

Diretoria de Gestão Regionalizada
Coordenação Especial de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde do DF

CADERNO AGD 2021

Ficha dos indicadores dos Acordos de Gestão Regional CRDF

SUMÁRIO

Acordos de Gestão Regional.....	1
Fluxo de monitoramento e avaliação.....	2
1.1 Monitoramento e Avaliação - AGR 2021.....	3
1.1.1 Elementos do processo.....	3
Matriz de indicadores 2021 CRDF.....	9
Fichas dos Indicadores.....	10
Ficha do indicador: 01 Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF.....	10
Ficha do indicador: 02 Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados.....	12
Ficha do indicador: 03 Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF.....	14
Ficha do indicador: 04 Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado.....	16
Ficha do indicador: 05 Tempo médio de espera para primeira regulação.....	18
Ficha do indicador: 06 Percentual de remoções reguladas executadas.....	20
Ficha do indicador: 07 Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares.....	22
Ficha do indicador: 08 Tempo resposta de chamada do SAMU DF.....	24
Ficha do indicador: 09 Percentual de AIHs Faturadas X notificações de potenciais doadores com diagnóstico de Morte Encefálica (ME), por unidade Hospitalar.....	26
Ficha do indicador: 10 Número absoluto de doadores de tecidos oculares	28
Ficha do indicador: 11 Número absoluto de doadores de órgão sólido.....	31
Ficha do indicador: 12 Índice de resolutividade da Ouvidoria da Região de Saúde.....	33
Ficha do indicador: 13 Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei.....	35
Ficha do indicador: 14 Percentual de desempenho da gestão de custos.....	37
Ficha do indicador: 15 Taxa de absenteísmo.....	39

Acordos de Gestão Regional

Os Acordos de Gestão Regional (AGR) correspondem a operacionalização do Programa de Gestão Regional em Saúde da SES-DF, conforme preconizado no decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016.

"Art. 1º Fica instituído o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, com vistas ao desenvolvimento da Atenção Integral à Saúde.

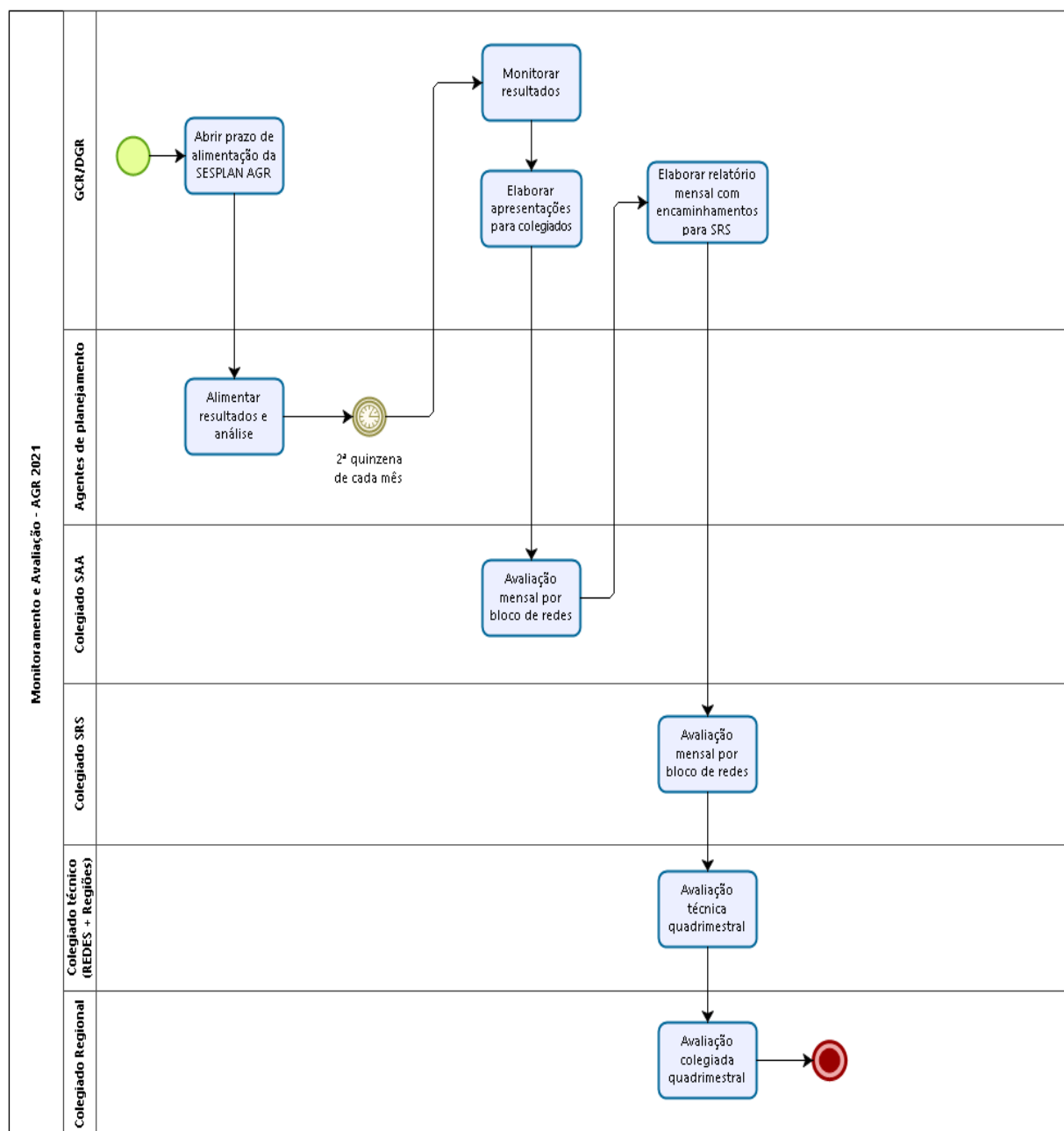
...

Art. 5º A operacionalização do PRS é realizada mediante a celebração de Acordo de Gestão Regional - AGR entre a SES-DF e as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital e a alocação de créditos orçamentários e de recursos financeiros para apoiar a execução das atividades pactuadas no referido Acordo."

Os AGRs vigentes foram celebrados no final do ano de 2019, com vigência de 2020 a 2023. A construção dos acordos teve participação das áreas técnicas das Subsecretarias da Administração Central e de todas as Regiões de Saúde e URDs, tendo como norteadores das discussões as diretrizes do Plano Distrital de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde.

