

**MANUAL PARA A COMISSÃO DE AVALIAÇÃO  
AVALIAÇÃO DOS CRITÉRIOS DA CAPACIDADE OPERACIONAL**

1. REGULARIDADE DA ENTIDADE:					
Descrição: cumprimento das obrigações legais e éticas, bem como ao funcionamento eficiente e transparente da organização.					
CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
1.1 Ação Civil Pública de Improbidade Administrativa	Com trânsito em julgado procedente	-120	Decisão desfavorável à entidade que não pode ser modificada ou contestada por meio de recursos.	Certidão negativa de improbidade administrativa e inelegibilidade expedida pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).	2
1.2 Ação Civil Pública de Improbidade Administrativa	Sentença de primeiro grau procedente ou parcialmente procedente- cumulativo	-80	Decisão desfavorável à entidade, pendente de recurso interposto pela entidade.	Na hipótese de existência de ações, apresentar certidão de objeto e pé e parecer do representante processual. Serão consideradas as demandas em tramitação nos últimos 05 (cinco) anos. Não serão consideradas desabonadoras, para efeitos de pontuação, as ações civis públicas quando comprovada a regularização da situação objeto da demanda, desde que não relacionada a atos criminais	10 se necessário
1.3 Recuperação Judicial	Recuperação Judicial	-50	A recuperação judicial permite a reestruturação financeira de empresas em dificuldades econômico-financeiras, possibilitando a reorganização financeira, visando evitar a falência e manter suas atividades em funcionamento.	Certidão negativa expedida pelo Tribunal de Justiça (TJ). No caso de certidão positiva de recuperação judicial, deve ser apresentado o respectivo Plano de Recuperação, já homologado pelo juízo competente e em pleno vigor, apto a comprovar sua viabilidade econômico-financeira.	2 10 se necessário
2. EXPERIÊNCIA PRÉVIA DA ENTIDADE					
Descrição: competência de uma instituição em administrar e operar instalações de saúde, como hospitais, clínicas ou unidades de saúde.					
CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
2.1 Experiência da entidade no gerenciamento de serviços de saúde (Demonstrar o maior nível de complexidade apenas de um dos serviços próprios ou sob gestão da entidade - máximo 15 pontos)	2.1.1 Gerenciamento de Unidade Hospitalar de Alta Complexidade	15	<b>Unidade Hospitalar de Alta Complexidade:</b> Estrutura dentro do sistema de saúde projetada para fornecer serviços médicos e assistência à saúde altamente especializados e avançados. Essas unidades são geralmente equipadas com equipamentos de ponta, contam com profissionais altamente qualificados e têm capacidade para lidar com condições médicas complexas e casos de gravidade. Internações para procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Atendimento de emergência para casos graves. Internações para procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Atendimento de emergência para casos graves. Exames de diagnóstico mais avançados, como ressonância magnética, tomografia computadorizada e exames laboratoriais especializados e tratamentos clínicos (rádio, hemodiálise e quimio). Algumas especialidades médicas, como cardiologia, neurocirurgia, bariátrica e etc.	Convênio ou Contrato de Gestão de <u>uma</u> unidade sob gestão da OSS ou publicação do DOE. Resumo do Faturamento da Unidade comprovando a complexidade.	10
	2.1.2 Gerenciamento de Unidade Hospitalar de Média Complexidade	10	<b>Unidade Hospitalar de Média Complexidade:</b> As unidades hospitalares de média complexidade são estruturas dentro do sistema de saúde que oferecem uma gama intermediária de serviços médicos e assistência à saúde. Elas ocupam uma posição entre as unidades de baixa complexidade e as unidades hospitalares de alta complexidade. Internações para procedimentos cirúrgicos de média complexidade. Atendimento de emergência para casos não tão graves. Tratamento de condições clínicas comuns e algumas condições crônicas. Exames de diagnóstico de imagem. Algumas especialidades médicas, como cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, entre outras.		
