÁGUA POTÁVEL

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

Aferição	Nota
MAN3 = 100%	1
MAN3 < 100%	0

TABELA 23 – MAN4 - QUALIDADE E TEMPERATURA DO AR NAS ÁREAS CLIMATIZADAS

MAN4	Qualidade e Temperatura do Ar nas áreas climatizadas	
Objetivo do Indicador		
Aferir a qualidade e temperatura do ar nas áreas climatizadas.		
Premissas		
Para este indicador, os sensores irão medir a qualidade do ar através da medição de dióxido de carbono e temperatura e as medições serão realizadas a cada 12 horas.		
Os valores de referência para os parâmetros medidos estão descritos na NBR 6401 (Temperatura entre 23º e 26º e Dióxido de Carbono ≤ 1000 ppm)		
A Concessionária deverá implantar e cumprir o Plano de Manutenção Operação e Controle para sistemas de climatização de ambientes (PMOC).		
Método de Aferição		
Registro de medições de parâmetros da qualidade do ar durante o período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).		
$MAN4 = \frac{\sum \text{medições da qualidade do ar dentro dos valores estabelecidos, durante período de medição}}{\text{Qtde. medições realizadas nos horários no período de medição}} \times 100\%$		
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 = 100%	1	
MAN4 < 100%	0	

TABELA 24 – MAN5 - TEMPO DE FUNCIONAMENTO DE ELEVADORES

MAN5		Tempo de funcionamento de elevadores	
Objetivo do Indicador			
Aferir a taxa de cumprimento do tempo de funcionamento de elevadores.			
Premissas			
Para este indicador serão considerados tempos por elevador. O projeto do Hospital prevê mais de um elevador, a CONCESSIONÁRIA deverá de manter a disponibilidade de ao menos um elevador em operação da forma ininterrupta (100% do tempo).			
Método de Aferição			
Registro de medições de tempos úteis de trabalho e tempo de paradas não programadas por elevador. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).			
$MAN5 = \sum \left(\frac{\text{(tempo útil de trabalho por elevador - tempo de paradas não programadas por elevador)}}{\text{tempo útil de trabalho por elevador}} \right) \times 100\%$			
Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros de tempo de paradas não programadas por elevador 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	
MAN5 = 100%		1	
MAN5 < 100%		0	

4.3.1.5 Subgrupo de Controle de Acesso (5)

TABELA 25 – SUBGRUPO DE CONTROLE DE ACESSO

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

Levando-se em conta que o grupo de Controle de Acesso é composto por três indicadores, e que esse grupo tem peso de 8% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Controle de Acesso = COA1 + COA2 + COA3

Sendo COA1, 2 e 3 = 33,3% cada

A soma dos três indicadores corresponderá a 5% do total

TABELA 26 – COA1 - RONDAS PREVENTIVAS PROGRAMADAS

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

Periodicidade de Aferição 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	
Aferição	Nota
COA1 = 100%	1
COA1 < 100%	0

TABELA 27 – COA2 - COBERTURA EM POSTOS FIXOS DE VIGILÂNCIA, RECEPÇÃO E PORTARIAS

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

	encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
COA2 = 100%	1
COA2 < 100%	0

TABELA 28 – COA3 - TEMPO DE SUBSTITUIÇÃO DE CÂMERAS DE MONITORAMENTO

COA3	Tempo de substituição de câmeras de monitoramento
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de substituição de câmeras de monitoramento.	
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). Para este indicador, serão consideradas apenas as solicitações de reparo em que forem necessárias as trocas das câmeras.	
Método de Aferição Registro do total das OS referentes ao reparo ou à substituição das câmeras em falha no período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $SEG3 = \frac{\sum \text{OS de substituição de câmeras concluídas no tempo limite (24 hs) durante o período de medição}}{\sum \text{OS causadoras de substituição de câmera no período de medição}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição 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
COA3 < 100%	0

4.3.1.6 Subgrupo de Rouparia/Lavanderia (6)

TABELA 29 – SUBGRUPO DE ROUPARIA/LAVANDERIA

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

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

Indicador de Lavanderia = LAV1 + LAV2

Sendo LAV 1 e 2 = 50% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 8% do total