Em outubro e novembro de 2020, fez-se novas rodadas de oficinas para revisão dos indicadores do acordo, formando-se então a matriz de indicadores e metas vigente para cada região de Saúde e URD.

Fluxo de monitoramento e avaliação



1.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO - AGR 2021

1.1.1 ELEMENTOS DO PROCESSO

1.1.1.1 Event

1.1.1.2 ☐ Abrir prazo de alimentação da SESPLAN AGR

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Encaminhar mensalmente circular informativa com o prazo de alimentação dos resultados dos indicadores e análise dos resultados
- b) A alimentação ocorre, frequentemente, na segunda quinzena de cada mês.

1.1.1.3 ☐ Alimentar resultados e análise

Autor

- a) Agentes de planejamento (ASPLAN, GPMA, NPMA)

Atividades

- a) Alimentar as planilhas SESPLAN AGR que estão localizadas no drive do google docs disponibilizado pela GCR/DGR, com os resultados do mês anterior dos indicadores contratualizados nos AGRs.
- b) Realizar as análises de resultados dos indicadores nas planilhas SESPLAN AGR

1.1.1.4 2ª quinzena de cada mês

1.1.1.5 ☐ Monitorar resultados

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Mensalmente, a GCR monitora os resultados alimentados
- b) Verifica-se a falta de inserção de informações e resultados com comportamento não conforme.

1.1.1.1 Elaborar apresentações para colegiados

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Elaboração das apresentações com os resultados dos indicadores para os colegiados de avaliação.
- II - Mensalmente, a avaliação pelas áreas técnicas da SAIS e SVS, conforme **organização** da DGR.
- III - Mensalmente, a avaliação pelo **colegiado da SAA**, conforme organização da DGR.
- III - Quadrimestralmente, a avaliação conjunta das áreas técnicas das SRS e URDs com as coordenações das Redes Temáticas em Saúde e a Diretoria de Gestão Regionalizada.
- IV- Quadrimestralmente, a avaliação pelo Colegiado de Gestão Regional.
- V - **Quadrimestralmente, a avaliação pelo Colegiado de Gestão da SES.**

1.1.1.2 Avaliação mensal por bloco de redes

Autor

- a) Colegiado SAA (Áreas técnicas da SAIS e SVS)

Atividades

- a) Avaliação mensal dos resultados pelas áreas técnicas da SAIS e SVS
- b) Levantamento de encaminhamentos a serem realizados

Obs: Mensalmente, será apresentado os indicadores por bloco de redes:

RUE + DCNT + CRDF

HAB + RAPS + PCD + HSVP

CEG + SIST APOIO + HMIB

1.1.1.3 ☐ Elaborar relatório mensal com encaminhamentos para SRS

Autor

- a) Gerência de Contratualização Regionalizada

Atividades

- a) Elaborar relatório sintético com os resultados e encaminhamentos das áreas técnicas
- b) Enviar relatórios aos agentes de planejamento das Regiões de Saúde e URDs

1.1.1.1 ☐ Avaliação mensal por bloco de redes

Autor

- a) Colegiado de Superintendentes

Atividades

- a) Avaliação mensal dos resultados na reunião colegiada de superintendentes

Obs: Mensalmente, será apresentado os indicadores por bloco de redes:

RUE + DCNT + CRDF

HAB + RAPS + PCD + HSVP

CEG + SIST APOIO + HMIB

1.1.1.2 ☐ Avaliação técnica quadrimestral

Autor

a) Colegiado técnico: Composto pelas Coordenações das Redes Temáticas e as áreas técnicas das Regiões de Saúde

Atividades

a) Avaliação conjunta dos resultados de todos indicadores do AGR de todas as Regiões de Saúde

Obs: Resultados por quadrimestre

1.1.1.3 ☐ Avaliação colegiada quadrimestral

Autor

a) Colegiado Regional:

I - Superintendente da Região de Saúde

II - Diretor da Atenção Primária à Saúde

III - Diretor da Atenção Secundária à Saúde

IV - Diretor Geral dos Hospitais da Região de Saúde

V - Diretor Administrativo

VI - Chefe da Assessoria de Planejamento em Saúde

VII - Gerentes de Planejamento, Monitoramento e Avaliação de todos os níveis de atenção

Atividades

a) Avaliação quadrimestral dos resultados dos indicadores do AGR 2021 por Região de Saúde

2 Descrição dos campos das Fichas dos Indicadores

Título: Título do indicador que é utilizado em gráficos e painéis expressando de forma resumida seu significado.

Descrição: Informação expressando as intenções de dimensionamento (determinado espaço geográfico, no período considerado do indicador).

Conceituação: Informações que definem o indicador e a forma como ele se expressa, se necessário agregando elementos para a compreensão de seu conteúdo.

Interpretação: Explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.

Usos: Principais finalidades de utilização dos dados a serem consideradas na análise do indicador.

Limitações: Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito quanto as fontes utilizadas.

Fonte: Arquivos, bases de dados ou sistemas informatizados ou instituições/unidades responsáveis pela produção dos dados utilizados no cálculo do indicador.

Fórmula de cálculo: Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo o tipo de relação matemática e os elementos que a compõem.

Metodologia de cálculo: Descritivo da forma que se calcula o indicador.

Periodicidade de atualização: Frequência de atualização do resultado do indicador segundo sua granularidade.

Unidade de medida: A unidade de medida utilizada para a apresentação do indicador.

Parâmetro: Valor de referência nacional ou internacional para o indicador.

Fonte de parâmetro: Fonte do parâmetro (se especificado).

Polaridade: Indica o sentido do indicador. Ex.: quanto maior melhor, quanto menor, melhor.

Visibilidade: Indica se a visibilidade do indicador é pública ou privada (nessa última a visualização do resultado do indicador é restrita aos gestores credenciados).

Indicador acumulativo: O resultado do Indicador demonstra o somatório de ocorrências ao longo do período de tempo de sua atualização.

Estratificação: Recorte espacial/territorial de referência do indicador (Distrital, Região de Saúde, por RA, por CNES).

Crerios de anlise: Referem-se as possveis desagregaes que os dados tm nas suas bases (ex.: faixa etria, sexo, raça/cor).

Indicador relacionado/referncias: Relaes com outros indicadores.