	2.1.3 Gerenciamento de Unidade Hospitalar de Baixa Complexidade	5	<b>Unidade Hospitalar de Baixa Complexidade:</b> Estrutura dentro do sistema de saúde que oferece serviços básicos e essenciais de cuidados médicos e assistência à saúde. Essas unidades são projetadas para lidar com casos menos graves e condições médicas mais simples, proporcionando atendimento primário e serviços de saúde preventivos. Postos de saúde, centros de saúde da família, unidades básicas de saúde, policlínicas, unidades de pronto-atendimento de menor porte e clínicas especializadas em atenção primária em saúde.		
2.2 Tempo de experiência da entidade em gerenciamento de serviços de saúde (Demonstrar o maior tempo de gerenciamento apenas de um dos serviços próprio ou sob gestão da entidade - máximo 15 pontos)	2.2.1 Gerenciamento de unidade de saúde por dez anos ou mais.	15	Refere-se ao período de tempo que uma instituição ou organização acumulou em termos de gestão e administração de serviços de saúde. Esse tempo de experiência é um indicador importante da capacidade da entidade em fornecer cuidados de saúde de qualidade, implementar práticas eficazes de gestão e lidar com desafios específicos do setor de saúde.	Convênio ou Contrato de Gestão de <u>uma</u> unidade sob gestão da OSS ou publicação do DOE. Deverá ser observado o período de vigência que comprove o prazo de gestão ininterrupta.	10
	2.2.2 Gerenciamento de unidade de saúde por período igual ou superior a 5 anos e inferior a 10 anos.	10			
	2.2.3 Gerenciamento de unidade de saúde por período superior a 03 anos e inferior a 05 anos	5			
<b>TOTAL (máximo)</b>		<b>30</b>			

3. MODELO DE GESTÃO					
Descrição: Visando o Modelo de Gestão Hospitalar de Qualidade, este modelo enfatiza a importância da excelência em todos os aspectos da gestão hospitalar, incluindo liderança, processos, pessoas e resultados. São adotadas práticas de melhoria contínua e a participação de todos os funcionários é incentivada.					
CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
3.1 Qualificação do corpo diretivo da entidade, constante no estatuto (Demonstrar o membro de maior qualificação - máximo 10 pontos)	3.1.1 Doutorado, Mestrado ou Especialização em Administração Pública, Gestão em Saúde, Administração Hospitalar.	10	A qualificação do corpo diretivo é importante para o bom funcionamento e a eficácia da instituição de saúde. Os membros do corpo diretivo são responsáveis por estabelecer diretrizes estratégicas, tomar decisões e garantir a conformidade com regulamentos e padrões de qualidade.	Certificado de <u>um</u> dos membros do Corpo diretivo <u>previsto no Estatuto</u> , acompanhado da Ata de eleição.	10
	3.2 Gestão da Qualidade (Demonstrar o maior nível de Acreditação de apenas um dos serviços próprio ou sob gestão da entidade - máximo 10 pontos)	3.2.1 Acreditação de Sistema da Qualidade ONA nível 1	2	O serviço próprio ou sob gestão da entidade, deverá atender como um todo, a uma série de critérios definidos pela organização acreditadora nacional ou internacional, que abrangem áreas como gestão da qualidade, segurança do paciente, gestão de processos, infraestrutura, recursos humanos e comunicação. Não serão considerados prestadoras de serviços de saúde ou unidades de negócio individualizadas dentro da instituição hospitalar, com por exemplo: Serviços de Hemoterapia; Serviços Laboratoriais; Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva; Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear; Serviços Ambulatoriais; Serviços de Pronto Atendimento; Serviços de Atenção Domiciliar; Serviços Oncológicos; Serviços de Medicina Hiperbárica; Serviços de Anatomia Patológica; Serviços de Atenção Primária à Saúde; Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar e Transporte Inter-hospitalar; Serviços Odontológicos; Serviços de Telemedicina. Nível 1 - Acreditado	Certificado válido por dois anos. Apresentação da Certificação válida
3.2 Gestão da Qualidade (Demonstrar o maior nível de Acreditação de apenas um dos serviços próprio ou sob gestão da entidade - máximo 10 pontos)	3.2.2 Selo de Conformidade do Programa CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar	4	A organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA. São avaliadas todas as áreas de atividades da instituição, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Nível 2 - Acreditado Pleno	Certificado válido por dois anos. Apresentação da certificação válida.	