TABELA 30 – LAV1 - DEMANDAS PROGRAMADAS DE ENXOVAL POR ÁREA OU SERVIÇO

LAV1	Demandas programadas de enxoval por área ou serviço
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento demandas programadas de enxoval por área ou serviço	
Premissas Entende-se como demanda programada, 3 (três) entregas diárias de enxoval divididas por turnos (manhã, tarde e noite) e por área ou serviço, conforme definição do Manual de Operações, elaborado pela CONCESSIONÁRIA e aprovado pelo PODER CONCEDENTE. 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.	
Método de Aferição Registro das demandas diárias de enxoval programadas e das atendidas dentro do período (mês). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS). $LAV1 = \frac{\sum \text{entregas realizadas/dia nas áreas c/ rouparia}}{\sum \text{demandas programadas/dia, considerando qtde de áreas c/ rouparia e entregas definidas/dia}} \times 100\%$	

Periodicidade de Aferição		Ativação e Vigência	
Mensal, abrangendo os registros das demandas programadas e das atendidas 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	
LAV1 = 100%		1	
LAV1 < 100%		0	

TABELA 31 – LAV2 - CUMPRIMENTO DOS HORÁRIOS DE ENTREGA DO ENXOVAL

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 roupa deverão registrar o turno da entrega do enxoval no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou em sistema/equipamento que se integre ao HIS. As solicitações de urgência e avulsas não serão consideradas neste indicador.			
Método de Aferição Registros do planejamento de entregas de enxoval por área ou serviço e do turno de realização da entrega. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $LAV1 = \frac{\sum \text{entregas diárias realizadas por turno nas áreas com roupa}}{\sum \text{demandas atendidas/dia, considerando qtde. de áreas c/ roupa e entregas definidas/dia}} \times 100\%$			
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
LAV2 < 100%	0

4.3.1.7 Subgrupo de Higiene e Limpeza (7)

TABELA 32 – SUBGRUPO DE HIGIENE E LIMPEZA

Indicador	II.7 - Higiene e Limpeza	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
LIM1	Taxa de cumprimento do tempo de atendimento de chamadas pontuais p/higienização em áreas críticas e semicríticas	Diária	100%	= meta: 1; ≠ meta: 0
LIM2	Tempo médio atendimento de chamadas pontuais p/higienização áreas não críticas	Diária	100%	
Nota total do grupo (N _{II.7})				N = $\sum n/2$

Levando-se em conta que o grupo de Higiene e Limpeza é composto por dois indicadores, e que esse grupo tem peso de 7% no conjunto de KPI (*Key Performance Indicator*), o cálculo será:

Indicador de Limpeza = LIM1 + LIM2

Sendo LIM 1 e 2 = 50% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 8% do total

TABELA 33 – LIM1 - TEMPO DE ATENDIMENTO A CHAMADAS PONTUAIS PARA HIGIENIZAÇÃO DE ÁREAS CRÍTICAS E SEMICRÍTICAS

LIM1	Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de 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 Serão consideradas “áreas críticas”, o centro cirúrgico e as UTIs do complexo hospitalar. Serão consideradas “áreas semicríticas” aquelas que possuem um menor risco de transmissão de agentes infecciosos, mas que mesmo assim precisam de todo o cuidado para que não haja contaminação. Podemos considerar como áreas semicríticas: pronto socorro, enfermaria, ambulatório, farmácia de medicamentos e banheiros. As solicitações de chamadas pontuais devem ser registradas através da abertura de ordem de serviço no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS). Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas críticas.	

O tempo de atendimento às chamadas pontuais para higienização de áreas críticas não deverá ser superior a 15 minutos.

Considera-se tempo de atendimento o período entre o momento da solicitação e a chegada do profissional de limpeza à área onde o serviço deverá ser prestado.

Método de Aferição

Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e seu tempo de atendimento. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$LIM1 = \frac{\sum \text{chamadas de higienização de áreas críticas e semicríticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros chamadas pontuais para higienização de áreas críticas e semicríticas e seu tempo de atendimento dentro do mês.