Observaes/Comentrios: Informao adicional sobre o indicador.

rea Responsvel Tcnica na ADMC: Responsvel tcnico pelo indicador na ADMC.

rea Responsvel Gerencial na ADMC: Responsvel pelo monitoramento do indicador na ADMC.

rea Responsvel Tcnica na Regio: Responsvel tcnico pelo indicador na Regio.

rea Responsvel Gerencial na Regio: Responsvel pelo monitoramento do indicador na Regio.

Matriz de indicadores 2021 CRDF

Nº	TEMA	INDICADOR
1	Regulação	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF
2	Regulação	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados
3	Regulação	Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF
4	Regulação	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado
5	Regulação	Tempo médio de espera para primeira regulação
6	Regulação	Percentual de remoções reguladas executadas.
7	RUE	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitalares
8	RUE	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF
9	Atenção Especializada	Percentual de AIHs Faturadas X notificações de potenciais doadores com diagnóstico de Morte Encefálica (ME), por unidade Hospitalar
10	Atenção Especializada	Número absoluto de doadores de tecidos oculares
11	Atenção Especializada	Número absoluto de doadores de órgão sólido
12	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Índice de resolutividade da Ouvidoria da Região de Saúde
13	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei
14	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Percentual de desempenho da gestão de custos
15	SISTEMA DE APOIO E LOGÍSTICA	Taxa de absenteísmo

Fichas dos Indicadores

Ficha do indicador: **01** Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF

Campo	Especificação
Título	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF
Descrição	Percentual de leitos de UTI da SES/DF regulados pelo CRDF no corrente ano.
Conceituação	Leito regulado: leito ocupado autorizado pelo Complexo Regulador em Saúde da Central de Regulação. Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Excetuam-se destes, os leitos gerais de internação hospitalar.
Interpretação	Mede a proporção de leitos de UTI da rede própria, conveniada e contratada da SES-DF regulados pelo CRDF
Usos	Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Limitações	Não permite contabilizar leitos gerais de internação hospitalar
Fonte	TrakCare e Relatório da SAIS/CATES com o total de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por hospital
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de leitos de UTI regulados}}{\text{número de leitos de UTI existentes}} \times 100.$
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de leitos de UTI da rede própria, contratada e conveniada disponíveis por Hospital da SES-DF Denominador: número de leitos de UTI existentes na rede SES. Multiplicador:100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	100%
Fonte do parâmetro	Não se aplica

Polaridade	Maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital / CNES
Critérios de análise	Nº de leitos de UTI regulados e os não regulados.
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Em fase de implantação.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAAH

Ficha do indicador: **02** Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	
Título	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF, que foram ofertados
Descrição	Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF na SES/DF no corrente ano.
Conceituação	Número de procedimentos ambulatoriais autorizados baseado em protocolos clínicos previamente regulamentados pelas especialidades e institucionalizados na SES/DF. Percentual de procedimentos ambulatoriais autorizados pelo CRDF pelo SISREG III na rede própria, conveniada e contratadas da SES-DF. Esses protocolos são instrumentos de ordenamento dos fluxos de encaminhamentos, sendo facilitadores para o manejo clínico em todos os níveis de atenção. Os procedimentos ambulatoriais aqui compreendem consultas especializadas e exames diagnósticos. O Panorama 1 abrange a regulação regional. O território possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição da oferta e a alocação da demanda dos pacientes conforme sua capacidade instalada, além de serem responsáveis pela qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes. O Panorama 2 abrange a regulação pactuada/inter-regional. A região ofertante do recurso deverá ter aptidão para gerenciar, além de sua demanda, também a demanda de outro território/região, mediante pactuação prévia. O Panorama 3 é regulação centralmente pelo CRDF. Refere-se a recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, sendo estes escassos e estratégicos, estando concentrados em unidades executantes próprias, contratadas e/ou conveniadas específicas que servem a toda a rede.
Interpretação	Mede o número de procedimentos ambulatoriais da rede própria, conveniada e contratada da SES-DF que são regulados pelo CRDF nos panoramas I, II e III a partir de protocolos institucionalizados e em uso pela Central de Regulação Ambulatorial (CERA).
Usos	Possibilita o acompanhamento do fluxo de encaminhamento aos serviços ambulatoriais qualificados da SES/DF.
Limitações	Há protocolos implantados sem acompanhamento da comissão de protocolos da SES/DF, pois houve a articulação direta com as coordenações de especialidades. Alteração na capacidade instalada dos ambulatorios das regiões sem que seja comunicado a SAIS/CATES e SAIS/COASIS

Fonte	Protocolos entregues pelas coordenações de especialidades acompanhados pela Comissão de Protocolos da SES/DF para a CERA e SISREG III
Fórmula de cálculo	Número de procedimentos ambulatoriais realizados / Número de procedimentos ambulatoriais autorizados X 100.
Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de procedimentos ambulatoriais da rede própria, contratada e conveniada da SES-DF com execução autorizada pelo CRDF; Denominador: Número total de procedimentos ambulatoriais constantes em relatório mensal da SAIS/CATES constando a capacidade instalada de procedimentos ambulatoriais Multiplicador= 100.
Periodicidade de atualização	Quadrimestral
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Porcentagem
Parâmetro	24 protocolos clínicos padronizado e regulados
Fonte do parâmetro	Exercício 2018
Polaridade	Maior- Melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital/Regiões de Saúde
Critérios de análise	Protocolos clínicos implementados na rede SES/DF para regulação de consultas/exames.
Indicador relacionado/referências	
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES e SES/SAIS/COASIS
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES e SES/SAIS/COASIS
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAHH/CERA
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAHH

Ficha do indicador: **03** Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF

Campo	Especificação
Código	
Título	Percentual de cirurgias eletivas faturadas que foram autorizadas pelo CRDF
Descrição	Percentual de cirurgias eletivas da SES/DF realizadas e faturadas pela Rede que foram autorizadas pelo CRDF no ano corrente.
Conceituação	Número de cirurgias eletivas executadas e faturadas que tiveram seu fluxo regulatório seguido adequadamente. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), autoriza execução baseado na ordenação de filas obedecendo critérios pré-estabelecidos pelas notas técnicas das especialidades cirúrgicas, proporcionando acessibilidade do paciente e transparência à fila de espera do procedimento cirúrgico na rede própria, contratada e conveniada da SES/DF. Cirurgia eletiva é o procedimento cirúrgico terapêutico, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.
Interpretação	Estima a porcentagem de implementação do processo de regulação de cirurgias eletivas nos centros cirúrgicos da rede SES DF. Se a rede está seguindo o fluxo regulatório estabelecido, bem como o quantitativo de cirurgias reguladas no período.
Usos	Fortalecer e ampliar o acesso oportuno, referenciado, integral e equânime, por meio da regulação assistencial, com base nas necessidades do usuário. Transparência da oferta de vagas cirúrgicas reguladas, maior otimização dos recursos da rede e menor tempo de espera para o paciente.
Limitações	O cancelamento de cirurgias eletivas devido a necessidade de uso do centro cirúrgico para cirurgias de urgência, falta de insumos e materiais, bem como falta de RH para realização do procedimento.
Fonte	Sistema Nacional de Regulação -SISREGIII e relatório enviado pela GEPI/DICS/SUPLANS/SES à CERCE via processo SEI 00060-00284256/2021-89.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de cirurgias eletivas faturadas e autorizadas pelo CRDF}}{\text{Número de cirurgias eletivas autorizadas pelo CRDF}} \times 100.$