	3.2.3 Acreditação de Sistema da Qualidade ONA nível 2	6	A organização precisa atender a dois critérios: 1) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; 2) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Nível 3 - Acreditado com Excelência ou outra certificação internacional	Certificado válido por três anos. Apresentação da Certificação válida	
	3.2.4 Acreditação de Sistema da Qualidade ONA nível 3, CARF ou qualquer Acreditação Internacional reconhecida pela ISQUA	10	A organização precisa atender a três critérios: 1) cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; 2) cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada; 3) cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.		
<b>TOTAL (máximo)</b>		<b>20</b>			

4. MODELO ASSISTENCIAL

Descrição: O conceito de modelo assistencial hospitalar refere-se à estrutura organizacional, aos processos e às práticas adotadas por um hospital para fornecer cuidados de saúde aos pacientes. Elementos chaves: Organização e gestão, equipe multidisciplinar, protocolos e diretrizes clínicas, foco no paciente (cuidado centrado no paciente), continuidade dos cuidados, avaliação e melhoria contínua.					
CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
4.1 Organização dos Serviços Assistenciais (Demonstrar os componentes do modelo assistencial dos serviços próprio ou sob gestão da entidade implantados - máximo 60 pontos)	4.1.1 Demonstrar a organização dos serviços e desenhos dos fluxos assistenciais, contemplando linhas de cuidado e Gestão de Riscos Assistenciais	10	A organização dos serviços e o desenho dos fluxos assistenciais em um hospital são elementos essenciais para garantir uma prestação de cuidados de saúde eficiente e de qualidade. Isso inclui a <b>implementação</b> de linhas de cuidado e a gestão de riscos assistenciais.	Apresentar jornada do paciente, protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado, identificação dos riscos e gerenciamento, etc.	80
	4.1.2 Descrever a Política de Qualidade Assistencial com definição e formalização de protocolos, implantação de Comissões de Qualidade e Segurança do Paciente e Auditoria Clínica	10	Política de qualidade é um conjunto de diretrizes e procedimentos estabelecidos por uma instituição de saúde para garantir que os cuidados prestados aos pacientes sejam seguros, eficazes, centrados no paciente e baseados em evidências. Esta política é essencial para promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.	Apresentar definição e formalização dos protocolos clínicos, implantação das comissões de qualidade e segurança, auditoria clínica, auditoria de processos (comissão interna para manutenção dos padrões de qualidade), etc. Para comprovação da atuação de cada Comissão deverão ser encaminhadas: a última ata do ano vigente e a última do ano anterior.	
	4.1.3 Descrever a Política de Vigilância e Segurança Assistencial com definição e formalização de fluxos, demonstrando Comitês existentes	10	Política de vigilância e segurança assistencial: é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e a prevenção de eventos adversos em um ambiente de saúde. Ela envolve a definição e formalização de fluxos de trabalho e a criação de comitês especializados para monitorar e melhorar continuamente a segurança dos cuidados prestados.	Sistema de notificação e investigação de eventos adversos, gestão dos riscos, comunicação de notícias difíceis, accountability, comitê de prevenção de quedas, comitê de segurança medicamentosa, comissão de controle de infecção hospitalar (CCHI), comitê de gerenciamento de risco, entre outros. Para comprovação da atuação de cada Comissão deverão ser encaminhadas: a última ata do ano vigente e a última do ano anterior.	