Ativação e Vigência

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

Sistema de Pontuação

Aferição	Nota
LIM1 = 100%	1
LIM1 < 100%	0

TABELA 34 – LIM2 - TEMPO DE ATENDIMENTO A CHAMADAS PONTUAIS PARA HIGIENIZAÇÃO DE ÁREAS NÃO CRÍTICAS

LIM2	Tempo de atendimento a chamadas pontuais para higienização de 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 de infecção é mínimo ou inexistente. As solicitações de chamadas pontuais em áreas não críticas devem ser registradas através da abertura de ordem de serviço no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou no Sistema de Gestão de Serviços (SGS). Serão consideradas chamadas pontuais as solicitações avulsas para higienização de um lugar ou equipamento das áreas não críticas.	

O tempo de atendimento às chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas não deverá ser superior a 25 minutos.

Considera-se tempo de atendimento o período entre o momento da solicitação e a chegada do profissional de limpeza à área onde o serviço deverá ser prestado.

Método de Aferição

Registro de chamadas pontuais para higienização de áreas não críticas e semicríticas e seu tempo de atendimento. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$LIM2 = \frac{\sum \text{chamadas p/ higienização de áreas não críticas atendidos dentro do tempo limite}}{\sum \text{chamados de higienização atendidos}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros de chamadas pontuais para higienização de áreas não 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 = 100%	1
LIM2 < 100%	0

4.3.1.8 Subgrupo de Nutrição e Dietética (8)

TABELA 35 – SUBGRUPO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Indicador	II.8 - Nutrição e Dietética	Freq. Medição	Meta	Nota (n)
SND1	Taxa de Refeições dispensadas conforme prescrição	Diária	100%	= meta: 1; ≠ meta: 0
SND2	Taxas de Cirurgias suspensas por jejum pré-operatório interrompido	Diária	0%	
SND3	Taxas de Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 60 C	Diária	100%	
SND4	Taxas cumprimento de horários pré-estabelecidos das refeições, 5 refeições/dia	Diária	100%	
Nota total do grupo (N _{II.8})				N = Σn/4

Levando-se em conta que o grupo de Nutrição e Dietética é composto por quatro indicadores, e que esse grupo tem peso de 11% no conjunto de KPI (Key Performance Indicator), o cálculo será:

Indicador de Nutrição e Dietética = SND1 + SND2 + SND3 + SND4

Sendo SND 1, 2, 3 e 4 = 25% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 8% do total

TABELA 36 – SND1 - REFEIÇÕES DISPENSADAS CONFORME PRESCRIÇÃO

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.	
Método de Aferição Registro de refeições dispensadas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $SND1 = \frac{(\sum \text{refeições dispensadas conforme prescrição} - \text{total de prescrições "não conformes" procedentes})}{\sum \text{refeições programadas, prescritas dentro do prazo estipulado e entregues}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros de refeições dispensadas 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
SND1 = 100%	1
SND1 < 100%	0

TABELA 37 – SND2 - SUSPENSÃO DE CIRURGIAS POR JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO INTERROMPIDO

SND2	Suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de suspensão de cirurgias 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 no HIS com sua respectiva justificativa e, sendo por qualquer outro motivo que não seja “Jejum Interrompido”, não fará parte deste indicador. A suspensão de cirurgias por jejum pré-operatório interrompido deverá ser registrada através preenchimento de formulários de não conformidade e reportados pela área assistencial para reconhecimento pelo responsável da nutrição como procedente.

Será considerado no indicador somente ocorrências em que o serviço de nutrição tenha distribuído uma refeição destinada ao paciente no período em que ele estaria em jejum e, devido a isso, a cirurgia tenha sido cancelada.

Método de Aferição

Registro da prescrição médica e do horário de início de jejum do paciente e justificativa da suspensão da cirurgia. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS).

$$SND2 = \frac{\text{Qtde cirurgias suspensas por jejum pré – operatório interrompido, com procedentes}}{\text{Qtde total de cirurgias programadas}} \times 100\%$$

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.