Metodologia de Cálculo	Numerador: Número de cirurgias faturadas (via SIHD2 ou TABWIN. Os dados serão obtidos pela CERCE com base no relatório enviado pela GEPI/DICS/SUPLANS/SES à CERCE via processo SEI 00060-00284256/2021-89) que foram autorizadas pelo CRDF na rede própria, contratada e conveniada da SES-DF Denominador: Número total de cirurgias eletivas autorizadas pelo CRDF Multiplicador = 100
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Distrital/Região de saúde.
Critérios de análise	Por especialidade
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	O projeto foi iniciado no segundo semestre de 2017 e será implantado para toda a rede SES de forma gradual e avaliando sua potencialidade e disponibilidade de recursos cirúrgicos e humanos com objetivo de alcançar a meta de 100%.
Área Responsável Técnica na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na ADMC	Não se aplica
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAAH/CERCE
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAAH

Ficha do indicador: **04** Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	
Título	Número médio de diárias de alta de UTI por paciente regulado
Descrição	Média de diárias de alta de UTI da SES/DF de pacientes regulados pelo CRDF no corrente ano.
Conceituação	Diárias de alta: Número de dias que o paciente aguarda no leito de UTI após a sinalização da alta pela equipe assistente, até que se efetue a sua retirada para um leito geral.
Interpretação	Mede a média de diárias de alta por paciente que ocupa o leito após a sinalização da sua alta.
Usos	Transparência da oferta do leito, menor tempo de espera.
Limitações	O porte dos hospitais influencia tanto na quantidade de pacientes, quanto no número de diárias.
Fonte	TrakCare e planilhas confeccionadas pela CERIH/DIRAHH/CRDF/SES.
Fórmula de cálculo	$\text{Nº de diárias de alta no mês} / \text{Nº total de pacientes de alta no período}$
Metodologia de Cálculo	Numerador: número de diárias de alta de UTI reguladas da rede própria e contratada Denominador: número total de pacientes regulados que receberam alta de UTI da rede própria e contratada
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Média
Parâmetro	15

Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Menor, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital
Crítérios de análise	Nº de diárias de alta de UTI reguladas.
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Em fase de implantação.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAAH/CERIH
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAAH

Ficha do indicador: **05** Tempo Médio de Espera para primeira regulação

<i>Campo</i>	
Código	TME - SAMU
Título	Tempo Médio de Espera para primeira regulação
Descrição	Média do Tempo decorrido em que o solicitante ou paciente aguardam em tela desde o encerramento do atendimento telefônico do Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM) até o acolhimento de algum dos médicos da mesa reguladora.
Conceituação	Somatória dos Tempos Decorridos de Espera pela Regulação Médica de todas as Ocorrências classificadas em Ordem 1 (Primeira Regulação), dividido por todas as ocorrências de Ordem 1 registradas dentro do mesmo mês e que não foram classificadas como Testes.
Interpretação	O tempo de espera pela primeira regulação a partir do momento da finalização do atendimento telefônico do TARM reflete, entre outros fatores: picos de ligações, período do tempo de espera pela primeira regulação a partir do momento da finalização do atendimento telefônico do TARM reflete, entre outros fatores: picos de ligações, períodos de maior demanda estatística de ligações acolhidas pela Central do SAMU 192, Quantidade média de profissionais médicos reguladores em atividade ao mesmo tempo, Déficit de profissionais médicos reguladores lotados no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Padrão de distribuição de intervalos de descompressão dos profissionais médicos reguladores. Considerando que a ocorrência acolhida pela Central do SAMU 192 ainda não foi devidamente classificada e regulada, o tempo médio de espera pela primeira regulação pode representar um comprometimento de frações maiores ou menores de ocorrências com comprometimento do desfecho por falta de orientações e maior Tempo Resposta mediante a identificação da necessidade de intervenção.

Usos	A análise da Média do Tempo decorrido de espera pela primeira regulação pode refletir na revisão do dimensionamento da mesa reguladora bem como na rediscussão da distribuição de intervalos de descompressão.
Limitações	Isoladamente não permite isolar viés como: 1. Ocorrências com múltiplas solicitações que uma vez identificadas pelo grupo, acabam permanecendo em tela caso já tenha sido atendida e regulada; 2. Erros no Sistema que uma vez não filtrados no Banco de Dados podem representar números de ocorrência que permanecem em tela registrando um tempo de espera pela primeira regulação muito elevado; 3. As “contra-regulações” concorrem com os “primeiros atendimentos”, uma vez que, são as ligações feitas pelas equipes assistentes uma vez que chegam no local da ocorrência, portanto, representam uma prioridade para o médico regulador, se assemelhando à prioridade de pacientes com ocorrências sinalizadas como graves.
Fonte	Sistema de Regulação do SAMU 192 DF: Sistema SAU (Atualizado em 29/12/2020).
Fórmula de cálculo	Numerador: Somatória da Duração de Todos os Tempos de Espera das Ocorrências em Primeira Regulação (Ordem 1); Denominador: Quantidade total de Ocorrências em Primeira Regulação (Ordem 1) encaminhadas para a Regulação que não sejam classificadas como Testes do Sistema.
Metodologia de Cálculo	
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Mensal
Periodicidade de apuração	Semestral
Unidade de medida	Tempo Decorrido em Minutos e Segundos (mm:ss min)
Parâmetro	60 segundos
Fonte do parâmetro	Proposta da área técnica
Polaridade	MENOR MELHOR

Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Extratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Crítérios de análise	Poderá ser analisado por estratificação da sinalização da gravidade.
Indicador relacionado/referências	Número de óbitos no atendimento pré-hospitalar
Observações/Comentários	As ocorrências sinalizadas pelo TARM como sendo de maior gravidade deverão ter um tempo médio de espera menor (ex: PCR, AVC). Da mesma forma as ocorrências moderadas deverão ter um tempo de espera menor do que fim de prevenir os óbitos evitáveis na rua ou no domicílio. Os chamados de maior morbi-mortalidade devem ser priorizados, como situações de urgências e emergências cardiológicas, neurológicas e traumáticas.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/SAMU

Ficha do indicador: **06** Percentual de remoções reguladas.