	4.1.4 Descrever a Política para Vigilância em Saúde com implantação de Comissões (Farmacovigilância, Tecnovigilância, Nutrivigilância, Biovigilância e Hemovigilância)	10	A Política para Vigilância em Saúde é um conjunto de diretrizes, procedimentos e práticas estabelecidas por uma instituição de saúde para monitorar, avaliar e melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados prestados. As comissões <b>trabalham em conjunto</b> para promover uma cultura de segurança, identificar áreas de melhoria e implementar medidas para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes em diversas áreas da assistência à saúde.	Comprovar implantação e funcionamento das comissões de Farmacovigilância, Tecnovigilância, Nutrivigilância, Biovigilância e Hemovigilância. Para comprovação da atuação de cada Comissão deverão ser encaminhadas: a última ata do ano vigente e a última do ano anterior.	
	4.1.5 Apresentar a estrutura destinada à manutenção das ações do Programa de Humanização e os resultados da avaliação da experiência do paciente	10	<b>Programa de Humanização:</b> é uma abordagem integral dentro de instituições de saúde que visa promover um ambiente acolhedor, respeitoso e centrado no paciente. Este programa concentra-se em garantir que o paciente seja tratado não apenas como um caso clínico, mas como um ser humano único, com necessidades físicas, emocionais e psicológicas.	Apresentação da estrutura, dos resultados das avaliações realizadas e as ações desenvolvidas frente aos resultados obtidos.	
	4.1.6 Código de Conduta e Código de Ética Institucional. Mecanismos de apuração e denúncia	10	Os códigos de conduta e de ética revelam as práticas éticas dos colaboradores das instituições de saúde e outros envolvidos na prestação de serviços de saúde, estabelecendo padrões de conduta que visam proteger os pacientes, colaboradores, a unidade e a própria entidade. Deve haver previsão da forma de apuração e os meios de denúncia.	Encaminhar os Códigos de Ética e de Conduta Institucional. Elencar os canais de denúncia e apresentar fluxo de apuração das denúncias	
<b>TOTAL (máximo)</b>		<b>60</b>			

5. MODELO ORGANIZACIONAL DA ENTIDADE, ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E DE APOIO					
Descrição: Descrever a forma como a entidade está organizada e opera, enquanto a estrutura administrativa e de apoio específica a hierarquia, os processos de decisão e os recursos necessários para garantir o sucesso das operações. Esses elementos são fundamentais para a eficácia e a eficiência da organização em alcançar seus objetivos e cumprir sua missão.					
CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
5.1 Modelo Organizacional (Demonstrar os componentes do modelo organizacional dos serviços próprio ou sob gestão da entidade - máximo 20 pontos)	5.1.1 Planejamento Estratégico com objetivos, metas e desdobramentos com horizonte de curto, médio e longo prazos	5	Planejamento Estratégico é um processo gerencial que envolve a definição de objetivos, metas e ações para guiar uma organização na direção de sua visão de futuro. Ele é desenvolvido considerando diferentes horizontes temporais, que podem ser classificados em curto, médio e longo prazos.	Apresentar planejamento estratégico embasado em metodologia, definindo os objetivos, metas, horizonte (curto, médio e longo prazo) e desdobramentos. Apresentação dos resultados obtidos. Será considerado longo prazo o período superior a 5 anos.	50
	5.1.2 Modelo da estrutura de Governança Corporativa	5	A Governança Corporativa estabelece diretrizes para o comportamento dos órgãos de administração, gerência, controle e demais envolvidos na condução da entidade, assegurando que os interesses sejam respeitados e que opere de forma ética, legal e eficiente.	Apresentar descritivo do modelo de gestão da organização envolvendo as partes interessadas e estabelecendo responsabilidades para tomada de decisão.	