1

Sistema de Pontuação

Aferição	Nota
SND2 = 0%	1
SND2 > 0%	0

TABELA 38 – SND3 – ALIMENTAÇÃO SERVIDA EM TEMPERATURA IGUAL OU ACIMA DE 60° C

SND3	Alimentação servida em temperatura igual ou acima de 60° C
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de atendimento da temperatura da alimentação igual o u maior que 60° C.	
Premissas	

Para este indicador serão consideradas as temperaturas aferidas no momento da entrega das bandejas com alimentações quentes (almoço e jantar), através de sistema informatizado integrado ao Sistema de Informação Hospitalar (HIS).

A obtenção da temperatura das bandejas será realizada através dos sensores do carro térmico.

Método de Aferição

Registro de temperatura medida refeições dispensadas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$SND3 = \frac{\sum \text{medições de temperatura igual ou maior que } 60^{\circ}\text{C}}{\text{Qtde. temperaturas aferidas nas bandejas entregues aos pacientes no almoço e jantar}} \times 100\%$$

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 = 100%	1
SND3 < 100%	0

TABELA 39 – SND4 - CUMPRIMENTO DOS HORÁRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS DAS REFEIÇÕES PARA PACIENTES

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 (5 refeições diárias).	
Premissas De acordo com o Manual de Operações do hospital, todos os pacientes internados receberão cinco refeições ao dia, sendo desjejum, 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 do Hospital.	

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.

Método de Aferição

Registro de horários de distribuição de refeições aos pacientes. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$SND4 = \frac{\Sigma \text{ refeições prescritas dentro do prazo e entregues no intervalo definido da refeição}}{\Sigma \text{ refeições programadas e prescritas dentro do prazo estipulado}} \times 100\%$$

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 = 100%	1
SND4 < 100%	0

4.3.1.9 Subgrupo de Transporte de Pacientes (9)

TABELA 40 – SUBGRUPO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Indicador	Transporte de Pacientes	Freq. Medição	Meta	Nota
TPA1	Atendimento à demanda programada de transporte externo	Diária	≥ 95%	= meta: 1 ≠ meta: 0
TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros no CER/PS/Maternidade em até 10 minutos	Diária	≥ 95%	

Levando-se em conta que o grupo de Transporte de Pacientes é composto por dois indicadores, e que esse grupo tem peso de 4% no conjunto de KPI (Key Performance Indicator), o cálculo será:

Indicador de Transporte = TPA1 + TPA2

Sendo TPA 1 e 2 = 50% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 5% do total

TABELA 41 – TPA1 - ATENDIMENTO À DEMANDA PROGRAMADA DE TRANSPORTES EXTERNOS

TPA1	Atendimento à demanda programada de transportes externos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do atendimento à demanda programada de transportes externos	
Premissas <p>O supervisor da frota deverá registrar no Sistema de Informação Hospitalar (HIS) as demandas programadas que forem atendidas.</p> <p>A CONCESSIONÁRIA atenderá às demandas programadas que serão priorizadas conforme os critérios do PODER CONCEDENTE. Serão consideradas demandas programadas de transporte externo, as solicitações da área assistencial com 24h de antecedência à data do exame, consulta, tratamento contínuo, transferência ou alta do paciente.</p>	
Método de Aferição <p>Registro de demandas programadas e atendidas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).</p> $TPA1 = \frac{\text{Qtde. demandas de transportes externos programadas e atendidas}}{\text{Qtde. demandas programadas de transportes externos}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição <p>Mensal, abrangendo os registros de demandas programadas e atendidas de transportes externos dentro do mês.</p>	Ativação e Vigência <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
TPA1 ≥ 95%	1
TPA1 < 95%	0

TABELA 42 – TPA2 - TEMPO DE ATENDIMENTO A CHAMADOS DE MAQUEIROS NO CER/PS/ MATERNIDADE EM ATÉ 10 MINUTOS

TPA2	Tempo de atendimento a chamados de maqueiros no CER/PS/Maternidade em até 10 minutos
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento a chamadas pontuais de maqueiros para as áreas do PS, CER e Maternidade em até 10 minutos	
Premissas <p>O Supervisor do Serviço apontará no HIS os chamados encaminhados à Central de maqueiros.</p>	

A CONCESSIONÁRIA atenderá às demandas da Enfermagem das áreas do PS, CER e Maternidade. A Enfermeira da área solicitante deverá registrar no HIS a hora do chamado e os eventos de atraso (tempo máximo = 10 minutos).

