SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO ADITIVO DE RETI-RATIFICAÇÃO Nº 01/13

PROCESSO /2013 Nº 001.0500.000.160/2012
PROCESSO ORIGEM: 001.0500.000.071/2011

Termo Aditivo e de Reti-Ratificação ao Contrato de Gestão celebrado em **03/02/2012** entre o **ESTADO DE SÃO PAULO**, por intermédio da **SECRETARIA DA SAÚDE**, e a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR _ FAMESP** qualificada como **Organização Social de Saúde**, para regulamentar o desenvolvimento das Ações e Serviços de Saúde, na **MATERNIDADE SANTA ISABEL.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade à Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, neste ato representada pelo seu **Secretário de Estado da Saúde**, **Dr. Giovanni Guido Cerri**, naturalizado brasileiro, casado, médico, RG n.º5.169.600, CPF n.º 949.050.458-00, doravante denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado, a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR - FAMESP**, com CNPJ nº 46.230.439/001-01, com endereço à Rua João Butignolli,s/nº ,Distrito de Rubião Júnior,Botucatu, São Paulo,CEP 18618-970 e com estatuto arquivado no 2º Registro de Pessoa Jurídica - Botucatu sob nº 1108/11, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Dr. Pasqual Barretti, R.G. nº 9.546.168 SSP/SP, C.P.F. nº 034.430.398-55, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846 de 04 de junho de 1998 e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do processo nº **001.0500.000.071/2011**, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 , com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **TERMO ADITIVO, conforme disposto na Cláusula 9ª – Da Alteração Contratual,** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **MATERNIDADE SANTA ISABEL** cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

O presente **TERMO ADITIVO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde na **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** para o exercício de 2013, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

a) Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
b) Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
c) Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente Termo Aditivo altera o Contrato de Gestão e, acrescenta à Cláusula Oitava - Dos Recursos Financeiros, o Parágrafo Sétimo e na Cláusula Nona – Condições De Pagamento, o Parágrafo Sétimo, conforme redação abaixo:

CLÁUSULA OITAVA
DOS RECURSOS FINANCEIROS

...

PARÁGRAFO SÉTIMO

Fica acrescido ao presente Contrato de Gestão o montante de R$ 19.405.200,00 .(dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais), destinados a custeio onerando a:

UGE 090192
Atividade 10 302 0930 4852 0000
Natureza da Despesa 33 90 39
Fonte de Recursos: TESOURO

CLÁUSULA NONA
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

...

PARÁGRAFO SÉTIMO

Fica acrescentado ao presente Contrato o somatório dos valores a serem repassados no exercício de 2013, estimado em R$ 19.405.200,00 .(dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada, conforme cronograma abaixo:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS DE CUSTEIO

Mês	Valor
* Dezembro/2012	R$ 1.617.100,00
Fevereiro/2013	R$ 1.617.100,00
Março/2013	R$ 1.617.100,00
Abril/2013	R$ 1.617.100,00
Maio/2013	R$ 1.617.100,00
Junho/2013	R$ 1.617.100,00
Julho/2013	R$ 1.617.100,00
Agosto/2013	R$ 1.617.100,00
Setembro/2013	R$ 1.617.100,00
Outubro/2013	R$ 1.617.100,00
Novembro/2013	R$ 1.617.100,00
Dezembro/2013	R$ 1.617.100,00
Total	R$ 19.405.200,00

* Competência Janeiro de 2013

CLÁUSULA TERCEIRA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo vigorará a partir de sua assinatura até 31/12/2013.

CLÁUSULA QUARTA
DA RATIFICAÇÃO

Ficam mantidas todas as demais disposições e cláusulas do **CONTRATO DE GESTÃO**, não alterados por este instrumento.

CLÁUSULA QUINTA
DA PUBLICAÇÃO

O presente **Termo Aditivo** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA SEXTA
DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste termo, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 28 de dezembro de 2012.

Dr. Pasqual Barretti
Diretor Presidente

Prof. Dr. Antonio Rugolo Junior
Diretor Vice Presidente
Famesp

Dr. Giovanni Guido Cerri
Secretário de Estado da Saúde

José Manoel de Camargo Teixeira
Secretário Adjunto

Testemunhas:

1) Nome:
RG: 9.017.068-4

2) Nome:
RG: 19448-1

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA,** em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessárias adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;

- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- Sangue e hemoderivados;

Fornecimento de roupas hospitalares

- Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da **MATERNIDADE SANTA ISABEL.**

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM de 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõem a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

3.3 Se, em conseqüência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- Primeira consulta
- Interconsulta
- Consultas subseqüentes (retornos)
- Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS-Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde

4.6 Com relação às sessões de Tratamento Clínico: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT Externo (Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC, Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e Diagnóstico por Imagem – SEDI), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5.PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, a **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II.1.1 Internação (Enfermarias e/ou Pronto-Socorro)

A **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** deverá realizar **4.560 saídas hospitalares** anuais de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

UNIDADES DE INTERNAÇÃO - SAÍDAS POR CLÍNICA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Clínica Médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clínica Cirúrgica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Clínica Obstétrica	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	4.080
Clínica Pediátrica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Clínica Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**380**	**4.560**