	5.1.3 Programa de Capacitação e ações de desenvolvimento dos colaboradores (Educação Permanente)	5	O Programa de Capacitação e Ações de Desenvolvimento dos Colaboradores é uma abordagem estratégica para investir no capital humano da organização, garantindo que os colaboradores estejam continuamente atualizados, motivados e preparados para enfrentar os desafios e oportunidades do ambiente de trabalho em constante evolução.	Apresentar a identificação das necessidades de treinamento, planejamento para implementação do programa, ações de treinamento, acompanhamento e avaliação, desenvolvimento contínuo e alinhamento aos objetivos organizacionais. Comprovar os Programas Desenvolvidos no presente semestre e os Planejados para o semestre seguinte. Lista dos Participantes, presencial/on line, local, e data de realização.	
	5.1.4 Programa de qualidade de vida para colaboradores.	5	Iniciativa organizacional que visa promover o bem-estar físico, mental, emocional e social dos colaboradores. Ele é projetado para criar um ambiente de trabalho saudável e positivo, onde os funcionários sintam-se valorizados, engajados e motivados.	Demonstrar os Programas Desenvolvidos e os Planejados para o ano. Lista dos Participantes. Local e Data de realização.	
5.2 Organização dos Serviços Administrativos (Demonstrar os componentes do modelo administrativo dos serviços próprios ou sob gestão da entidade - máximo 30 pontos)	5.2.1 Metodologia para Gerenciamento de processos e riscos institucionais	5	Envolve e aplica metodologia para realizar uma abordagem estruturada e sistemática para identificar, analisar, avaliar, controlar e monitorar os processos e riscos dentro de uma organização. Esta metodologia é projetada para garantir que os processos operacionais sejam eficientes, eficazes e alinhados com os objetivos estratégicos da instituição, ao mesmo tempo em que os riscos são identificados, avaliados e gerenciados de forma adequada para proteger os interesses da organização. Riscos Clínicos: relacionados à segurança do paciente durante a prestação de cuidados de saúde, como erros de medicação, infecções hospitalares, quedas de pacientes, entre outros. Riscos Operacionais: relacionados às operações diárias do hospital, como falhas em equipamentos médicos, problemas logísticos, falhas de energia, entre outros. Riscos Financeiros: relacionados à gestão financeira da instituição, como orçamento insuficiente, perda de receitas, fraudes, entre outros. Riscos de Segurança: relacionados à segurança física das instalações, pacientes e funcionários, como incêndios, roubo, violência no local de trabalho, entre outros. Riscos Regulatórios: relacionados ao não cumprimento de regulamentações governamentais ou padrões de qualidade, como não conformidades com normas de segurança do paciente, regulamentações de saúde pública, entre outros.	Apresentar os mapas de riscos, revelando suas etapas e evidenciando as conclusões/resultados.	
	5.2.2 Metodologia para Gestão de Projetos e acompanhamento de resultados	5	Implementar metodologia para gestão de projetos e acompanhamento de resultados, para garantir que os projetos sejam concluídos com sucesso, dentro do prazo, do orçamento e dos requisitos estabelecidos.	Descrever qual o modelo utilizado (modelo tradicional cascata, Modelo Agile (Scrum), Kanban, Lean, Design Thinking, etc). Apresentar os resultado de ao menos 1 projeto.	
	5.2.3 Metodologia para realização de auditorias internas, dentro dos preceitos da gestão da qualidade	5	A realização de auditorias internas é uma prática fundamental dentro dos preceitos da gestão da qualidade, pois permite avaliar a eficácia do sistema de gestão da qualidade da organização, identificar oportunidades de melhoria e garantir conformidade com os requisitos estabelecidos. Exemplos: Auditoria interna (manutenção dos padrões de qualidade com o grupo de multiplicadores), auditoria de faturamento, auditoria clínica, DRG, entre outros. OBS: Diagnosis-Related Group (DRG), não é exatamente uma auditoria, mas é uma metodologia de classificação de pacientes que pode ser utilizada como parte de um processo de auditoria de faturamento hospitalar. É uma ferramenta valiosa para a gestão eficaz, ajudando na administração de recursos, na análise de desempenho e na tomada de decisões estratégicas.	Apresentar evidências da realização de auditorias internas (relatórios) e adoção de medidas de adequação, quando o caso.	