Método de Aferição

Registro de demandas atendidas. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$TPA2 = \frac{\text{Qtde. demandas de transportes internos atendidas em até 10 minutos}}{\text{Qtde. demandas de transportes internos}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros de demandas atendidas de transportes internos dentro do prazo de 10 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 \geq 95%	1
TPA2 < 95%	0

4.3.1.10 Subgrupo de Morgue (10)

TABELA 43 – SUBGRUPO DE MORGUE

Indicador	Morgue	Freq. Medição	Meta	Nota
MOR1	Tempo de espera para remoção de cadáver do leito até 25 minutos	Diária	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0
MOR2	Número de ocorrências de erros de identificação de cadáver	Diária	0	

Levando-se em conta que o grupo Morgue é composto por dois indicadores, e que esse grupo tem peso de 1% no conjunto de KPI (Key Performance Indicator), o cálculo será:

Indicador de Morgue = MOR1 + MOR2

Sendo MOR 1 e 2 = 50% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 3% do total

TABELA 44 – MOR1 - TEMPO DE ESPERA PARA REMOÇÃO DO CADÁVER DO LEITO

MOR1	Tempo de espera para remoção do cadáver do leito
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de espera (de até 25 minutos) para remoção do cadáver do leito	
Premissas <u>Início do tempo de espera:</u> quando o enfermeiro responsável ligar para a Morgue solicitando a remoção do cadáver do leito; <u>Fim do tempo de espera:</u> quando ocorrer a remoção do cadáver. O chamado gerador da demanda deverá ser lançado no HIS com o horário da ligação telefônica. Assim que a remoção ocorrer deverá ser registrada no sistema.	
Método de Aferição Registro do tempo de espera para remoção do cadáver após a ligação para a Morgue. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (HIS) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS). $MOR1 = \frac{\text{No. de remoções de cadáver em tempo inferior a 25 minutos do chamado}}{\text{No. total de remoções de cadáver}} \times 100\%$	
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de espera para remoção do cadáver	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
MOR1 = 100%	1
MOR1 < 100%	0

TABELA 45 – MOR2 – OCORRÊNCIAS DE ERROS NA IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

MOR2	Ocorrências de erros na identificação do cadáver
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento de zero erros na identificação do cadáver a ser liberado para sepultamento ou encaminhamento para SVO/IML.	
Premissas	

A correta identificação do cadáver deverá ocorrer no momento do transporte do cadáver e sua entrada na Morgue.

No ato de liberação do cadáver para sepultamento ou encaminhamento ao SVO/IML, a identificação do cadáver deverá ser cuidadosamente checada a fim de evitar erros de identificação.

Método de Aferição

Registro de ocorrências de erros de identificação de cadáver deverão ser lançados pela administração do hospital no sistema HIS ou outra forma de relatórios estabelecido pelo Poder Concedente

$$MOR1 = \frac{\text{No. de ocorrências de erros de identificação de cadáver na Morgue}}{\text{No. total de cadáveres que ficaram na Morgue}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros de ocorrências de erros de identificação de cadáver

Ativação e Vigência

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

Sistema de Pontuação

Aferição	Nota
MOR2 = 0	1
MOR2 ≠ 0	0

4.3.1.11 Subgrupo de Serviços Administrativos – SAME/Faturamento/SESMT (11)

TABELA 46 - META DOS INDICADORES ADMINISTRATIVOS

Indicador	Serviços Administrativos	Freq. Medição	Meta	Nota
ADM1	Tempo de funcionamento do Setor de Internação – 24 h/7 dias	Mensal	100%	= meta: 1 ≠ meta: 0
ADM2	Disponibilização dos prontuários solicitados – mínimo de 90%	Mensal	90%	= meta: 1 ≠ meta: 0
ADM3	Nº de glosas Faturamento – máximo 10%	Mensal	10%	= meta: 1 ≠ meta: 0
ADM4	Nº de funcionários com exame médico periódico realizado anualmente – Mínimo 90%	Mensal	90%	= meta: 1 ≠ meta: 0