Campo	Especificação
Código	
Título	Percentual de remoções reguladas executadas.
Descrição	Percentual de remoções de pacientes, materiais, medicamentos ou materiais biológicos que sejam realizados após processo de regulação.
Conceituação	Número de remoções realizadas após processo de regulação sobre o número total de solicitações reguladas.
Interpretação	Mede o número de remoções realizados após processo de regulação.
Usos	O controle do processo de remoção de pacientes, materiais, medicamentos e materiais biológicos busca o atendimento a necessidades dos pacientes, reduzindo a demanda reprimida e consequente redução de custos.
Limitações	A ausência de um sistema operacional, bem como recursos humanos para alimentá-lo.
Fonte	Sistema de Regulação de Transporte Sanitário (em implantação) e relatório de remoções conjunta CERTS/CBM-DF (Quando em atividade).
Fórmula de cálculo	$\text{N}^{\circ} \text{ remoções executadas} / \text{N}^{\circ} \text{ total de remoções reguladas}$
Metodologia de Cálculo	Numerador: N° remoções executadas Denominador: N° total de remoções reguladas
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior, melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital
Critérios de análise	N° de remoções reguladas.
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Em fase de implantação.
Área Responsável Técnica na ADMC	

Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/DIRAAH/CERTS
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/DIRAAH

ficha do indicador: **07** Demanda reprimida de atendimentos pré-hospitais

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	DRA - SAMU
Título	Demanda Reprimida de Atendimentos Pré-hospitais
Descrição	Percentual de intervenções necessárias do SAMU DF sem meio (transporte) disponível no ano corrente.
Conceituação	Número de ligações onde o regulador identifica a necessidade de encaminhar recurso para atendimento e não há meios de transporte disponível no momento.
Interpretação	As ligações são classificadas pelo médico regulador que avalia a gravidade da situação e decide por encaminhar ou não o recurso. As ligações reguladas são categorizadas como: Intervenção necessária e possível (em que é enviado o recurso mais próximo e adequado ao local onde a vítima se encontra); não pertinente (avaliados sem qualquer risco devida, não necessitando de atenção urgente); necessária e sem meios (onde é necessário o atendimento, mas não existem meios de transporte para enviar no momento da solicitação; e sem dados para decidir (não há informações suficientes que possam subsidiar a avaliação).
Usos	Permite analisar a demanda reprimida e monitorar a capacidade resolutive do serviço em atender todas as solicitações que chegam à Central de Regulação de Urgências/CERU permitindo traçar estratégias de melhor cobertura do serviço bem como racionalidade na distribuição do recurso enviado.
Limitações	Em relação à assistência o indicador é limitado quando não há recursos disponíveis, por diversos motivos, como retenção de macas, absenteísmo de servidores ou impossibilidade de composição de equipes pela falta de RH contratado.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF ok
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Números de ligações reguladas classificadas como necessárias e sem meio de transporte}}{\text{Número total de ligações reguladas}} \times 100.$

Metodologia de Cálculo	Numerador: Números de ligações reguladas classificadas como necessárias e sem meio de transporte Denominador: Número total de ligações reguladas e classificadas como necessárias Multiplicador = 100.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	5%
Fonte do parâmetro	Meta estabelecida
Polaridade	Menor - melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Tempo resposta ao chamado SAMU DF.
Observações/Comentários	Para se reduzir as intervenções necessárias e sem meio de transporte é necessário o redimensionamento da frota e das equipes, de forma a atender a demanda da população.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU.
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/SAMU

Ficha do indicador: **08** Tempo resposta de chamada do SAMU DF

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	TRC - SAMU
Título	Tempo-resposta de chamado ao SAMU DF
Descrição	Tempo resposta das ocorrências reguladas pela Central de Regulação de Urgência do SAMU 192.
Conceituação	Tempo decorrido entre o contato do solicitante com a Central de Regulação de Urgência do SAMU, por meio do número 192, e a chegada da equipe de intervenção no local.
Interpretação	Estima a capacidade do serviço em chegar no momento oportuno à vítima que expressa necessidade de atendimento em urgência e emergência, possibilitando conectá-la aos recursos que ela necessita na maior brevidade possível, reduzindo sofrimento, sequelas e mortes evitáveis. Esse indicador envolve várias etapas: tempo de recebimento e atendimento pelo Técnico auxiliar de regulação médica (TARM), tempo de atendimento do médico regulador, tempo de decisão, tempo de acionamento, tempo de partida e tempo de deslocamento da equipe até o local da ocorrência.
Usos	Possibilita a avaliação do atendimento pelo SAMU em tempo oportuno conforme a necessidade do usuário, constituindo-se em ferramenta para a organização do serviço, podendo subsidiar o planejamento das ações.
Limitações	Em relação ao impacto na prestação do serviço, o tempo resposta é limitado pela indisponibilidade e falta de recursos, causados, entre outras coisas, pela retenção de macas. Em relação ao impacto na avaliação do serviço o indicador limita a análise em relação a eficiência da assistência, podendo levar a entendimentos enviesados quando observado individualmente.
Fonte	Sistema Atendimento de Urgências (SAU) /SAMU- DF
Fórmula de cálculo	Tempo resposta registrado no período
Metodologia de Cálculo	Numerador: Σ (hora de chegada da equipe - hora de recepção de chamada) Denominador: número de atendimentos por USB + USA

Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Minutos e segundos
Parâmetro	20 min
Fonte do parâmetro	Resolução CRMPR nº 54/1995
Polaridade	MENOR MELHOR
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Distrital/Regiões de saúde/CNES.
Crítérios de análise	Poderá ser analisado por estratificação da gravidade e por urgências e emergências cardiológicas (PCR, IAM), neurológicas (AVC), traumáticas.
Indicador relacionado/referências	Número de óbitos no atendimento pré-hospitalar
Observações/Comentários	Quanto maior a gravidade da ocorrência, menor deverá ser o tempo resposta, a fim de prevenir os óbitos evitáveis na rua ou no domicílio. Os chamados de maior morbimortalidade devem ser priorizados, como situações de urgências e emergências cardiológicas, neurológicas e traumáticas.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC/GASFURE
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES/DUAEC
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/SAMU/CERU
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/SAMU

Ficha do indicador: **9** Percentual de AIHs Faturadas X notificações de potenciais doadores com diagnóstico de Morte Encefálica (ME), por unidade Hospitalar.