<b>5.2 Organização dos Serviços Administrativos (Demonstrar os componentes do modelo administrativo dos serviços próprio ou sob gestão da entidade - máximo 30 pontos)</b>	5.2.4 Processos e fluxos para gestão de contratos	4	<p>Política de gestão de contratos: conjunto de diretrizes e procedimentos estabelecidos por uma organização para governar a forma como os contratos são gerenciados ao longo de seu ciclo de vida. Essa política é essencial para garantir que os contratos sejam eficientemente gerenciados, que os riscos sejam mitigados e que os interesses da organização sejam protegidos.</p>	Apresentar política contendo: escopo, objetivos, responsabilidades, procedimentos, seleção de fornecedores, negociação, elaboração de contratos, monitoramento, cumprimento de contratos, gestão de mudanças, renovação de contratos, avaliação e melhoria contínua.
	5.2.5 Processos e fluxos para Gestão de Custos e Orçamento	4	<p>A gestão de custos e orçamento é uma prática que envolve o planejamento, controle e análise dos recursos financeiros de uma organização. Em conjunto, a gestão de custos e orçamento permite que as organizações controlem seus gastos, identifiquem áreas de melhoria e tomem decisões financeiras informadas para alcançar seus objetivos estratégicos. Essas práticas são essenciais para garantir a sustentabilidade financeira e o sucesso a longo prazo de qualquer negócio ou instituição. Identificação e Classificação de Custos: Identificar e categorizar todos os custos relacionados à operação hospitalar.</p> <p>Orçamento: Desenvolver um orçamento detalhado para cobrir despesas e receitas esperadas ao longo de um período definido.</p> <p>Monitoramento de Desempenho: Estabelecer e monitorar indicadores-chave de desempenho financeiro.</p> <p>Análise de Variância e Ajustes: Analisar desvios entre valores orçados e reais e realizar ajustes necessários.</p> <p>Gestão de Custos: Implementar estratégias para controlar e reduzir os custos, mantendo a qualidade dos serviços.</p> <p>Revisão e Atualização do Orçamento: Revisar periodicamente o orçamento para refletir mudanças nas condições operacionais.</p> <p>Comunicação e Transparência: Manter uma comunicação clara e transparente sobre questões financeiras com todas as partes interessadas.</p>	Apresentação dos Processos e Fluxos para gestão de Custos e Orçamento
	5.2.6 Processos e fluxos de Faturamento	4	<p>Estabelecer sistemática e processos em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS) o que envolve várias etapas para garantir que os serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde sejam adequadamente registrados, codificados e faturados para o governo federal ou estadual. Sujeitar-se as regulamentações específicas, basicamente manter leitos credenciados e habilitações necessárias para o faturamento da unidade.</p>	Demonstrar os indicadores de resultado e os planos de ação.
	5.2.7 Transparência dos canais de comunicação	3	<p>Disponibilizar à sociedade Informações sobre suas atividades e resultados.</p> <p>Contendo, no mínimo: estatuto social atualizado, última ata da eleição dos membros, relação nominal dos dirigentes, unidades gerenciadas, demonstrações contábeis (da entidade e das unidades gerenciadas), ata do Conselho aprovando as contas do último exercício, relatório de atividades, contratos e instrumentos firmados com terceiros, regulamento de compras e de contratação de pessoal. Também será avaliada a transparência das aquisições e contratações, devendo constar a publicação dos processos de compras, contratação de celetistas e de prestadores de serviços.</p>	Indicar os endereços eletrônicos para verificação.