Levando-se em conta que o grupo Serviços Administrativos é composto por quatro indicadores, e que esse grupo tem peso de 4% no conjunto de KPI (Key Performance Indicator), o cálculo será:

Indicador de Serviços Administrativos = ADM1 + ADM2 + ADM3 + ADM4

Sendo ADM 1, 2, 3 e 4 = 25% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 7% do total

TABELA 47 – TEMPO DE FUNCIONAMENTO DO SETOR DE INTERNAÇÃO

ADM1	Tempo de funcionamento do setor de Internação	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento do tempo de funcionamento do setor de internação 24 horas/7 dias		
Premissas O setor de Internação deverá funcionar ininterruptamente por 24h, 7 dias/semana. A ocorrência de interrupção de funcionamento deverá ser lançada no Sistema HIS ou em outra forma de registro definida pelo poder concedente		
Método de Aferição Registro do tempo de interrupção do funcionamento do setor de Internação no período de um mês $ADM1 = \frac{\text{No. de horas de funcionamento do setor de internação}}{\text{No. de horas do mês}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de interrupção de funcionamento do setor de internação		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
ADM1 = 100%	1	
ADM1 < 100%	0	

TABELA 48 – DISPONIBILIZAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS SOLICITADOS

ADM2	Disponibilização dos Prontuários Solicitados
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento de disponibilização de prontuários na quantidade mínima de 90%	
Premissas O Arquivo médico deverá disponibilizar os prontuários físicos por solicitação do poder concedente para Ambulatório, Internações, SADT etc.	

A CONCESSIONÁRIA deverá entregar o prontuário no local determinado pelo poder concedente, com a solicitação feita 24 horas antes. Espera-se que os pedidos sejam atendidos em 90% dos casos.

Método de Aferição

Registro no HIS do número de prontuários físicos (papel) disponibilizados nas solicitações programadas

$$ADM2 = \frac{\text{No. de prontuários disponibilizados por demanda programada}}{\text{No. de prontuários solicitados por demanda programada}} \times 100\%$$

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
ADM2 < 90%	0

TABELA 49 – NÚMERO DE GLOSAS NO FATURAMENTO HOSPITALAR

ADM3	Número de Glosas no Faturamento
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de inconformidade (glosas) no relatório mensal de Faturamento do hospital, em valores máximos de 10% de rejeição.	
Premissas O setor de Faturamento Hospitalar deverá produzir o relatório de Faturamento observando as normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. As inconformidades (glosas) não deverão ser maiores que 10% do volume de produção apontado.	
Método de Aferição Com base no Datasus, aferir o número de glosas mensalmente $ADM3 = \frac{\text{Volume financeiro rejeitado (glosas) no mês}}{\text{Volume financeiro apresentado para Faturamento}} \times 100\%$	
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
ADM3 > 10%	0

TABELA 50 – Nº DE FUNCIONÁRIOS COM EXAME MÉDICO PERIÓDICO REALIZADO ANUALMENTE

ADM4	Nº de funcionários com exame médico periódico realizado anualmente
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de cumprimento de número de funcionários que realizaram seu exame médico periódico no SESMT	
Premissas O SESMT deverá ter como rotina o exame periódico anual de todos os trabalhadores do Hospital. A CONCESSIONÁRIA deverá comprovar a realização destes exames em pelo menos 90% dos funcionários.	
Método de Aferição	

<p>Registro no HIS dos exames médicos anuais periódicos realizados pelo SESMT.</p> <p>No. de funcionários com exame médico anual realizado</p> <p>ADM4 = $\frac{\text{No. de funcionários}}{\text{No. de funcionários}} \times 100\%$</p>							
<p>Periodicidade de Aferição</p> <p>Anual, abrangendo os registros de exames de funcionários em avaliação médica anual pelo SESMT.</p>	<p>Ativação e Vigência</p> <p>Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.</p>						
<p>Sistema de Pontuação</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aferição</th><th>Nota</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADM4 ≥ 90%</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ADM4 < 100%</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Aferição	Nota	ADM4 ≥ 90%	1	ADM4 < 100%	0
Aferição	Nota						
ADM4 ≥ 90%	1						
ADM4 < 100%	0						