II.1.2 - **ATENDIMENTOS À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)**
Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) ( )
Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) **(X)**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Consultas de Urgência	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Total	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**1.000**	**12.000**

II. 1.3 **ATENDIMENTO AMBULATORIAL**
(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

Atividade Ambulatorial	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Primeira Consulta Médica	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Interconsulta Médica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Consulta Subsequente Médica	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	240
Consulta não médica	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
Terapias Especializadas (Sessões) - Não Médicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**150**	**1.800**

Especialidades médicas	2013	Especialidades médicas	2013
Acupuntura		Nefrologia	
Alergia / Imunologia		Neonatologia	
Anestesiologia		Neurologia	
Cardiologia		Neurologia Infantil	
Cirurgia Cardiovascular		Neurocirurgia	
Cirurgia Cabeça e Pescoço		Obstetrícia	x
Cirurgia Geral		Oftalmologia	
Cirurgia Pediátrica		Oncologia	
Cirurgia Plástica		Ortopedia	
Cirurgia Torácica		Otorrinolaringologia	
Cirurgia Vascular		Pediatria *(egressos de internação)*	x
Dermatologia		Pneumologia	
Endocrinologia		Proctologia	
Endocrinologia Infantil		Psiquiatria	
Fisiatria		Reumatologia	
Gastroenterologia		Urologia	
Geriatria		Outros	
Ginecologia	x		
Hematologia			
Infectologia			
Mastologia	x		

Especialidades não médicas	2013	Especialidades não médicas	2013
Enfermeiro		Psicólogo	
Farmacêutico		Terapeuta Ocupacional	
Fisioterapeuta		Odontologia/Buco Maxilo	
Fonoaudiólogo	x	**Outros**	
Nutricionista			

II.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

(âmbito hospitalar ou exclusivamente ambulatorial)

O hospital oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade de **9.600** exames no período de janeiro a dezembro de 2013, a pacientes **EXTERNOS** ao hospital, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Diagnóstico Laboratório Clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anatomia patológica e citopatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Ultra-Sonografia	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3.600
Tomografia Computadorizada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resson. Magnética	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Nuclear in Vivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Endoscopia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia Intervencionista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Métodos Diagn.em especialidades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Procedimentos especiais Hemoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**800**	**9.600**

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outro

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I I
SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento fica, estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 04 (quatro) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

(x) Internação (Enfermaria e Pronto-Socorro)
( ) Cirurgia de HD/ Cirurgia Ambulatorial
(x) Atendimento Ambulatorial
(x) Atendimento a Urgência/Emergência
(x) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo

1.1 As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas a prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro de custeio da **MATERNIDADE SANTA ISABEL**, para o exercício de 2013, fica estimado em R$ 19.405.200,00 .(dezenove milhões, quatrocentos e cinco mil e duzentos reais), e compõe-se da seguinte forma:

LINHA DE CONTRATAÇÃO	%	VALORES R$
Internação	86,00%	16.688.472,00
Urgência	9,00%	1.746.468,00
Ambulatório	2,00%	388.104,00
SADT Externo	3,00%	582.156,00
TOTAL	**100%**	19.405.200,00

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais fixas e 10% (dez por cento), referente a parte variável, serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Termo Aditivo, conforme cronograma a seguir:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS - 2013			
Mês	**Valor Fixo 90%**	**Valor Variável 10%**	**Total de Custeio**
jan/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
fev/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
mar/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
abr/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
mai/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
jun/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
jul/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
ago/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
set/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
out/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
nov/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
dez/13	R$ 1.455.390,00	R$ 161.710,00	R$ 1.617.100,00
TOTAL			**R$ 19.405.200,00**

4.2 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a **menor** nos meses subseqüentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo na **MATERNIDADE SANTA ISABEL,**

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia do mês subseqüente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo na **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

5.1 As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE.**

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site **www.gestao.saude.sp.gov.br**, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.2. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo na **MATERNIDADE SANTA ISABEL** e estabelecerá,

através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia do mês subseqüente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo na **MATERNIDADE SANTA ISABEL,** A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II. 1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela conforme estabelecido no Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores será utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.1 (quatro ponto um) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subseqüentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Janeiro.

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R$)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Hospital Dia
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade do Hospital Dia
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade do Hospital Dia X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade do Hospital Dia X orçamento do hospital (R$)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R$)
SADT EXTERNO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R$)

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia

	HOSPITAL "PORTAS FECHADAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	**VALOR A PAGAR**
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)

	HOSPITAL "PORTAS ABERTAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	**VALOR A PAGAR**
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R$)

ANEXO TÉCNICO III

INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porem já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE*: **Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.***

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA O EXERCÍCIO DE 2013

INDICADOR	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Qualidade de Informação	25%	25%	25%	25%
Programa de Humanização	25%	25%	25%	25%
Melhoria Contínua do Serviço de Obstetrícia	25%	25%	25%	25%
Controle de Infecção Hospitalar	25%	25%	25%	25%