5.3 Organização dos Serviços de Apoio (Demonstrar os componentes do modelo de gestão dos serviços de apoio sob gestão da entidade - máximo 10 pontos)	5.3.1 Fluxo para acidente de trabalho com risco biológico	4	O acidente de trabalho é definido como incidente que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou empregador doméstico, ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.	Demonstrar os atos comissão para prevenção, fluxo para comunicação de acidente do trabalho (CAT), eventos como a SIPAT, plano de ação de prevenção de acidentes e etc.	50
	5.3.2 Fluxos e processos de higienização e limpeza	2	Estabelecer procedimentos e fluxos envolvidos na higienização e limpeza hospitalar, que são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos no ambiente hospitalar. Implementar plano de gerenciamento para os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), que são materiais resultantes de atividades relacionadas à assistência à saúde, incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e pesquisa. Esses resíduos são classificados como de alto risco devido à possibilidade de conter agentes biológicos, químicos ou radioativos que representam riscos à saúde humana e ao meio ambiente se não forem gerenciados adequadamente. Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA - RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas federais, estaduais e municipais, e ainda deve estar de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.	Apresentar os Fluxos e Processos de Higienização e Limpeza.	
	5.3.3 Fluxos e processos do serviço de nutrição e dietética	2	Estabelecer fluxos e processos do serviço de nutrição e dietética na instituição de saúde para garantir que os pacientes recebam alimentação adequada e personalizada de acordo com suas necessidades dietéticas e condições médicas.	Evidenciar: Avaliação nutricional dos pacientes. Prescrição dietética personalizada. Elaboração de cardápios balanceados. Preparação e distribuição de refeições conforme as prescrições. Controle de qualidade dos alimentos dos colaboradores quanto a alimentação servida. Educação nutricional para pacientes. Monitoramento do consumo alimentar e resultados. Documentação e registro das prescrições e consumo. Colaboração interdisciplinar com outros profissionais de saúde.	

5.3 Organização dos Serviços de Apoio (Demonstrar os componentes do modelo de gestão dos serviços de apoio sob gestão da entidade - máximo 10 pontos)	5.3.4 Fluxos e processos de assistência farmacêutica	2	Estabelecer fluxos e processos de trabalho em toda a cadeia medicamentosa para fortalecer a <b>Assistência Farmacêutica</b> , que é uma área da saúde que abrange um conjunto de ações voltadas para garantir o acesso, a promoção do uso racional e a qualidade dos medicamentos, visando a melhoria da saúde da população. Considerar a <b>Farmácia Clínica Hospitalar</b> , que é uma área da farmácia que se concentra no cuidado direto ao paciente no ambiente hospitalar. Seu principal objetivo é garantir o uso seguro, eficaz e racional dos medicamentos, promovendo a melhoria dos resultados clínicos e a segurança dos pacientes. Esta disciplina farmacêutica envolve uma abordagem colaborativa e interdisciplinar, na qual os farmacêuticos trabalham em equipe com outros profissionais de saúde para otimizar a terapia medicamentosa e prevenir problemas relacionados aos medicamentos.	Apresentar o fluxo e o processo de trabalho a revisão de prescrições para garantir sua precisão e segurança. Monitorar a resposta do paciente à terapia medicamentosa. Demonstrar os protocolos de orientação dos pacientes sobre o uso correto dos medicamentos. Apresentar relatório da notificação de eventos adversos.	Evidenciar
TOTAL (máximo)		60			

#### 6. TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) E SAÚDE DIGITAL

Descrição: refere-se à aplicação de tecnologias digitais, como sistemas de informação, computação em nuvem, telemedicina, inteligência artificial, big data e aplicativos móveis, para melhorar a prestação de serviços de saúde, a gestão de dados clínicos e a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

CRITÉRIO	ITEM	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO DO ITEM	DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA MÍNIMA	LIMITE DE PÁGINAS
6.1 Saúde Digital (Demonstrar a estrutura e o modelo de gestão de TIC e oferta de serviço de Saúde Digital - máximo 30 pontos)	6.1.1 Plano Diretor de TIC	5	O Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) é um documento estratégico que estabelece as diretrizes, objetivos, metas e ações a serem implementadas na área de TIC em uma organização. Esse plano tem como objetivo orientar o desenvolvimento, a gestão e o uso eficaz das tecnologias de informação e comunicação dentro da organização, alinhando essas iniciativas com os objetivos e estratégias institucionais.	Apresentação do plano e evidências. Buscar resultados por meio do uso eficiente dos recursos de TI aplicados no contexto da saúde digital.	