4.3.1.12 Subgrupo de Tecnologia de Informática e Comunicação (12)

TABELA 51 – SUBGRUPO DE TECNOLOGIA DE INFORMÁTICA E COMUNICAÇÃO

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

Levando-se em conta que o grupo Tecnologia da Informação e Comunicação é composto por quatro indicadores, e que esse grupo tem peso de 14% no conjunto de KPI (Key Performance Indicator), o cálculo será:

Indicador de TIC = TIC1 + TIC2 + TIC3 + TIC4

Sendo TIC 1, 2, 3 e 4 = 25% cada

A soma dos dois indicadores corresponderá a 12% do total

TABELA 52 – TIC1 - CHAMADO DE TECNOLOGIA ATENDIDO ABAIXO DO TEMPO DE SLA

TIC1	Chamado de tecnologia atendido abaixo do tempo de SLA
<p>Objetivo do Indicador</p> <p>Aferir a taxa de cumprimento do tempo de atendimento para chamados de tecnologia (TIC), conforme definido por SLA.</p>	

Premissas

A CONCESSIONÁRIA deverá elaborar e entregar um Catálogo de Serviços, aderente ao *ITIL 4 (Information Technology Infrastructure Library)*, contendo todos os serviços de TIC, bem como seus requisitos e *SLA (Service Level Agreement)*.

A Concessionária deverá utilizar um sistema de chamados de TIC, aderente ao ITIL e contendo métricas de atendimento (incluindo atraso ao *SLA*), gerenciamento de incidentes, gerenciamento de problemas, gerenciamento de ativos e gestão de contratos de TIC.

O sistema de chamados de TIC deverá se integrar ao Sistema de Informação Hospitalar (*HIS*)

Método de Aferição

Registro dos tempos de atendimento de chamados de tecnologia (TIC). A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Informação Hospitalar (*HIS*) ou Sistema de Gestão de Serviços (SGS).

$$TIC1 = \frac{\text{Total de chamados de tecnologia (TIC) atendidos abaixo do tempo de SL}}{\text{Total de chamados de tecnologia (TIC) abertos no período de medição}} \times 100\%$$

Periodicidade de Aferição

Mensal, abrangendo os registros dos tempos de atendimento de chamados de TIC 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 ≥ 90%	1
TIC1 < 90%	0

TABELA 53 – TIC2 - TEMPO PARA IMPLEMENTAR APLICAÇÃO OU CORREÇÃO

TIC2	Tempo para implementar aplicação ou correção
Objetivo do Indicador Aferir o tempo para implementar aplicação ou correção que afete um Web Server, um <i>Application Server</i> , um <i>Database Server</i> ou Sistema Operacional, tendo como base o cronograma acordado.	
Premissas Serão consideradas aplicações ou correções as implementações nos Sistemas <i>HIS</i> , <i>RIS</i> , <i>LIS</i> , <i>PEP</i> , <i>PACS</i> de forma individualizada (Menores) ou as implementações de forma unificada que afetam todos os Sistemas <i>HIS</i> , <i>RIS</i> , <i>LIS</i> , <i>PEP</i> , <i>PACS</i> (Maiores). O percentual de meta refere-se a todas as atividades referentes ao fornecedor, não sendo consideradas atividades que estiverem atrasadas e dependam do usuário/cliente interno ou suporte/ações de outras áreas ou terceiros. Contudo, as mesmas deverão ser reportadas como atrasadas e seu acompanhamento efetuado até sua resolução. No caso de impactar o cronograma, as novas datas deverão ser acordadas e o cronograma atualizado para efeito de medição. Caso o chamado tenha que ser redirecionado para outra equipe, seja para coletar maiores informações, entendimentos, complemento de análise ou para resolver parte do incidente, o <i>SLA (Service Level Agreement)</i> devido à equipe solucionadora principal deverá ser pausado durante estas etapas e não poderá ser classificada como tempo de resolução. O Sistema de Gestão de Incidentes irá suportar esta funcionalidade. Este indicador se aplica às aplicações <i>HIS</i> , <i>RIS</i> , <i>LIS</i> , <i>PEP</i> e <i>PACS</i> , conforme especificação dos Cadernos Técnicos.	
Método de Aferição Registro dos tempos de implantação ou correção que afete um <i>Web Server</i> , um <i>Application Server</i> , um <i>Database Server</i> ou Sistema Operacional. A fonte de dados desses registros deve ser o Sistema de Gestão de Incidentes. $TIC2 = \frac{1 - (\Sigma EP - \Sigma EV)}{\Sigma EP} \times 100\%$ <p>onde</p> <p>EV: valor executado do projeto até a data de corte definida (-1 dia antes do reporte).</p> <p>EP: valor planejado do projeto até a data de corte definida (-1 dia antes do reporte).</p> EV corresponde ao somatório de todas as atividades executadas até o momento da extração do indicador e suas respectivas proporcionalidades de completude, considerando seus desvios (atrasos ou adiantamentos), conforme cronograma atualizado do projeto.	