Campo	Especificação
Código	CRDF - 02
Título	Percentual de AIHs Faturadas X notificações de potenciais doadores com diagnóstico de Morte Encefálica (ME), por unidade Hospitalar
Descrição	Percentual de AIH Faturada pelo total de notificações de potenciais doadores de órgãos, por unidades Hospitalares do Distrito Federal (DF).
Conceituação	Serão verificadas se todas as notificações de prováveis doadores de órgãos foram faturadas.
Interpretação	Estas verificações de informações serão realizadas nas unidades de faturamento das unidades notificantes e na CET (número total de notificações de potenciais doadores de órgãos) por unidade de hospitalar. Estas informações permitirão uma gestão mais eficiente do faturamento referente a Ações para Doação de Órgãos de cada unidade hospitalar de modo a minimizar ou extinguir as perdas desse faturamento.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à melhorias no processo de faturamento das unidades notificantes bem como a promoção da comunicação entre os serviços envolvidos e a viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO) . Auxilia na localização de ineficiências do processo de faturamento e indica a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos nesta etapa do processo de doação.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) devido ao faturamento ser feito como sendo o de um paciente comum internado. Isso colabora com as perdas de faturamento referente a Ações para Doação de Órgãos.
Fonte	Planilha EXCEL, dados do Sistema Nacional de transplante, Sala de Situação.

Fórmula de cálculo	Número de notificações de abertura de protocolo de investigação de potenciais doadores de órgãos que apresentam AIHs faturadas, por unidade hospitalar do DF X 100 / Número Total de notificações de abertura de protocolo de investigação de potenciais doadores de órgãos que deveriam apresentar AIHs faturadas, por unidade hospitalar do DF
Metodologia de Cálculo	NUMERADOR: Número de notificações de abertura de protocolo de investigação de potenciais doadores de órgãos que apresentam AIHs faturadas, por unidade hospitalar do DF, multiplicado por 100 DENOMINADOR: Número Total de notificações de abertura de protocolo de investigação de potenciais doadores de órgãos que deveriam apresentar AIHs faturadas, por unidade hospitalar do DF.
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Percentual
Parâmetro	Distrito Federal: 100% de AIHs referentes a Ações para Doação de Órgãos Faturadas
Fonte do parâmetro	Sala de Situação GDF e CET/NOPO
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
CrITÉRIOS de análise	Faixa etária, turno (manhã, tarde, noite), unidade de saúde notificante, Percentual de faturamento de Ações para Doação de Órgãos por unidade.
Indicador relacionado/referências	Número de notificações de potenciais doadores por unidade de saúde, Percentual de faturamento de Ações para Doação de Órgãos por unidade.

Observações/Comentários	O processo de faturamento de Ações para Doação de Órgãos começa com a notificação, pela unidade hospitalar, de abertura de protocolo de investigação de ME. Após esta notificação deve-se encerrar a AIH de internação e abrir uma de "Ações para Doação de Órgãos". Todo o atendimento referente a doação de órgãos deverá ser lançado nesta nova AIH. Se os familiares não autorizarem a doação, e se o paciente for a óbito antes do protocolo se concluir (independente da etapa) a AIH deve ser encerrada.
Área Responsável Técnica na ADCM	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Gerencial na ADCM	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET/NRIH (Núcleo de Relacionamento Inter Hospitalar)
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET

Ficha do indicador: **10** Número absoluto de doadores de tecidos oculares.

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	CRDF - 02
Título	Número absoluto de doadores de tecidos oculares
Descrição	Número absoluto de doadores efetivos de tecidos oculares no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de tecidos: indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017)
Interpretação	A doação de tecidos oculares pode ocorrer em até 6h após a parada cardiorrespiratória se o corpo do doador não for mantido sob refrigeração e em até 12h após a parada cardiorrespiratória se o corpo do doador for refrigerado dentro de 6h após a parada. É necessária a análise dos critérios de seleção e exclusão, autorização familiar para doação e triagem laboratorial. Esse indicador possibilitará o acompanhamento e monitoramento no número de doações de tecidos oculares efetivadas no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à viabilização das doações de tecidos oculares. Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos devido subnotificações ou causas de não efetivação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL, Sala de Situação GDF
Fórmula de cálculo	Número absoluto de doadores de tecidos oculares
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo do qual foi removido algum tecido para fim de transplante).

Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 30 doadores efetivos/mês
Fonte do parâmetro	SIG/SNT
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde, Unidade de saúde
Crítérios de análise	Faixa etária, sexo, hospitalar notificante.
Indicador relacionado/referências	Número de óbitos por unidade de saúde, Número de transplante de Tecidos.
Observações/Comentários	Permitirá a análise sistemática dos índices de doadores efetivos, performance das CIHDOTTs e Hospitais Notificantes e planejamento de intervenções com o objetivo de viabilizar as doações de tecidos oculares no Distrito Federal
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET

Ficha do indicador: **11** Número absoluto de doadores de órgão sólido.

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	CRDF - 02
Título	Número absoluto de doadores de órgão sólido.
Descrição	Número absoluto de doadores efetivos de órgão sólido no Distrito Federal (DF).
Conceituação	Doador efetivo de órgãos: indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada. (Definição conforme Portaria do Ministério da Saúde - Portaria de Consolidação Nº4/2017)
Interpretação	A doação de órgãos é regulamentada por Leis (9.434/1997 e 10.211/2001), Decretos (9.175/2017), Resoluções (CFM 2.173/2017) e Portarias. A Portaria de Consolidação Nº 4/2017 contém o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Esse indicador permitirá monitorar o número de doadores efetivos de órgãos sólidos no Distrito Federal.
Usos	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de ações direcionadas à promoção e viabilização dos potenciais doadores de múltiplos órgãos (MO). Auxiliar na localização de ineficiências e indicar a direção de intervenções para aumento nos índices de doações.
Limitações	Não identifica os potenciais doadores perdidos (subnotificação e seus motivos) e causas de não efetivação da doação.
Fonte	Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Nacional de Transplantes (SIG/SNT) Planilha EXCEL, Sala de Situação GDF
Fórmula de cálculo	Número absoluto de doadores de órgão sólido
Metodologia de Cálculo	Somatório do número de doadores efetivos (indivíduo que realizou a cirurgia para fim de retirada)
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral

Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Número absoluto
Parâmetro	Obter um mínimo de 6 doadores efetivos/mês
Fonte do parâmetro	SIG/SNT, PORTARIA MS Nº 1.262, DE 16 DE JUNHO DE 2006
Polaridade	Maior melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Sim
Estratificação	Distrital, CNES, Região de Saúde
Critérios de análise	Faixa etária, sexo, hospital notificante, causa da morte.
Indicador relacionado/referências	Número de notificações de potenciais doadores, Número de transplante de órgãos.
Observações/Comentários	Lei nº 9.434/1997, Art. 13º: É obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde informar as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos das unidades federadas onde ocorrer diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos. „Decreto 9.175/2017, Art. 18º: Os hospitais deverão notificar as ME diagnosticadas em suas dependências à CET da unidade federativa a que estiver vinculada, em caráter urgente e obrigatório. Após o diagnóstico de morte encefálica, excluídas as contraindicações para doação e havendo a autorização familiar para a doação de órgãos, são realizados os procedimentos para a cirurgia de captação de órgãos.
Área Responsável Técnica na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Gerencial na ADMC	SES/SAIS/CATES
Área Responsável Técnica na URD	SES/CRDF/CET
Área Responsável Gerencial na URD	SES/CRDF/CET

Ficha do indicador: **12** Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF

Campo	Especificação
Código	
Título	Índice de Resolutividade das demandas do cidadão registradas no OUV-DF
Descrição	O Indicador mede o percentual de demandas resolvidas segunda a percepção do cidadão, referindo-se ao desempenho dos órgãos, por meio da avaliação sobre a situação das manifestações como “resolvidas” ou “não resolvidas” nas classificadas como reclamações, denúncias ou solicitações, por meio de do sistema OUV-DF.
Conceituação	O conceito de resolutividade tem sinonímia com o ato de solucionar. Possui como dimensões: a efetividade do serviço; a integralidade; o acesso universal; a satisfação dos usuários; a intersectorialidade; as tecnologias utilizadas pelo serviço e as demandas e necessidades dos usuários, entre outras
Interpretação	Representa a avaliação cidadã direta às unidades pertencentes à Secretaria de Estado de Saúde do DF por meio das demandas avaliadas em suas ouvidorias pelos usuários do sistema.
Usos	Efetiva melhora na prestação dos serviços públicos demandados por meio da ouvidoria com base no desempenho das Unidades de Saúde.
Limitações	Não mede a qualidade do serviço;
Fonte	Sistema de Ouvidoria do Distrito Federal – OUV-DF
Fórmula de cálculo	$\text{Res} = (\text{Sres}/\text{Sres}+\text{Nres}) \times 100$ Legendas: Res = Índice de resolutividade das manifestações de ouvidoria; SRes = Manifestações avaliadas como resolvidas; NRes = Manifestações avaliadas como Não Resolvidas.
Metodologia de Cálculo	O índice de resolutividade é igual ao número de Manifestações avaliadas como resolvidas dividido pela soma do número de Manifestações avaliadas como resolvidas mais o número de Manifestações avaliadas como Não Resolvidas multiplicado por 100 (cem).
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral

Periodicidade de apuração	Instantânea
Parâmetro	Não possui
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Maior Melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Por unidade seccional de ouvidoria, por região de saúde e por unidade de referência distrital
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Índice de satisfação dos serviços de ouvidoria, Tempo médio de resposta ao cidadão.
Observações/Comentários	
Área Responsável Técnica na ADMC	Unidade Setorial de Ouvidoria
Área Responsável Gerencial na ADMC	
Área Responsável Técnica na Região	Unidade Seccional de Ouvidoria
Área Responsável Gerencial na Região	

Ficha do indicador: **13** Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei.

<i>Campo</i>	<i>Especificação</i>
Código	
Título	Percentual de recursos captados pela unidade em relação aos incentivos de custeio estabelecidos em lei.
Descrição	Percentual de recursos captados pela unidade em relação ao destinado
Conceituação	Avalia a eficiência do órgão em relação a captação de recursos de incentivos destinados para as políticas públicas executadas pela unidade.
Interpretação	Mede, em percentual, o volume de recursos captados em relação ao volume destinado conforme previsão legal, em se tratando de verbas de custeio deve se manter a situação ideal de 100%.
Usos	Melhoria na captação e manutenção dos recursos destinados para as políticas públicas de incentivo propostas pelo Ministério da Saúde e outras entidades.
Limitações	Recursos para a implantação dos requisitos que envolva o credenciamento, habilitação e qualificação dos serviços.
Fonte	Legislação referente as políticas públicas desenvolvidas pela unidade; https://consultafns.saude.gov.br/#/repasse-dia
Fórmula de cálculo	(Valor do repasse menção/Valor do incentivo definido na respectiva legislação) X 100
Metodologia de Cálculo	Numerador: Valor do incentivo definido na respectiva legislação Denominador: Multiplicador:100
Unidade de medida	Percentual
Periodicidade de atualização	Mensal
Periodicidade de monitoramento	Bimestral
Periodicidade de apuração	Bimestral
Parâmetro	100%

Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Integralidade da meta
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Distrital
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Sem informação
Área Responsável Técnica na ADMC	DICS/SUPLANS/SES
Área Responsável Gerencial na ADMC	SUPLANS/SES
Área Responsável Técnica na URD	NPMA/CRDF
Área Responsável Gerencial na URD	DG/CRDF

Ficha do indicador: **14** Percentual de desempenho da gestão de custos.