	6.1.2 Utilização de sistema de ERP hospitalar que permita interoperabilidade de dados	5	A utilização de um sistema de ERP (Enterprise Resource Planning) hospitalar permite a integração ou interoperabilidade de dados, essencial para uma gestão eficiente e integrada das operações hospitalares. Um sistema de ERP hospitalar é uma solução de software que integra diferentes áreas funcionais de uma instituição de saúde em um único sistema, como finanças, recursos humanos, suprimentos, logística, agendamento, entre outros.	Integração com o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Integração com Sistemas de Laboratório e Radiologia. Integração com Sistemas de Farmácia e Controle de Estoque. Interoperabilidade com Sistemas Externos. Utilização de padrões de integração e segurança reconhecidos. Flexibilidade para customização e configuração de acordo com as necessidades da instituição.	
	6.1.3 Oferta de serviços de Telessaúde de especialidades estruturado com registro de informações em prontuário eletrônico, com comprovação de expertise de pelo menos 6 meses com monitoramento da taxa de resolatividade	10	A Telessaúde é uma área da saúde que utiliza tecnologias de informação e comunicação (TIC) para fornecer serviços de saúde à distância. Ela envolve a utilização de diversas ferramentas, como telefonia, videoconferência, internet, aplicativos móveis e dispositivos médicos remotos, para oferecer consultas médicas, diagnósticos, monitoramento de pacientes, educação em saúde e apoio à gestão de saúde de forma remota. Teleconsultas: Consultas médicas realizadas remotamente via videoconferência ou telefone. Telemonitoramento: Monitoramento remoto de sinais vitais e condições de saúde utilizando dispositivos médicos conectados à internet. Tele-educação em Saúde: Oferta de programas educacionais em saúde por meio de plataformas digitais. Segunda Opinião Médica a Distância: Consulta especializada remota para obter uma segunda opinião médica. Teletriagem: Triagem de pacientes remotamente para direcioná-los para os serviços de saúde apropriados.	Relatório descritivo e quantitativo das atividades de Telessaúde.	31
	6.1.4 Oferta de serviços de Telessaúde especializados com utilização de devices	5	Ofertar serviços de Telessaúde especializados com a utilização de dispositivos (devices), ou seja, prestação de cuidados de saúde remotos utilizando dispositivos médicos conectados à internet e outras tecnologias digitais. Exemplos: Dispositivos Vestíveis (Wearables): Uso de dispositivos como smartwatches e pulseiras inteligentes para monitorar atividade física, frequência cardíaca e outros indicadores de saúde, compartilhando dados com profissionais de saúde. Dispositivos de Telemedicina Especializados: Utilização de dispositivos médicos específicos, como dermatoscópios digitais e otoscópios, para exames diagnósticos remotos orientados por profissionais de saúde. Dispositivos de Tele-reabilitação: Uso de dispositivos e aplicativos para programas de reabilitação física e cognitiva à distância, com supervisão remota de terapeutas.	Relatório descritivo e quantitativo das atividades de Telessaúde com utilização dispositivos devices	
	6.1.5 Oferta de serviços de Telediagnóstico	5	Telediagnóstico: Diagnóstico à distância utilizando tecnologias de imagem médica. O Telediagnóstico permite que profissionais de saúde realizem avaliações e interpretações de exames médicos, como imagens de radiografia, tomografia, ressonância magnética, eletrocardiograma, entre outros, sem a	Relatório descritivo e quantitativo dos serviços de Telediagnóstico.	
TOTAL (máximo)		30			