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

Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de implantação ou correção dentro do mês.	Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação	
Aferição	Nota
TIC2 ≥ 90%	1
TIC2 < 90%	0

TABELA 54 – TIC3 - DISPONIBILIDADE DE REDE LOCAL (LAN AVAILABILITY)

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

PROCESSO	
Data	Fls.
Rubrica	

Mensal, abrangendo os registros diários dos tempos de indisponibilidade do “cluster core” 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
TIC3 ≥ 95%	1
TIC3 < 95%	0

TABELA 55 – TIC4 - DISPONIBILIDADE DE WEB SERVER / APPLICATION SERVER/ DATABASE SERVER

TIC4	Disponibilidade de Web Server / Application Server/ Database Server	
Objetivo do Indicador Aferir a taxa de disponibilidade do Web Server / Application Server / Database Server.		
Premissas Este indicador se aplica às aplicações HIS, RIS, LIS, PEP e PACS, conforme especificação dos Cadernos Técnicos.		
Método de Aferição Registro de horas completas de indisponibilidade diária (considerando indisponibilidade de acesso geral) dos módulos que compõem o(s) servidor(es). $TIC4 = \frac{\sum \text{módulos indisponíveis}}{\text{Total de módulos implantados no(s) servidor(es)}} \times \frac{\sum \text{horas completas de indisponibilidade}}{24 \text{ hddppaadd}} \times 100\%$		
Periodicidade de Aferição Mensal, abrangendo os registros dos tempos de indisponibilidade diária dos módulos do(s) servidor(es) dentro do mês.		Ativação e Vigência Ativação a partir da data de início da ETAPA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, com vigência até o encerramento do período de CONCESSÃO ADMINISTRATIVA.
Sistema de Pontuação		
Aferição	Nota	
TIC4 ≥ 95%	1	
TIC4 < 95%	0	

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

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

- Não deverão ser contabilizados nas medições eventos de inconformidade, indisponibilidade ou perda nos índices de atendimento técnico nos casos que envolvam atos criminosos, vandalismo ou agressões por parte de usuários. Nestes casos, a CONCESSIONÁRIA deverá registrar em seu sistema de segurança a ocorrência destes eventos para justificar o eventual não cumprimento de suas obrigações devido ao fato ocorrido. Quando necessário, essa justificativa poderá ser avaliada junto ao PODER CONCEDENTE.
- Não deverão ser contabilizados nas medições eventos de inconformidade, indisponibilidade ou perda nos índices de atendimento técnico que sejam causadas pelo impedimento da execução de serviços da CONCESSIONÁRIA, devido a solicitações de funcionários ou representantes do PODER CONCEDENTE. Nestes casos, a CONCESSIONÁRIA deverá solicitar ao impediente que registre e firme uma justificativa formal para o não cumprimento dos seus deveres.
- Paradas preventivas programadas, comunicadas e acordadas, com antecedência mínima de 30 dias, não deverão ser contabilizadas nas medições de desempenho dos indicadores.
- Os cálculos de disponibilidade de equipamentos que utilizem água e/ou energia elétrica para operar não deverão considerar tempo de indisponibilidade em caso da falta dessas utilidades provenientes de falhas ou problemas procedentes de suas respectivas concessionárias, caso esta falha permaneça por mais de 24 horas de sua ocorrência. Esses tempos de indisponibilidade deverão, portanto, ser desconsiderados nos cálculos de disponibilidade.