Campo	Especificação
Código	
Título	Percentual de desempenho da gestão de custos
Descrição	Percentual de desempenho da gestão de custos no âmbito da SES/DF, compreendendo o exercício monitorado.
Conceituação	Entende-se por desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento, que permite a passagem de um estado crítico para satisfatório. Consoante ao Programa Nacional de Gestão de Custos - PNGC, entendemos a gestão de custos na saúde, tem como objetivo conhecer os custos dos serviços prestados, bem como demonstrar os processos de trabalho que compõem esses serviços de modo a auxiliar os gestores na tomada de decisão, visando à melhoria na gestão dos recursos.
Interpretação	Monitorar o desempenho de uma organização é pré-condição para que a mesma se torne menos vulnerável, direcionando suas ações de forma mais efetiva, antevendo oportunidades, prevenindo ameaças e permitindo uma melhor utilização dos recursos existentes. A ausência da medição, pode causar uma espécie de entropia organizacional, onde não há clareza sobre o que a organização de fato está realizando e onde está falhando.
Usos	É possível expressar o desempenho ou performance que se pretende avaliar utilizando-se uma métrica, ou índice de desempenho em relação às metas, previamente definidas. Com isso, é possível acompanhar de forma tempestiva o cumprimento do preenchimento adequado dos custos apurados na unidade de saúde, o que implica na integração sistêmica da organização. Os requisitos definidos previamente compreendem à inserção de dados de custos no Sistema ApuraSUS, referente aos itens de custos e produção mensal.
Limitações	Alinhamento conceitual, e execução manual do Instrumento de Monitoramento do Desempenho - IMD
Fonte	Instrumento de Monitoramento de Desempenho - IMD (planilha em <i>Excel</i> .)
Fórmula de cálculo	Média das duas últimas etapas do processo da gestão de custos (3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica)

Metodologia de Cálculo	O método de cálculo compreende as 4 (quatro) etapas, subdivididas em critérios, e cada critério pode obter os valores (0 – nenhum, 1 – parcial, e 2 – completo), conforme o preenchimento das informações mínimas de cada etapa, a saber: 1ª Alinhamento Conceitual (capacitações, reuniões, gestores, e servidores); 2ª Diagnóstico da Unidade (mapeamento de dados, mapa de relacionamento); 3ª Sistematização da Informação (pessoal, material de consumo, terceiros, e despesas gerais); e, 4ª Análise Crítica (matriz, validação, e relatórios gerais). Para o compute do desempenho da unidade considera-se as duas últimas etapas do processo de gestão de custos: 3ª etapa - Preenchimento do ApuraSUS; e, 4ª etapa - Análise Crítica. Esta fórmula é aplicada para cada unidade de saúde, e o resultado alcançado de cada unidade comporá o valor da região, que será ponderado pelo peso de cada uma das unidades dos níveis de atenção. O desempenho só será acompanhado caso a unidade já tenham o custo total apurado em algum momento.
Periodicidade de atualização	Mensal *Apuração com 01 mês de defasagem.
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Mensal
Unidade de medida	(%) percentual
Parâmetro	Não se aplica
Fonte do parâmetro	Não se aplica
Polaridade	Positiva
Visibilidade	Transparência
Indicador acumulativo	SIM
Estratificação	DISTRITAL
Critérios de análise	Não se aplica
Indicador relacionado/referências	Não se aplica
Observações/Comentários	Não se aplica
Área Responsável Técnica na ADMC	GEC/DGR
Área Responsável Gerencial na ADMC	GEC/DGR
Área Responsável Técnica na Região	Núcleos de Gestão de Custos - NGC
Área Responsável Gerencial na Região	NGC/GPMA

Ficha do indicador: **15** Taxa de absenteísmo.

Campo	Especificação
Código	SUGEP 03 (GEPE03) - GEPE/ Gestão de Pessoas
Título	Taxa de absenteísmo
Descrição	Taxa de absenteísmo na SESDF no ano corrente
Conceituação	Explicita a relação entre a carga horária contratada e a realizada, apontando o percentual de ausências por motivos pré-determinados. Para o cálculo são desconsideradas as ausências motivadas por férias, licenças e afastamentos legais, com exceção dos afastamentos médicos e odontológicos devido ao impacto destes na composição do quadro de pessoal. São consideradas as ausências por atestados de comparecimento, atestado médico/odontológico, licenças médicas, falta injustificada e atrasos injustificados. Nº mensal de horas ausentes dos servidores: corresponde à soma das horas que os servidores se encontram ausentes. Nº de horas contratadas: corresponde à soma das horas contratuais dos servidores.
Interpretação	Absenteísmo é um indicador para sinalizar o percentual de ausência ao trabalho em relação ao efetivo total do empregado, o que resulta em queda da produtividade das instituições e, conseqüentemente, maior custo para a empresa (direto e indireto).
Usos	A análise dos dados do indicador possibilita o mapeamento das causas das ausências dos profissionais, orientando o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção de saúde do trabalhador e ampliação da disponibilidade profissional para o desempenho das atividades.
Limitações	O indicador não corresponde à totalidade das ausências considerando que alguns servidores não registram eletronicamente a frequência. Falta de comunicação entre os diversos setores da SES. Complexidade na consolidação dos dados por ausência de sistema.
Fonte	Relatórios gerenciais extraídos do Sistema Forponto e SIGRHWeb
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias, licença prêmio, abono)}}{\text{N.º mensal de horas contratadas}} \times 100$

Metodologia de Cálculo	Numerador: Nº Mensal de horas ausentes dos servidores (exceto férias. Licença prêmio, abono) Denominador: N.º mensal de horas contratadas Fator de multiplicador: 100
Periodicidade de atualização	Bimestral
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de apuração	Anual
Unidade de medida	Índice
Parâmetro	Linha de base 7,5. Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2016: 8,4 Resultado Indicador Absenteísmo ano de 2017: 7,87 Resultado Indicador JAN-ABR de 2018: 8,23 (1561423/18970264,2) *dados retirados pasta SRV-FS\SESPLAN_ADMC
Fonte do parâmetro	NÃO SE APLICA
Polaridade	Menor melhor
Visibilidade	Pública
Indicador acumulativo	Não
Estratificação	Distrital, Região de Saúde, Categorias, Tipo de afastamento.
Critérios de análise	Categorias, Tipo de afastamento.
Indicador relacionado/referências	Não
Observações/Comentários	Para cálculo do numerador são utilizados os seguintes códigos extraídos do FORPONTO: 008 - ATRASO, 014 - ATESTADO 03 DIAS, 016 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO COM COMPENSAÇÃO, 100 - ATESTADO DE COMPARECIMENTO, 240 - FALTA INJUSTIFICADA, 341 - LICENÇA MÉDICA, 345 - LICENÇA PARA TRATAMENTO FORA, 348 - LICENÇA DOENÇA PESSOA DA FAMÍLIA.
Área Responsável Técnica na ADMC	SUGEP/DIPMAT
Área Responsável Gerencial na ADMC	SUGEP/DIPMAT
Área Responsável Técnica na Região	Não se aplica
Área Responsável Gerencial na Região	Não se aplica

